



# LA AUTONOMÍA DE LA MUJER CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Paloma Pastor Sánchez

*Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social*

*Curso académico: 2018 - 2019*

Tutora: Eva Rubio Guzmán

Fecha de presentación: mayo de 2019

*Convocatoria: ordinaria*

## ÍNDICE:

	Pág.
1.- INTRODUCCIÓN .....	2
2.- OBJETIVOS Y METODOLOGÍA .....	4
2.1. Objetivos .....	4
2.2. Metodología .....	4
3.- MARCO TEÓRICO .....	6
3.1. La discapacidad.....	6
3.1.1. Concepto de discapacidad .....	6
3.1.2. Clasificación de la discapacidad .....	7
3.1.3. Datos estadísticos .....	8
3.2. Discapacidad física .....	11
3.3. Mirada social de la discapacidad .....	13
3.3.1. Evolución de la percepción de las personas con discapacidad.....	13
3.3.2. Los modelos de la discapacidad: la percepción de la sociedad.....	14
3.4. Marco legislativo e institucional.....	16
3.4.1. Legislación internacional .....	17
3.4.2. Legislación nacional.....	19
3.4.3. Instituciones para la protección de los derechos de las personas con discapacidad .....	23
3.5. Género y discapacidad .....	24
3.5.1 Discriminaciones de las mujeres con discapacidad.....	25
3.5.2. Percepción y autopercepción de las mujeres con discapacidad .....	28
4.- LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD.....	31
4.1. Aproximación a la autonomía.....	31
4.2. Areas de intervención y recursos .....	34
5.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL.....	41
6.- CONCLUSIONES .....	46
7.- BIBLIOGRAFÍA.....	48
8. - ANEXO: Definición de términos y siglas.....	56

## **1.- INTRODUCCIÓN**

El tema que he escogido para desarrollar mi Trabajo de Fin de Grado trata sobre la importancia de desarrollar la autonomía en la mujer con discapacidad física, para que la permita alcanzar una vida independiente y plena. Mis circunstancias personales han sido para mí una motivación para elegir este tema.

En el año 2006 tuvo lugar un avance histórico, al situar la discapacidad en la dimensión de los derechos humanos, cuando la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este nuevo enfoque implica considerar a todas las personas con discapacidad como ciudadanos de pleno derecho, lo que conlleva la protección de sus derechos en términos de igualdad, protección, libertad, participación, derechos sociales y autonomía personal.

Anteriormente, en el año 1979, había sido aprobada la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que obliga a los estados a adoptar medidas para eliminar la discriminación contra las mujeres, permitiendo la adopción de medidas especiales de carácter temporal.

Basado en la noción de derechos humanos e igualdad de oportunidades, se hizo en el año 1997 el Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad de Europa, que incluía una serie de recomendaciones con el propósito de mejorar la vida de las mujeres y niñas con discapacidad, estableciendo en su art.1: “Los derechos humanos y las libertades fundamentales de las niñas y mujeres con discapacidad deben ser plenamente reconocidos y respetados. Las mujeres y niñas con discapacidad deben disfrutar de igualdad de oportunidades en todas las esferas de la sociedad”.

En las mujeres con discapacidad se interrelacionan dos condiciones: discapacidad y género. Se ha seleccionado este colectivo para este estudio por concurrir en él una doble discriminación social, por ser mujer y por tener discapacidad. Por todo ello, la defensa de los derechos adquiere una dimensión de género.

En la discapacidad física, por sus características intrínsecas, la capacidad que puede verse  $\geq$  más afectada, y por tanto más limitada es la autonomía. El ejercicio de la autonomía personal, entendida como la capacidad de tomar las decisiones sobre su vida y desenvolverse con independencia, permitirá a la persona desarrollar una vida con plenitud.

El tema de la autonomía dentro de la discapacidad ha sido poco estudiado, y el diseño de planes y recursos se ha centrado principalmente en las necesidades o deficiencias.

Este trabajo pretende ofrecer un análisis actual de las características que presenta y de las dificultades que tiene que afrontar para alcanzar su autonomía, un grupo de personas especialmente vulnerable como son las mujeres con discapacidad física; así como ofrecer una estrategia planteada desde la intervención social para alcanzar el objetivo propuesto en diferentes ámbitos.

## **2.- OBJETIVOS Y METODOLOGÍA**

Con este trabajo se pretende conocer las características de la discapacidad, como afecta el género a la discapacidad, las particularidades de la mujer con discapacidad física, los recursos existentes para que este colectivo de personas pueda alcanzar su autonomía y aportar una propuesta de intervención desde el Trabajo Social en las diferentes áreas con una visión basada en las capacidades de las mujeres.

### **2.1. Objetivos**

- *Objetivo general:*

- Conocer las características de este colectivo de personas en el que convergen dos condiciones: discapacidad y mujer; y los recursos de que disponen para alcanzar la autonomía personal.

- *Objetivos específicos:*

- Conocer las características, la legislación aplicable y la percepción social de la discapacidad, en especial de la discapacidad física.

- Conocer cómo afecta el género a la discapacidad, así como las particularidades de las mujeres con discapacidad, especialmente las que tienen limitaciones físicas.

- Analizar los recursos existentes facilitados por la Administración pública y por las organizaciones privadas.

- Plantear recursos comunes e individuales de aplicación en las áreas de: sanidad, educación y formación, empleo, ocio y relaciones sociales, accesibilidad y ámbito personal.

### **2.2. Metodología**

La metodología empleada para la elaboración de este estudio se ha dividido en varias fases considerando los criterios de selección que a continuación se indican.

En primer lugar, para un estudio del contexto, se ha revisado la información básica en libros, artículos publicados, estudios de investigación, informes, etc., sobre las

características de las personas con discapacidad, cómo afecta el género, y en particular a la discapacidad física, incluyendo tanto el marco legal que lo regula como los datos estadísticos de fuentes oficiales en España.

En segundo lugar, se ha analizado la situación en la que se encuentra la mujer con discapacidad física, y las principales limitaciones a las que se enfrenta.

En tercer lugar se han abordado las áreas principales de intervención: sanidad, educación, formación, empleo, ocio, relaciones sociales y accesibilidad.

Se han recopilado los principales recursos disponibles para paliar las dificultades de este colectivo, seleccionado aquellos que fueran destinados a personas con discapacidad, preferentemente física y los específicos para mujeres con discapacidad. Y se han realizado propuestas de intervención desde la perspectiva del Trabajo Social.

Se ha pretendido que la información y los datos fueran los más actuales. Debido a los escasos estudios oficiales sobre este colectivo, se ha hecho una búsqueda activa a través de navegadores en Internet, como *Google*, introduciendo palabras clave como: *autonomía, discapacidad y mujer, discapacidad física*, etc. Tras su lectura y análisis se ha recogido lo más relevante.

También en este trabajo se han incluido unas conclusiones y un apartado de definición de términos, gran parte de los cuales se han extraído de las propias definiciones de la legislación específica. Y se ha añadido un listado con las siglas más utilizadas en este contexto.

## **3.- MARCO TEÓRICO**

### **3.1. La discapacidad**

#### **3.1.1. Concepto de discapacidad**

El concepto de discapacidad es un término complejo y amplio que ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Los organismos internacionales han propuesto diferentes definiciones, que a continuación se citan.

La Organización Mundial de la Salud [OMS], determina que discapacidad es *“toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”* (OMS, 2016).

También se ha definido la discapacidad como una manifestación de la diversidad humana, que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación (OMS, 2019).

En la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), que reconoce la discapacidad como *“parte de la diversidad y la condición humana”*, asimismo indica que *“las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diferentes barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”*.

En la actualidad se define la discapacidad como *“la condición que impide o limita a la persona en su vida diaria. Aunque en los últimos años hay cierta tendencia a utilizar el término diversidad funcional en lugar de discapacidad”* (Acera, 2015).

Para entender en su totalidad el concepto de discapacidad hay que discernir entre los conceptos de: discapacidad, deficiencia y minusvalía, propuestos por la OMS (1980).

Para que exista una discapacidad, tiene que haber una deficiencia. Una deficiencia *“es toda pérdida o anormalidad, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia supone un trastorno orgánico, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria”*

Existen diversos tipos de deficiencia: física, psíquica, sensorial e intelectual (Acera, 2015).

La deficiencia física es aquella que limita o impide el desempeño motor de la persona. La deficiencia psíquica es el trastorno que dificulta a la persona a adaptarse a la sociedad, puede ser debida a enfermedades mentales. La deficiencia sensorial afecta a los órganos de los sentidos, y por tanto puede conllevar problemas de comunicación. La deficiencia intelectual o mental es la incapacidad de aprender a los niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana.

La minusvalía es la situación de desventaja en la que se encuentra una persona, que limita o impide el cumplimiento de una función que se considera normal para esa persona según edad, sexo, factores sociales y culturales. Una persona es considerada *minusválida* cuando se le niegan las oportunidades necesarias en la comunidad. La minusvalía es la construcción social de la discapacidad y puede generar problemas de integración.

Por todo ello, no todas las personas con una deficiencia sufren una discapacidad, ni todas las que tienen una discapacidad, tienen una minusvalía.

### **3.1.2. Clasificación de la discapacidad**

La discapacidad se puede clasificar en función de la afectación en: física, sensorial, psíquica e intelectual.

La discapacidad física puede ser originada por problemas en el sistema músculo-esquelético, sistema nervioso, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema hematopoyético y sistema inmunitario, aparato digestivo, aparato genitourinario, sistema endocrino, piel y anejos, neoplasias (OMS, 2002).

La discapacidad sensorial es un impedimento de uno de los sentidos como la ceguera, pérdida de visión, sordera, pérdida de audición, discapacidades olfativas y gustativas, discapacidad somato-sensorial (falta de sensibilidad al tacto, a la temperatura y al dolor), y trastornos del equilibrio (NARIC, s.f.). Según indica la plataforma digital DISWORK (s.f.), las discapacidades sensoriales más comunes son la visual y la auditiva.

La discapacidad psíquica es un *“trastorno en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanente”*, y puede ser producida por diversos trastornos mentales (Arbona, 2018).

La discapacidad intelectual *“implica una serie de limitaciones en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder ante distintas situaciones y lugares”*. Se expresa en la relación con el entorno (Plena inclusión, s.f.).

Otra clasificación de la discapacidad es la establecida por el *Real Decreto 1972/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía* (BOE nº22, 2000), que agrupa las discapacidades en tres grandes grupos: físicas, sensoriales y psíquicas.

### **3.1.3. Datos estadísticos**

Según el Informe Mundial sobre Discapacidad de la OMS (2011) se estima que en el mundo hay más de mil millones de personas con discapacidad.

En España el último censo oficial sobre personas con discapacidad fue realizado con los datos de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía, Personas y situaciones de Dependencia (EDAD) del Instituto Nacional de Estadística [INE] (2008). Los datos más significativos relacionados con la materia de este estudio, se expresan a continuación:

- Se estima que en 2008 había 3,8 millones de personas con discapacidad en España, lo que supone el 8,5% de la población.
- El 60% de las personas con discapacidad son mujeres presentando mayores tasas que los hombres en todos los tipos de discapacidad.
- La principal actividad afectada es la movilidad, necesitando ayudas para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria [ABVD] el 80,3% de este colectivo.
- Las deficiencias osteoarticulares suponen el 39% de las discapacidades, afectando a más de un millón de mujeres.
- Las discapacidades de movilidad, vida doméstica, visión y audición incrementan su presencia a medida que aumenta la edad.

En esta encuesta (EDAD, 2008) también se ha investigado si las personas que presentan alguna discapacidad reciben algún tipo de ayuda, distinguiendo las ayudas técnicas de las que son prestadas por otras personas. Los resultados muestran que más de dos millones de personas reciben asistencia, supervisión o cuidados personales; y casi millón y medio ayudas técnicas. Sin embargo, más de un millón de personas afirman no recibir ningún tipo de ayuda para realizar las actividades para las que tienen discapacidad (el 26,6% del colectivo).

Tras el proceso de valoración de la discapacidad, se efectúa el reconocimiento del grado de discapacidad. Se considera persona con discapacidad aquella con grado igual o superior al 33%, según indica el Real Decreto 1414/2006, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE nº300, 2006).

Por otra parte, según el Informe sobre la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad (BEDPD) realizado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] (2015), se consideran personas con discapacidad a 2.998.639, de las cuales 1.492.946 (49,8%) son hombres y 1.505.645 (50,2%) son mujeres.

**Gráfico 1.- Personas con discapacidad  $\leq$  33% por sexo**



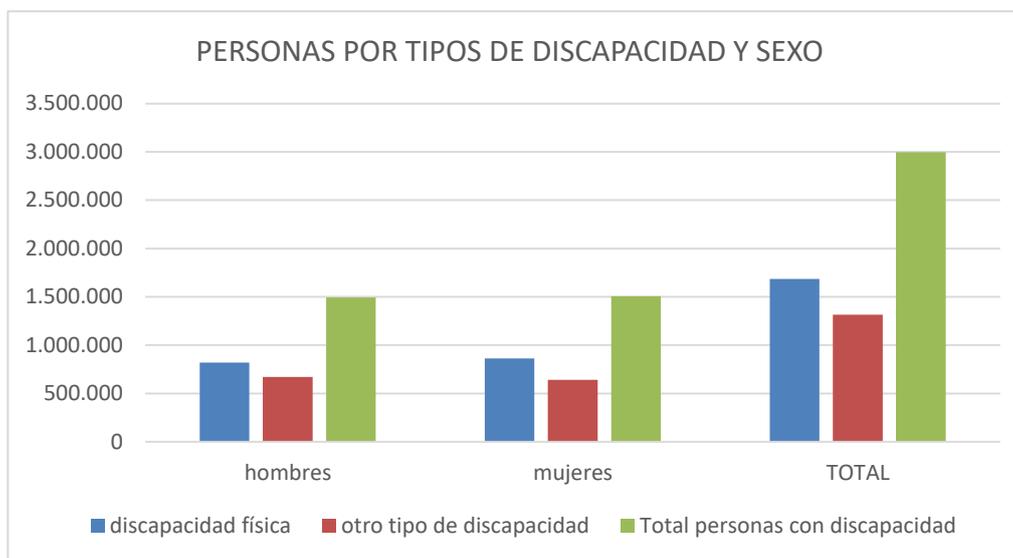
Fuente: "Informe de la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad", (2015)

En la discapacidad de una misma persona puede concurrir más de una deficiencia.

Cuando se compara el tipo de discapacidad por sexo, se observa que la discapacidad

física es más frecuente en la mujer que en el hombre.

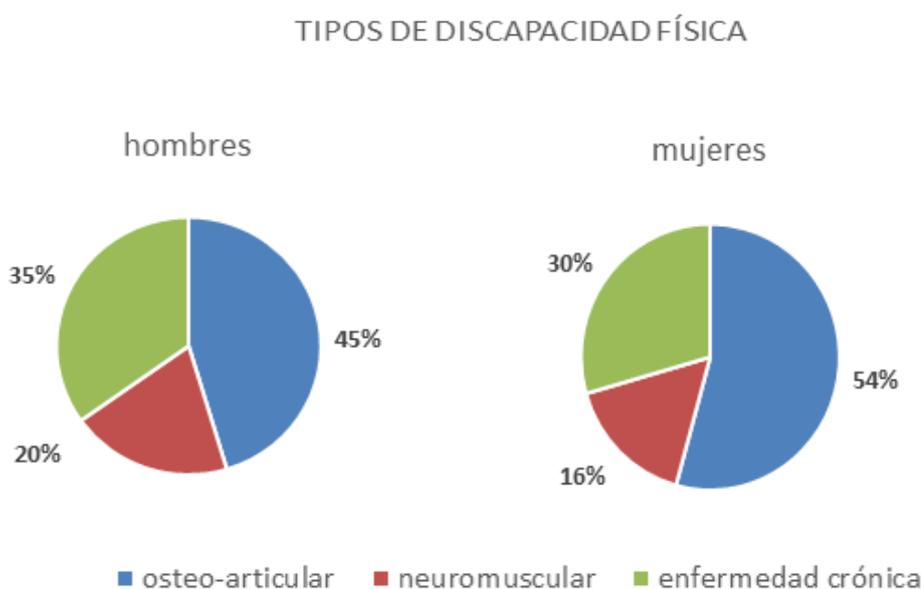
**Gráfico 2.- Distribución de personas por tipo de discapacidad y sexo**



Fuente: “Informe de la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad”, (2015)

En el gráfico siguiente se indican los datos sobre las mujeres y los hombres con discapacidad física, clasificados en tres grandes grupos según su afectación: osteoarticular, neuromuscular o enfermedad crónica.

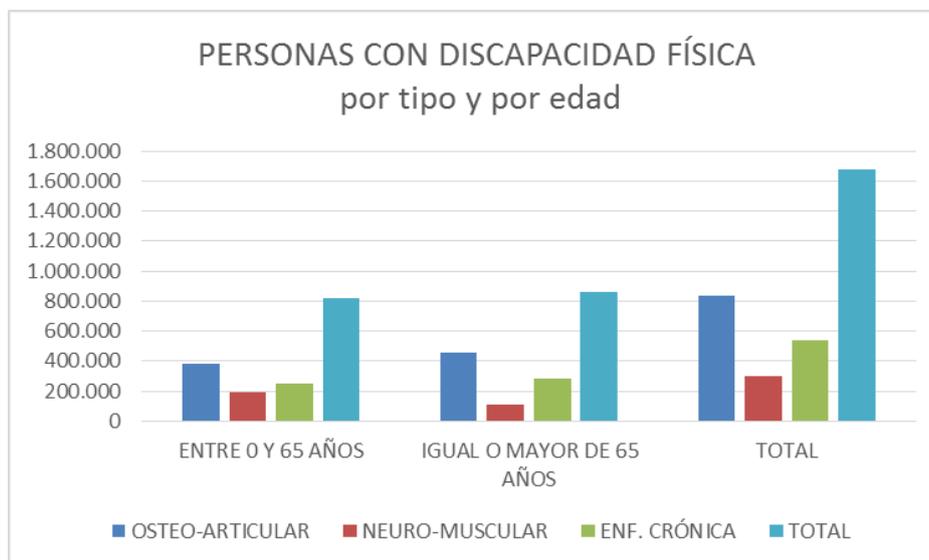
**Gráfico 3.- Distribución de personas por tipos de discapacidad física y sexo**



Fuente: “Informe de la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad”, (2015)

Es interesante también analizar cómo varía el tipo de discapacidad física por tramos de edad. Se observa que a edad inferior a 65 años predomina el osteo-articular, mientras que a edades más avanzadas aumentan las enfermedades crónicas, como es de esperar.

**Gráfico 4.- Distribución de personas por tipo de discapacidad física y edad**



Fuente: “Informe de la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad”, (2015)

### 3.2. Discapacidad física

Para tener una mayor comprensión de este concepto, a continuación se va a exponer qué es la discapacidad física, su origen y los diferentes tipos.

La discapacidad física, entendida como aquella que limita o impide el desempeño motor de la persona, se puede clasificar de varias formas según el momento de su aparición, área afectada, etc.

La discapacidad motórica constituye una alteración de la capacidad del movimiento que puede afectar a las funciones de desplazamiento, manipulación, respiración; y limitar a la persona en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay una alteración en músculos, huesos, articulaciones, o daño en el cerebro que afecta al área motriz e impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión (CONAFE, 2010).

- *Clasificación de la discapacidad física*

La discapacidad física se puede clasificar según la etapa respecto del momento del nacimiento en la que se produce el daño cerebral en: prenatal (antes del nacimiento), perinatal (durante el nacimiento), postnatal (después del nacimiento) (CONAFE, 2010). También la discapacidad puede ser adquirida posteriormente como consecuencia de enfermedades o accidentes.

Otra clasificación utilizada es según el tipo de afectación. La discapacidad física es aquella que afecta a la cabeza, la columna vertebral y las extremidades inferiores y superiores. La discapacidad orgánica afecta a órganos y vísceras, aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, urinario y a los sistemas metabólico e inmunológico (ODF, 2018).

**Tabla 1.- Clasificaciones de la discapacidad física**

SEGÚN LA ETAPA DEL NACIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prenatales: (antes del nacimiento)</li> <li>▪ Perinatales: (durante el nacimiento)</li> <li>▪ Postnatales: (después del nacimiento)</li> </ul>
SEGÚN TIPO DE AFECTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Física (afectan a la cabeza, la columna vertebral y las extremidades inferiores y superiores)</li> <li>▪ Orgánica, afectaciones de órganos y vísceras: (afectan a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, urinario y sistemas metabólico e inmunológico)</li> <li>▪ Déficit y alteraciones de las estructuras musculares relacionados con el movimiento de las extremidades y alteraciones musculares :             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ monoplejía (parálisis de una única extremidad)</li> <li>▪ hemiplejía (parálisis de un lado del cuerpo)</li> <li>▪ paraplejía (parálisis en la mitad inferior del cuerpo)</li> <li>▪ tetraplejía (parálisis en la movilidad en todas las extremidades)</li> </ul> </li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia*

Los déficits de las estructuras musculares están relacionados con el movimiento de las extremidades. Estas últimas se pueden clasificar en: monoplejía (parálisis de una única extremidad), paraplejía (parálisis en la mitad inferior del cuerpo), tetraplejía (parálisis en todas las extremidades) y la hemiplejía (parálisis de un lado del cuerpo) (ODF, 2018).

### **3.3. Mirada social de la discapacidad**

Es importante analizar cómo la sociedad percibe la discapacidad, ya que ésta constituye una realidad. La construcción social es un proceso por el cual determinadas cuestiones son consideradas como problemas sociales, que no perduran en el tiempo, si no que cambian dependiendo de la evolución de la sociedad a lo largo de la historia. (Allué, 2003).

Además hay que añadir que no existe ningún término que defina las actitudes que discriminan a las personas con discapacidad, a diferencia de otro tipo de discriminaciones como la misoginia, el racismo o la homofobia (CERMI, 2013).

#### **3.3.1. Evolución de la percepción de las personas con discapacidad**

Durante el siglo XIX la discapacidad se asociaba a un problema de salud, por lo que el médico era considerado el experto, y se encargaba de definir, clasificar y diagnosticar la deficiencia, y habilitar las funciones y las capacidades perdidas en las personas con limitaciones sensoriales físicas o psíquicas (Allué, 2003). Por ello, el Estado asumía la responsabilidad de hacerse cargo de las personas con discapacidad y se institucionalizaban.

En los años 70 y 80 se desarrollaron las teorías feministas, pero éstas no incluían a las mujeres con discapacidad, ni las teorías con discapacidad a las mujeres (Mañas, 2009). En los años 90 no hubo evidencias de la percepción social de estas mujeres. A partir de los años 90 se incluye la perspectiva de género en los estudios sobre discapacidad.

A día de hoy la discapacidad se percibe, cultural y socialmente, como ajena a la mayoría de las personas, como una realidad externa, lejana, y a veces excluida; e integrable socialmente a través del cumplimiento de la ley. En general, se considera la discapacidad fuera del concepto de lo que se considera *normal* socialmente (personas sin discapacidad). La sociedad también mantiene una serie de prejuicios injustos e igualmente injustificados, discriminando a las personas con discapacidad.

Sin embargo, la discapacidad en sí misma no discrimina. Cuando todas las personas asuman que tener una discapacidad es algo natural, que le puede suceder a cualquiera; y

que todas las personas, con o sin discapacidad, participan en una misma realidad; dejará de ser un problema y un motivo de exclusión social (Allué, 2003).

### **3.3.2. Los modelos de la discapacidad: la percepción de la sociedad**

- *El modelo médico*

Antes de los años 80 la discapacidad era considerada una enfermedad y una *condición deteriorada* de la *normalidad*. Dicho modelo propuesto en 1980 por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) y aprobado por la OMS, reproducía el paradigma médico de diagnosticar y tratar la discapacidad.

Se entiende a la persona como *discapacitado/a* (se sustantiviza la discapacidad, ignorando a la persona, hombre o mujer). La teoría predominante se denomina *teoría de la tragedia personal*; señala que la persona con discapacidad, tiene el problema o enfermedad.

Por lo tanto, quien la tiene debe *procurar rehabilitarse* con la máxima esperanza de *recuperarse para poder vivir con normalidad*. Como consecuencia, su rol social es el de paciente o cliente de los servicios sanitarios. La *solución del problema* está encomendada exclusivamente a la intervención profesional, aportando soluciones para tratar las disfunciones o enfermedades que generan la discapacidad. La persona con discapacidad es controlada por los profesionales.

Este modelo pretende rehabilitar a la persona con discapacidad y capacitarla para que obtenga un trabajo remunerado. También se basa en la cultura de la beneficencia o caridad, donde la persona con discapacidad tiene que ser ayudada para subsistir y por la política asistencial. Según Arnau (2002) la perspectiva del modelo médico potencia la excesiva clasificación de la discapacidad como un catálogo de enfermedades.

- *El modelo social*

El modelo social entiende la discapacidad como un problema de origen social que no puede explicarse plenamente por los atributos individuales de la persona. Por lo tanto, es una circunstancia condicionada a la estructura social y los prejuicios que se tienen sobre la discapacidad. La sociedad es la que introduce la condición de *discapacitada* a la

persona y define su modo de vida. Por lo que para transformar las actitudes hacia las personas con discapacidad y modificar el entorno físico, la respuesta debe ser política (Conde, 2011).

**Tabla 2.- Comparación de los modelos médico y social**

VARIABLES	MODELO MÉDICO	MODELO SOCIAL
Enfoque	Individualista	Holístico
Definición del problema	Deficiencia	Dependencia impuesta
Localización del problema	Individuo	Entorno discapacitante (social, político, económico)
Solución del problema	Intervención profesional	Auto -suficiencia
Tipos de teoría	Teoría de la tragedia personal	Teoría de la opresión social de la discapacidad
Rol social	Paciente /cliente	Consumidor
Quien controla	Profesional	Sujeto independiente
Resultados pretendidos	Rehabilitador + empleo remunerado	Autonomía personal ( vida independiente)
Tipos de cultura	Cultura de la beneficiencia o caridad	Cultura de los derechos
Tipos de política	Asistencial	Derechos humanos

*Fuente: Arnau (2002)*

Este modelo se basa en la teoría de la *opresión social de la discapacidad*, la cual señala que las personas con discapacidad fueron oprimidas y estigmatizadas, relegándolas a una categoría inferior y convirtiéndoles en sujetos pasivos. El rol social que desempeña la persona con discapacidad es el de consumidor de servicios y ciudadanos productivos. La solución es lograr que la persona con discapacidad sea autosuficiente; es decir, disponga de las capacidades personales y los recursos necesarios. Este modelo pretende que las personas con discapacidad alcancen su autonomía personal y tengan una vida independiente mediante una política de derechos humanos.

- *El modelo biopsicosocial*

El modelo biopsicosocial es una explicación para comprender la percepción de la sociedad de la discapacidad. La OMS propone dicho modelo, aunando las perspectivas de los modelos médico y social, declarando que ninguno es adecuado por sí mismo. Defiende que la discapacidad es un fenómeno complejo, consecuencia de un problema del cuerpo humano y de un entorno social (Conde et al., 2011).

A lo largo de los años el modelo biopsicosocial ha sufrido grandes cambios, considerando dentro del concepto de discapacidad, las consecuencias, los problemas de integración social y la importancia del contexto. La última modificación del concepto de discapacidad y su modelo biopsicosocial realizados en el año 2002 por la CIF de la OMS supuso un nuevo paradigma en la percepción social de la discapacidad.

Las personas con discapacidad se enfrentan a menudo a gran cantidad de obstáculos, presentes en todos los ámbitos, que dificultan el disfrute de los *derechos sociales fundamentales de las personas* (Arnau, 2002). Cuando una persona se ocupa del *otro*, éste deja de tener derechos y es el cuidador quien asume el *poder* y *la autoridad* sobre *la persona cuidada* (Allué, 2003).

Por último, el *Movimiento de Vida Independiente* lucha por una mirada social diferente, rompe con el paradigma de considerar a las personas con discapacidad, enfermos o pacientes, para convertirlos en consumidores de servicios y ciudadanos productivos. Además, fomenta el poder de las personas con discapacidad a tomar sus propias decisiones y asumir sus responsabilidades, señalando que una vida independiente no significa no necesitar ayuda de otras personas, si no que la persona con discapacidad tenga el poder para determinar hasta dónde quiere ser ayudada y qué tipo de ayuda necesita. (Arnau, 2002).

### **3.4. Marco legislativo e institucional**

El marco legal en torno a la discapacidad está constituido por Convenciones, Tratados, leyes, y normativas en el ámbito internacional y nacional. También las comunidades autónomas han legislado sobre este tema, ya que tienen las competencias transferidas del Estado español para gestionar todo lo que afecta al ámbito sanitario y social. Igualmente,

los Ayuntamientos han regulado algunos aspectos, pues participan en la tramitación de la valoración de la dependencia y ayudas a la discapacidad.

A continuación se presenta una revisión de las principales normativas en el ámbito de la discapacidad, y se detallan las instituciones cuya función principal es la protección y defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

### **3.4.1. Legislación internacional**

En primer lugar, se hace referencia a la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada en 1948 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas [ONU], que estableció los derechos humanos fundamentales comunes para todas las naciones. A continuación se destacan algunos de los aspectos más relevantes.

En su art.1 indica: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”* (1948). El art. 2 determina que todas las personas tienen todos los derechos y libertades nombrados en la declaración, sin distinción alguna.

El art.25 indica que todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado que les asegure la salud y el bienestar, cubriendo las necesidades básicas, la asistencia médica, los servicios sociales y el derecho a la seguridad social.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por España (BOE nº103, 1977), establece el marco jurídicamente vinculante para que los Estados partes adopten todas las medidas necesarias, a fin de asegurar a los hombres y a las mujeres la plena efectividad de los derechos reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Asimismo, con la finalidad de conseguir una participación plena de la mujer en igualdad de condiciones con el hombre se aprobó en 1979 la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer [CETFDCM]. Esta Convención reconoce que las mujeres siguen siendo *“objeto de discriminaciones, las cuales violan los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana”*. Además, en su art.3 pide a los Estados partes que tomen *“todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el*

*objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre”.*

En su art.4 indica que *“las medidas especiales de carácter temporal cuya finalidad sea acelerar la igualdad entre el hombre y la mujer no se considerará discriminación, pero no entrañará el mantenimiento de normas desiguales o separadas. Estas medidas cesarán cuando se hayan alcanzado los objetivos de igualdad de oportunidad y trato”.*

En el año 2001, la OMS estableció la 2ª Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud [CIF], con la que cambia el enfoque sobre la discapacidad, pasando de ser *consecuencias de enfermedades* a una clasificación de *componentes de salud* e incorporar otros factores determinantes en la discapacidad como los ambientales y los personales. Define la discapacidad como *“déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Contempla la discapacidad en un contexto social, y la centra en la integración de la sociedad”.*

Asimismo, en el año 2006 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [CDPD] ratificada por España en 2007. Esta Convención supone un acontecimiento significativo al entender los derechos de las personas con discapacidad desde un enfoque de derechos humanos. Su finalidad es promover, proteger y asegurar las condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales y promover el respeto a su dignidad, igualdad de oportunidades, accesibilidad, e igualdad entre el hombre y la mujer.

Incluye como personas con discapacidad a *“aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”* (CDPD, 2006).

Esta Convención no solo ha dado visibilidad a este colectivo, sino que ofrece una herramienta jurídica vinculante de los derechos de estas personas. También ha constituido un instrumento de cambio social, basado en la diversidad y la inclusión social.

Posteriormente en 2011, la OMS elaboró el Informe Mundial sobre la Discapacidad, indicando recomendaciones a instituciones y gobiernos para la aplicación de la Convención.

Por su parte, la Unión Europea también está jugando un destacado papel en la protección de los derechos de las personas con discapacidad. En concreto, en el art. 21 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000) dice: *“Se prohíbe toda discriminación y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual”*.

Y en su art.26 *“La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas con discapacidad a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad”*.

El Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea [TFUE] de 2010, establece en los art.10 y 19 que tratará de luchar contra toda discriminación por razones de discapacidad y podrá adoptar las acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivo de discapacidad.

Asimismo, la Unión Europea cuenta con la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: Un compromiso renovado para una Europa sin barreras, que tiene como objetivo, capacitar a las personas con discapacidad para el disfrute de sus derechos y participar en la sociedad y economía de la Unión Europea. Esta estrategia indica unos ámbitos principales de actuación que son: igualdad, accesibilidad, participación, empleo, educación y formación, sanidad, protección social y acción exterior.

#### **3.4.2. Legislación nacional**

En España, la Constitución Española de 1978, establece en su art. 10: *“1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. 2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”*(BOE nº311).

También es importante recordar el art.14 *“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”*.

Y las medidas a considerar quedan recogidas en el art.49, *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”*.

En nuestro país, la primera ley específica sobre las personas con discapacidad fue la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (BOE nº 103, 1982) conocida como LISMI, que estableció las primeras prestaciones económicas y medidas de integración laboral.

Para la igualdad efectiva de oportunidades de las personas con discapacidad, se aprobó la Ley 51/2003 de 2 de diciembre, sobre igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad [LIONDAU] (BOE nº 289, 2003). Esta ley tiene por objeto establecer medidas para garantizar todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo, y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, sin discriminación, directa o indirecta, adoptando las medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social. También define a las personas con discapacidad como *“aquellas que presenten deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”*.

Con la finalidad de regular las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, se aprobó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia [LAPAD] (BOE nº 299, 2007).

Para integrar la participación de todas las administraciones públicas con competencia en esta materia, se creó el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia [SAAD], que garantiza las condiciones e igualdad y no discriminación y regula el reconocimiento de las situaciones de dependencia, y permite determinadas prestaciones sociosanitarias así como la atención integral e integrada.

Por su parte, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia atribuye a las comunidades autónomas el desarrollo de sus propios procedimientos y coordinación sociosanitaria.

Posteriormente, se han legislado otros aspectos. Así, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (BOE nº 289, 2013) establece en su art. 4, como titulares de los derechos: *“1. Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. 2. Además de lo establecido en el apartado anterior, y a todos los efectos, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%”*.

Se incorporan como derechos de las personas con discapacidad: protección de la salud, atención integral, derecho a la educación, derecho a la vida independiente al trabajo y a la protección social. Además, se incorpora un sistema de prestaciones sociales y económicas. El desarrollo de la protección de estos derechos se lleva a cabo en normativas específicas. También se consideran las medidas contra la discriminación y la defensa de la igualdad de oportunidades.

Para garantizar la coordinación de las administraciones públicas para las prestaciones de atención sociosanitaria se aprobó la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128, 2003) que establece la garantía de la continuidad en los cuidados destinados a enfermos, generalmente crónicos, que puedan beneficiarse de la actuación de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o facilitar su inclusión social. Ello incluye los cuidados sanitarios de larga duración y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional

recuperable. Y detalla que son las comunidades autónomas las encargadas de la atención sanitaria.

También a nivel estatal, basados en el Informe Mundial sobre Discapacidad de la OMS y en la Estrategia de Europa 2020 se han establecido estrategias, planes, medidas, como la Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020 y el Plan de Acción de la Estrategia Española sobre discapacidad 2014-2020.

La Estrategia Española sobre discapacidad 2012-2020 tiene como finalidad alcanzar los objetivos de la Estrategia Europea 2020 en los aspectos relacionados con las personas con discapacidad como el empleo, en el ámbito escolar, la lucha contra la pobreza y la exclusión social, así como la accesibilidad, impulsar la participación en su entorno social, la igualdad y no discriminación. Esta estrategia incorpora medidas específicas a desarrollar mediante planes.

Asimismo, el Plan de Acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020 es el instrumento de desarrollo de la Estrategia Española sobre Discapacidad, y tiene como referencia a la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Este Plan está orientado hacia la eliminación de las causas de discriminación, considerando la igualdad de derechos de todas las personas para cualquier medida que pretenda actuar sobre las condiciones de exclusión en las que frecuentemente se encuentran las personas con discapacidad. También los principios de igualdad de oportunidades y de igualdad entre mujeres y hombres forman parte esencial del Plan, favoreciendo la perspectiva de género y discapacidad. De tal forma, que las mujeres con discapacidad, objeto frecuente de doble discriminación, se encuentran expresamente contempladas.

El soporte normativo de la coordinación sanitaria y social está constituido en España por legislación de carácter nacional, y autonómico.

### **3.4.3. Instituciones para la protección de los derechos de las personas con discapacidad**

- ***A nivel internacional***

En el ámbito internacional existen diversas instituciones en la Organización de Naciones Unidas [ONU] y la Unión Europea, que se encargan de velar por las personas con discapacidad y la protección de sus derechos.

En primer lugar, se encuentra la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que tiene como misión principal velar por el disfrute de todos los derechos establecidos en la Carta de las Naciones Unidas y en las leyes y los tratados internacionales en materia de derechos humanos.

Por otro lado, está la Agencia de la Unión Europea para los Derechos Fundamentales, que tiene como finalidad que los derechos fundamentales sean una realidad en todos los estados miembros. Enmarca los derechos de las personas con discapacidad en los principios de autodeterminación e inclusión establecidos por la CDPD.

Asimismo, para promover, proteger y controlar la implementación de la CDPD, a nivel europeo está el Marco de la Unión Europea para la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Está compuesto por el Parlamento, la Comisión, la Agencia para los Derechos Fundamentales, el Foro de la Discapacidad y el Defensor del Pueblo Europeo.

Con el lema de *Nada sobre nosotros sin nosotros*, y para conseguir una Europa fuerte e inclusiva donde los derechos estén garantizados para todos los ciudadanos y con la participación activa de la sociedad civil, está el Foro de Trabajo para la Implementación de la CDPD en la Unión Europea y sus Estados miembros, constituido por los Consejos Nacionales de Personas con Discapacidad. España está representada por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad [CERMI].

- ***A nivel nacional***

En España, el Defensor del Pueblo, es el órgano responsable de defender los derechos fundamentales y las libertades públicas de los ciudadanos mediante la supervisión de la actividad de las administraciones públicas. Además, está reconocido por Naciones Unidas

como la Institución Nacional de Derechos Humanos [INDH] e investiga cualquier situación irregular. Las personas con discapacidad pueden acudir a este órgano y presentar quejas de manera gratuita (BOE nº 109, 1981).

Por otro lado, el Consejo Nacional de la Discapacidad, es el órgano colegiado interministerial a través del cual las organizaciones representativas de personas con discapacidad y sus familias participan en la planificación, seguimiento y evaluación de las políticas que se desarrollan en el ámbito de la discapacidad (BOE nº331, 2009).

También se creó en 2009 la Oficina de Atención a la Discapacidad [OADIS], que es un órgano consultivo del Consejo Nacional de la Discapacidad, perteneciente al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Esta oficina se encarga de promover la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal y realiza funciones de asesoramiento, y análisis de las quejas denuncias y consultas presentadas por las personas con discapacidad (BOE nº 311, 2009).

### **3.5. Género y discapacidad**

La complejidad de ser una mujer y tener discapacidad ha sido poco estudiada. En este apartado se pretende analizar la múltiple discriminación basada en el binomio mujer - discapacidad. En los últimos años se han elaborado documentos entre los que se encuentran el Informe Mundial sobre Discapacidad (2011), la CDPD (2006), el I Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad en Europa (1997) y el II Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad (2012), que han ayudado a visibilizar la situación y las necesidades de estas mujeres.

Para la sociedad durante años, las mujeres con discapacidad han sido consideradas como *objetos* que debían ser atendidos, y no como *sujetos* titulares de derechos (Díaz, 2013). Y como consecuencia de ello, no se las incluyó en las reivindicaciones feministas, relegando sus problemas y necesidades a otros ámbitos. Esto supuso que las feministas y las mujeres con discapacidad hicieran reivindicaciones en paralelo sin crear alianzas.

En los años 90 empezaron los movimientos asociativos de mujeres con discapacidad, que fueron desarrollados por ellas, pero dirigidos por hombres; lo que supuso que tuvieran una visión androcentrista sin generar una reflexión crítica sobre las desigualdades entre ambos sexos (Díaz, 2013).

Como indica González (2010:2739), “*las mujeres con discapacidad no son un colectivo homogéneo, si no que configuran un grupo muy diverso que experimenta las múltiples desigualdades de diferente manera y desde la diversidad de sus vivencias*”.

Díaz (2013) indica que dichas mujeres en su circunstancia personal habitualmente anteponen o dan más importancia a su discapacidad que al hecho de ser mujer.

También hay que señalar que las mujeres con discapacidad, se hacen cargo de otras personas con su misma condición, ya que culturalmente las mujeres son las que asumen el papel de *cuidadoras* de personas que necesitan depender de terceros por enfermedad, dependencia o edad (Allué, 2002).

### **3.5.1 Discriminaciones de las mujeres con discapacidad**

Las múltiples discriminaciones que padecen las mujeres con discapacidad se han originado en los modelos discriminatorios como el *capacitismo* o *normalismo*. Estos modelos definen las características innatas y esenciales de un cuerpo *normal*, ejerciendo una gran influencia en las relaciones entre personas y el entorno, rechazando cualquier tipo de deficiencia, discapacidad o características opuestas al cuerpo normal, llegando en casos extremos a deshumanizar a la persona. Esta interpretación se hace desde la premisa médico-biológica con una fuerte prevalencia de la necesidad de la rehabilitación (Díaz, 2013).

El *capacitismo* opera junto a otras formas de discriminación, las cuales generan otro tipo de situaciones de exclusión en la práctica de roles de género definidos por la sociedad.

Los modelos discriminatorios han definido a las mujeres con discapacidad como *incapaces de reproducir vidas funcionales*, convirtiéndolas en personas *des-generadas* (sin género), y por ende con una *sexualidad anómala* (asexuadas o hipersexuales), cuya descendencia debe ser controlada. Esta idea reproduce el viejo mito de que la discapacidad siempre se transmite genéticamente, y que es *vida no digna de ser vivida*; lo cual legitima la aniquilación impune de la vida supuestamente *indigna* (Díaz, 2013).

En la sociedad actual, aún perduran varios mitos sobre la mujer con discapacidad que destrazan su identidad, entre los que se encuentran: *deshumanización*, *mercancía dañada*, *indefensión*, *insensibilidad al dolor* y *amenaza de la discapacidad*. El mito de la

*deshumanización* consiste en tratar a las mujeres con discapacidad como seres de segunda categoría, incapaces de sentir. El mito de la *mercancía dañada* considera que la mujer con discapacidad es *mercancía defectuosa*, con menos valor. El mito de la *indefensión*, entiende que dichas mujeres no son capaces de defenderse. Y el de la *insensibilidad al dolor* y el de la *amenaza de la discapacidad* provocan que estén más expuestas a la violencia de género (Díaz, 2013).

Una ejemplificación de la repercusión que han tenido estos modelos es el proceso de rehabilitación de las mujeres con discapacidad adquirida; las cuales realizan actividades pensadas para reincorporarse a su medio social asumiendo el rol femenino. Otro ejemplo son los catálogos de ayudas técnicas, en los que la mayoría de los productos están relacionados con prácticas domésticas: utensilios de cocina y objetos para facilitar la limpieza del hogar y el cuidado de los niños (Allué, 2003).

Diversos autores comparten la idea de que las situaciones de discriminación que experimentan las mujeres con discapacidad y sin discapacidad no tienen una única identidad. Las categorías sociales como el sexo, el origen nacional, el nivel socioeconómico, la edad, la raza, la etnia, la orientación sexual, tener una discapacidad u enfermedad, conforman identidades múltiples que contribuyen a crear capas de desigualdades que interactúan simultáneamente en una sola persona (González, 2010). Además estos ejes de desigualdad están interconectados, relacionándose unos con otros; y no pueden analizarse como si fuesen una simple suma que genera desigualdades (CERMI, 2013 y Platero, 2012).

El CERMI habla de doble, triple o cuádruple discriminación (Díaz et al., 2013), mientras que Arnau la denomina *discriminación múltiple*; ya que muchas mujeres con discapacidad padecen varias discriminaciones, porque son de otra cultura, etnia, diferente orientación sexual, pobre, etc. (González, 2010). Allué (2003) indica que la mujer vive en un medio en el que predomina la discriminación; y la discapacidad se convierte en una carga añadida, ya que los que discriminan por género, suelen discriminar en otras categorías sociales; y señala que se debería hablar de *vulnerabilidad*.

El CERMI, para abordar como afecta el género a la discapacidad y tratar las problemáticas que se generan, propone utilizar la teoría de la *interseccionalidad* (Díaz, 2013). Este concepto fue acuñado por Kimberlé Crenshaw en la década de los setenta, y lo define como: “*los procesos complejos, irreducibles, variados y variables que en cada*

*contexto derivan de la interacción de factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos”.*

La *interseccionalidad* puede ser tanto política como estructural. La *interseccionalidad política* es la marginación que sufren las personas en las estrategias políticas, instituciones y movimientos sociales. La *interseccionalidad estructural* “*es la experiencia concreta de exclusión a la que se ven expuestas las personas cuando se solapan distintos ejes de discriminación, limitando sus oportunidades económicas, políticas y sociales*” (Mides et al., 2013:16). Este sería el caso de las mujeres con discapacidad.

Como señala Platero (2012), la *interseccionalidad* se utiliza para señalar cómo diferentes fuentes estructurales de desigualdad mantienen relaciones recíprocas y subraya que el género, la etnia, la clase, u orientación sexual, como otras categorías sociales, en las cuales se incluye a la discapacidad, no son naturales o biológicas, sino construidas y están interrelacionadas.

Además, la confluencia de estos factores (que definen el concepto de *interseccionalidad*) en las mujeres y niñas con discapacidad tiene un efecto multiplicador que potencia la discriminación experimentada. Dicha discriminación procede de la forma en la que las personas construyen sus identidades, que no reconoce la diversidad existente en distintas mujeres con discapacidad y tiende a homogeneizarlas en todos los espacios de socialización, entendiendo su realidad desde una perspectiva excluyente (Díaz, 2013).

Otra de las problemáticas que plantea el CERMI es la falta de reconocimiento de las dificultades por las propias mujeres con discapacidad, ya que a veces no son conscientes de la influencia que tiene el género en la discapacidad; y cuando dichas características operan juntas suelen generar dificultades en diferentes ámbitos de la vida (Díaz, 2013).

La IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Mujeres del año 1995 adoptó el acuerdo de impulsar la transversalidad de género con el objetivo de alcanzar la plena igualdad entre hombres y mujeres, incorporando la perspectiva de igualdad de género en todas las políticas (Díaz, 2013).

El Manifiesto Europeo (2011), en su art. 16.2 dice que “*es necesario tener en cuenta y examinar cómo la existencia de diferentes categorías de discriminación, construidas social y culturalmente (entre las que se encuentran las derivadas de la situación*

*económica, la raza, el origen étnico, la clase social, la edad, la orientación sexual, la nacionalidad, la religión y la cultura), interactúan en múltiples y, con frecuencia, simultáneos niveles, contribuyendo con ello a una sistemática desigualdad social”.*

La OMS indica que tienen mayores tasas de pobreza que el resto de la población, debido a las carencias de acceso al sistema educativo y al empleo. También hay que señalar que los costes añadidos a la discapacidad generan más gastos; lo que implica una situación de desigualdad económica (Díaz, 2013). La discapacidad puede conllevar a situaciones de aislamiento de la comunidad, a veces incluso la institucionalización, como indica Díaz.

En el ámbito de la salud, las mujeres con discapacidad son un colectivo más vulnerable, ya que están mucho más expuestas que las mujeres sin discapacidad. Como indica el Informe de Human Rights Watch “Mujeres y niñas con discapacidad” (2012), en los países desarrollados, los principales problemas son los abusos físicos y la violencia de género.

También tienen menor accesibilidad al sistema educativo, como indica Ana Peláez, *“Solo el 1% de las mujeres con discapacidad de todo el mundo están alfabetizadas”* (Díaz, 2013:33)

En relación con el empleo, la Encuesta Mundial de la Salud de 2011 señala que el 20% de las mujeres con discapacidad tienen empleo, respecto al 53% de los varones con discapacidad.

### **3.5.2. Percepción y autopercepción de las mujeres con discapacidad**

Es importante analizar cómo la sociedad percibe a las mujeres con discapacidad y cómo estas mujeres se perciben a sí mismas. La autopercepción o autoimagen es la representación mental o concepción interna que las personas construyen de sí mismas. Como señala López (2007), la percepción del propio cuerpo y lo que la apariencia física transmite a la gente intervienen en la construcción de la autopercepción. Dicho concepto es muy importante porque influye en la autoestima, y ésta en el comportamiento y en la percepción por los demás.

Una imagen negativa de estas mujeres generaría obstáculos externos e internos que dificultarían su proceso de autonomía, sobre todo si son las propias mujeres las que la

tienen, centrándose más en los defectos corporales que en las cualidades personales reales.

El Segundo Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea (2012) en su apartado 3.9 indica que *“se debe garantizar a las mujeres y niñas con discapacidad el acceso, en un plano de igualdad, a los diversos componentes de la Sociedad de la Información”*. Y prosigue, *“en el desarrollo de Tecnologías de la Información y la Comunicación, han de considerarse la necesidad de formación y la igualdad de oportunidades, sin importar la edad, permitiendo así que las niñas y mujeres con discapacidad que puedan ser susceptibles de sufrir exclusión social o situaciones de pobreza puedan acceder a ellas”*.

En nuestra sociedad, los medios de comunicación generan gran parte de la información y facilitan la conformación de la imagen de las mujeres con discapacidad, habiendo contribuido a desarrollar una imagen negativa y despectiva, al utilizar términos que sustantivizan a la persona como *minusválido*, *discapacitado* y no distinguir entre mujeres y hombres con discapacidad, como denuncia el Segundo Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con discapacidad de la Unión Europea (2012). También dicho Manifiesto afirma que *“los medios de comunicación prácticamente hacen caso omiso a las mujeres con discapacidad”* (Díaz, 2013:70) y destacan el papel transcendental de los medios de comunicación en la concepción positiva de estas mujeres y en la actitud pública hacia ellas. También señala que se deben desarrollar programas de formación a los profesionales de los medios sobre las necesidades de las mujeres con discapacidad, y hacer un esfuerzo por concienciar al público sobre la diversidad de esta población femenina.

La Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual, en su art. 8, dice que los medios deben procurar ofrecer una imagen *ajustada* y *normalizada* de este colectivo (BOE nº79, 2010).

Díaz (2013) plantea la falta de anuncios sobre mujeres con discapacidad y señala que los medios de comunicación deben ser un reflejo fiel de la sociedad e incluir a estas mujeres, que representan a la mayoría de la población con discapacidad y son consumidoras potenciales de productos.

Como indica el estudio de investigación *Mujeres y discapacidad física y/u orgánica en los ámbitos urbano y rural de la Comunidad de Madrid: Necesidades y fortalezas* (2011), los estereotipos que configuran la categoría social restan valor a las mujeres con discapacidad, extendiendo la *incapacidad física* a actividades que no tienen nada que ver con este tipo de aptitudes como el trabajo, la afectividad o la toma de decisiones, generando una imagen estereotipada de *incapacidad para la vida*, lo que produce una forma de organización social que excluye a la mujer con discapacidad. También dichos prejuicios condicionan nuestras percepciones y modo de comportarnos en las relaciones interpersonales con las mujeres con discapacidad. El tipo de relaciones que dichas mujeres establecen con sus familiares, parejas, amistades, etc., pueden estar basadas en comportamientos sobreprotectores, infantilizadores, de poder coercitivo, dominadores, negligentes que desestimen e incapaciten a dichas mujeres convirtiéndolas en dependientes, en vez de autónomas (Cubilledo et al., 2011).

Por último, se destaca que en los centros educativos, sociales, culturales y en el resto de ámbitos de la sociedad se debe promover una imagen que normalice e integre a las mujeres con discapacidad, defendiendo los principios de igualdad y de respeto a la diversidad, y desterrando los estereotipos y prejuicios sobre estas mujeres (Díaz, 2013).

## **4.- LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD**

### **4.1. Aproximación a la autonomía**

Para explicar el concepto de autonomía es necesario considerar otros términos como la autodeterminación y la independencia.

- *Concepto de autonomía*

El art. 2 de la LAPAD define la autonomía como “*la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria*” (BOE nº 299, 2006).

Otra forma de definirla es “*conjunto de habilidades, aprendizajes o repertorio conductual necesarios para controlar y afrontar nuestras propias acciones por iniciativa propia*”. Dicha autonomía se configura en torno a uno mismo y a su situación sobre un contexto, en función de las preferencias personales. La autonomía se puede adquirir a lo largo de la vida. En el concepto de autonomía hay que diferenciar entre *saber hacer* y *saber elegir*. En el ámbito de la discapacidad se ha considerado la autonomía fundamentalmente como las capacidades básicas para realizar las ABVD (cuidado personal, actividades domésticas, movilidad, desplazamiento y ejecución de tareas) de acuerdo a la ley mencionada anteriormente (Martínez, s. f.:3).

Según el modelo de autonomía que plantea Martínez (s.f.), éste es un concepto multidimensional, que engloba la adaptación al contexto (vida en el hogar y autocuidado, salud y seguridad, vida social y comunitaria, empleo y educación) y autodeterminación.

En el área de vida en el hogar y autocuidado se incluyen las ABVD. El área de la salud y seguridad lo conforman las capacidades de mantener unas condiciones óptimas de salud, bienestar emocional y desenvolverse en un entorno seguro. La vida social y comunitaria se refiere a las habilidades que posee la persona para realizar actividades de ocio, relacionarse y participar en los recursos comunitarios. En el área educativa se desarrollan habilidades que permiten el desarrollo intelectual y académico y la participación en actividades formativas. En el ámbito del empleo se favorecen las capacidades y recursos

que permiten que la persona se inserte en el mundo laboral. Dichas áreas conforman la adaptación al contexto.

**Tabla 3.- Concepto de autonomía**

<b>AUTONOMÍA</b>	<b><i>Adaptación al contexto</i></b>				
	<b>Vida en el hogar y autocuidado:</b>	<b>Salud y seguridad:</b>	<b>Vida social y comunitaria:</b>	<b>Empleo:</b>	<b>Educación:</b>
	actividades básicas de la vida diaria	capacidad de mantener unas condiciones óptimas de salud y un bienestar emocional  capacidades para desenvolverse en un entorno seguro	habilidades para realizar actividades de ocio, relacionarse y participar en los recursos comunitarios	Habilidades que permiten el desarrollo intelectual y académico y la participación en actividades formativas	capacidades y recursos que permiten que la persona se inserte en el mundo laboral
	<b><i>Autodeterminación (ejercicio de sus derechos)</i></b>				
	<b>Educación:</b>		<b>Autogobierno:</b>		
	actitudes cívicas de reconocimiento  habilidades que capacitan a la persona para dirigir su propia vida		capacidad de la persona para realizar elecciones, tomar decisiones y ejercer su actividad entorno a sus preferencias dentro de un contexto  habilidades que permiten a la persona autogestionarse		

Fuente: Martínez (s.f.)

- *Concepto de autodeterminación*

Dentro del concepto de autonomía se inserta el concepto de autodeterminación como la capacidad de elegir y decidir las propias acciones sobre la vida sin influencias externas. Para que las mujeres con discapacidad puedan desarrollar su propia autonomía es necesario el autoconocimiento y la autoevaluación de sus acciones y un contexto que genere oportunidades (Martínez, s. f).

La autodeterminación se refiere al ejercicio de los derechos, y en ella se encuentran la educación y el autogobierno. La educación desarrolla actitudes cívicas de reconocimiento y fomenta habilidades que capacitan a la persona para dirigir su propia vida. El autogobierno promueve la capacidad de la persona para realizar elecciones, tomar decisiones, ejercer su actividad en torno a sus preferencias dentro de un contexto y la habilidad de autogestionarse.

- *Concepto de independencia*

Según Vidal (2003:33) la independencia significa que “*algo o alguien ha dejado de depender de otro y tiene soberanía y control sobre su propio destino*”. En la vida de la persona, este concepto se aplica a lo que proporciona independencia. La persona se hace independiente cuando abandona el hogar familiar (paterno o materno) y vive en su propia casa, asume riesgos personales, tiene sus propios ingresos a través de la obtención de un empleo, tiene sus propias opiniones y toma sus propias decisiones.

Desde un plano filosófico y político, la independencia es un estado del ser y la guía que marca una actitud ante la vida, donde la persona tiene libertad para elegir su propio destino, tener el control de sus propios actos y pensamientos, y poder elegir diferentes opciones en la vida. Uno puede decidir qué quiere ser, qué quiere tener, dónde quiere estar y con quién (Vidal, 2003).

Para que las mujeres con discapacidad adquieran independencia es necesario que tomen responsabilidades. Se debe analizar diferentes factores cómo la repercusión que tiene la independencia en su vida y desarrollo personal, el grado de autonomía adquirida (a través de asumir responsabilidades, la toma de control de las decisiones sobre su vida) y el grado de participación que desean asumir en las diferentes esferas de la vida política, económica, social, cultural, comunitaria, educativa y laboral (Vidal, 2003).

La independencia se puede conseguir en diferentes grados o niveles. Depende de factores como el contexto (tipo de sociedad, país o lugar donde se vive), el género (hombre o mujer), factores sociales, culturales, religiosos, étnicos, nivel económico y educativo, condición (con discapacidad o sin discapacidad). Por todo ello, no existe un nivel de independencia universal. Muchas mujeres con discapacidad, aunque vivan en países con derechos y garantías constitucionales y dispongan de cierto nivel de bienestar, pueden no ser independientes.

La independencia debe producirse en todos los ámbitos de la vida. Como objetivo de la vida independiente, las personas con discapacidad deben contar con igualdad de oportunidades. Para ello, siempre que sea posible es necesaria la integración de las mujeres con discapacidad en los programas y servicios de atención a todos los ciudadanos (Vidal, 2003).

Según el modelo de discapacidad de la Coalición para la Vida Inclusiva de Derbyshire, las necesidades básicas para tener una vida independiente son: tener información sobre las opciones, apoyo de igual a igual, alojamiento y equipamiento, ayudas técnicas (para reducir la dependencia de terceras personas), asistencia personal (ayuda de una persona para realizar las ABVD), transporte y acceso al entorno (CIL de Derbyshire).

Para que las mujeres con discapacidad sean independientes es necesario que tengan un alto nivel de autonomía personal, facilitado por las ayudas técnicas y la oportunidad de participación según el grado de autonomía adquirida. Para ello, se deben proporcionar primero las ayudas técnicas, y después el acceso a los espacios de participación porque si no, la persona con discapacidad solo comparte un mismo espacio. También es necesario que las mujeres con discapacidad cuenten con las mismas oportunidades de participación en los ámbitos de: educación, empleo, política, comunidad, etc. (Vidal, 2003).

Además, la participación implica la capacidad de tener un comportamiento determinado y una capacidad de interacción con las demás personas en un mismo espacio que no siempre se puede conseguir adaptando el entorno y proporcionando ayudas técnicas a la persona con discapacidad. En muchas ocasiones se necesita una ayuda de carácter personal, mediante un servicio de apoyo profesional prestado por la figura del *asistente personal* (Vidal, 2003).

Por último, Arnau hace una crítica a la LAPAD (BOE nº299, 2006), debido a que no contempla la perspectiva de género en ninguno de sus ámbitos, ignorando su realidad, lo cual vulnera los derechos básicos de las mujeres (Arnau y Gil, 2007).

## **4.2. Áreas de intervención y recursos**

A continuación, se exponen los servicios, recursos y medidas en las diferentes áreas de intervención.

### ***SANIDAD:***

Las personas con discapacidad tienen mayor demanda de los servicios sanitarios debido a que en muchas ocasiones la discapacidad está relacionada con problemas de salud, por lo que necesitan tratamientos específicos. Además, el sistema público de salud no cubre

todas las necesidades de estas personas. Es preciso señalar, que los seguros privados de salud no cubren a las personas con una discapacidad preexistente.

En general, los profesionales sanitarios no tienen conocimientos específicos sobre cómo atender y tratar a las personas con discapacidad de manera adecuada. Por lo que se les debería dar formación sobre cómo formular preguntas apropiadas durante la exploración sintomatológica y conocimientos técnicos sobre cómo hacer transferencias. También es necesario una mejor gestión del transporte sanitario para facilitar la asistencia a las citas médicas (Cubilledo et al., 2011).

En el caso de las personas con discapacidad física, son necesarios los tratamientos de rehabilitación. Por ello se debe gestionar y agilizar su tramitación, ya que la ausencia de tratamiento repercute en un empeoramiento del estado físico (Cubilledo et al., 2011).

También hay que facilitar atención psicológica especializada para que las personas se adapten a la situación de tener discapacidad, así como sus familias.

En particular, en el caso de las mujeres con discapacidad, se han de crear recursos específicos en los servicios de reproducción, maternidad, y orientación sexual, debido a que las mujeres con afectación funcional y movilidad reducida expresan dudas y temores acerca de sus propias capacidades en las prácticas sexuales. (Cubilledo et al., 2011)

### ***EDUCACIÓN Y FORMACIÓN:***

Para favorecer la inclusión académica, se deben desarrollar adaptaciones curriculares con metodologías y contenidos que permitan a la persona realizar sus estudios con normalidad; y facilitar los recursos y materiales de apoyo necesarios para escribir y estudiar. También se debe fomentar el uso de las TIC y sistemas alternativos de comunicación.

Como indica el estudio de investigación Mujeres y discapacidad física y/u orgánica en los ámbitos urbano y rural de la Comunidad de Madrid: Necesidades y fortalezas (2011), en la infancia tiene especial relevancia la etapa escolar porque en su desarrollo integral, los aspectos intelectuales facilitan la construcción de la identidad, restando importancia a la falta de capacidad física.

Se debe facilitar una formación práctica relacionada con el tipo de empleo y de reciclaje profesional, orientada a las necesidades reales del mercado laboral para mejorar su empleabilidad. Las mujeres con discapacidad no son seleccionadas para hacer cursos de formación ocupacional, debido a que persiste la idea de incapacidad para hacer determinadas actividades o tareas (Cubilledo et al., 2011).

### ***EMPLEO:***

Para facilitar el acceso a los procesos de selección y a los períodos de prueba, se debe prestar especial atención a las barreras actitudinales de las propias mujeres con discapacidad, ya que éstas desconocen sus propias capacidades y potencialidades.

Se deben adaptar los puestos de trabajo, siempre que sea necesario, para incluir a mujeres trabajadoras con discapacidad. Asimismo, la investigación *Mujeres y discapacidad física y/u orgánica en los ámbitos urbano y rural de la Comunidad de Madrid: Necesidades y fortalezas* (2011) determina que se debe promocionar una imagen social positiva y una mayor aceptación social de las mujeres con discapacidad, para disminuir los prejuicios en su desempeño laboral y favorecer la integración de las trabajadoras con discapacidad en el entorno laboral.

Se debe retribuir a las mujeres en función de su desempeño laboral, independientemente de su condición. Muchas se ven obligadas a realizar un esfuerzo personal añadido para incrementar sus ingresos. Por lo que en muchos casos, no les compensa tener un empleo remunerado y acaban haciendo uso de la prestación económica. Como señala Cubilledo (2011:23) *“las dificultades para obtener un empleo hace que las mujeres con discapacidad obtengan los recursos económicos para subsistir de las Pensiones No Contributivas”*.

### ***RELACIONES SOCIALES Y OCIO:***

La falta de la accesibilidad a los espacios condiciona que las relaciones se debiliten, se hagan más esporádicas, se virtualicen (manteniéndose por vía telefónica o por internet) o desaparezcan.

Se deben facilitar las relaciones con personas que tienen discapacidad y promover las relaciones de amistad basadas en la igualdad, debido a que fomentan su autonomía y

repercuten positivamente en su bienestar emocional. También se han de favorecer las relaciones de apoyo familiar y de pareja basadas en el respeto.

Las actividades de ocio de las mujeres con discapacidad (con sus amistades) requieren un esfuerzo mucho mayor, pudiendo influir en la disminución y pérdida de vínculos sociales. Esta situación también puede afectar a la relación de pareja (Cubilledo, 2011).

El deporte adaptado es una modalidad deportiva que para facilitar su práctica, se adapta al colectivo de personas con discapacidad mediante modificaciones en el reglamento, espacio, material, etc. El deporte inclusivo es la actividad física conjunta de personas con y sin discapacidad, ajustándose a las posibilidades de los practicantes, mediante la adaptación de las reglas y el material (Down España, s.f.).

## **ACCESIBILIDAD Y ELIMINACIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS:**

### ▪ ***Accesibilidad***

La accesibilidad es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad, comodidad y de la forma más autónoma y natural posible (Observatorio de la Accesibilidad, s.f.)

La legislación obliga a que los entornos, servicios y productos sean accesibles para todas las personas. Las Administraciones deben garantizar que se respete la legislación sobre accesibilidad (Cubilledo et al., 2011).

Actualmente, la accesibilidad ha dejado de ser sinónimo de supresión de barreras físicas para adoptar una dimensión preventiva, amplia y aplicable en todos los ámbitos. También se considera fundamental para garantizar el cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades y mejora de la calidad de vida de todos los ciudadanos (Observatorio de la Accesibilidad, s.f.).

La importancia y necesidad de aumentar el nivel de accesibilidad (física, sensorial, cognitiva) de los espacios, productos y servicios no se deriva de una sola causa, sino de

una combinación de razones como la eliminación de la discriminación, exigencia de cumplimiento normativo, aumento de beneficiarios y rentabilidad social (Alonso, 2007).

La accesibilidad debe dar respuestas a demandas y necesidades concretas. En muchas ocasiones las medidas y adaptaciones que se realizan para una persona que va en silla de ruedas no son las adecuadas para una persona que va con muletas o que tiene otro tipo de limitaciones físicas. Se debe de dar respuesta a todas las situaciones (Alonso, 2007).

También hay que realizar adaptaciones específicas que faciliten la accesibilidad a los espacios sanitarios (pasillos, consultas, baños adaptados, etc.), educativo (aulas, comedor, patio), ocio y consumo (tiendas de ropa, centros comerciales, supermercados, cines, restaurantes etc.) y deportivos (gimnasios, polideportivos, etc.). Además hay que mejorar la accesibilidad en los medios de transporte públicos (autobuses, trenes, metro, estaciones) y favorecer la preparación del personal conductor sobre los mecanismos de utilización de las adaptaciones disponibles. En algunas ocasiones, las adaptaciones existentes no funcionan o están mal diseñadas para cubrir las diversas necesidades que conlleva la movilidad reducida. Muchas veces para asegurarse la accesibilidad, las personas con discapacidad física tienen que realizar una planificación previa.

En relación a la vivienda, se deben desarrollar adaptaciones en las estancias como cuarto de baño, cocina y adaptaciones técnicas (utensilios de cocina, control domótico) para favorecer la independencia y autonomía de las mujeres con discapacidad. Habría que incrementar la información y el acceso a las adaptaciones y recursos de apoyo para realizar las tareas domésticas, acceder a una vivienda propia, formar una familia, etc.

Cubilledo (2011) también añade que la Administración Pública debe proporcionar información útil de manera sencilla sobre los diferentes servicios y recursos públicos, temas concretos relacionados con la discapacidad y el acceso a subvenciones, trámites necesarios para optar a las ayudas. También es preciso mencionar, que el movimiento asociativo está cubriendo necesidades de las mujeres con discapacidad que no solventa la Administración, subvencionado recursos y servicios. La participación en el tejido asociativo facilita a las mujeres, un auto-concepto positivo de sí mismas y les proporciona un sentido vital.

También se deben ampliar los recursos económicos y facilitar ayudas para costear las adaptaciones técnicas y las ayudas externas más necesarias para que las mujeres con discapacidad puedan vivir de forma más autónoma, además de aplicar de manera efectiva la remuneración económica a las personas que hacen tareas de cuidados recogida en la LAPAD y flexibilizar su acceso para que puedan disfrutar de dichas ayudas y recursos y reducir los costes económicos para acceder a las nuevas tecnologías (Cubilledo et al., 2011).

El estudio de Discapnet (2010) señala que la accesibilidad a las plataformas de las redes sociales sigue siendo en la actualidad una asignatura pendiente.

*“La accesibilidad y las ayudas técnicas ponen al alcance de las persona con discapacidad unos apoyos técnicos y tecnológicos que les permite interactuar en entornos con múltiples barreras arquitectónicas”* (Vidal, 2003:77). Además, las ayudas técnicas son necesarias para la integración, ya que tienden a igualar las condiciones de participación mitigando o compensando la falta o pérdida de autonomía debido a una deficiencia. El servicio de apoyo de carácter personal es necesario en los siguientes casos: cuando las ayudas técnicas no sean suficientes, sean aparatosas, no sean capaces de mitigar las deficiencias o no sean las adecuadas, la persona o mujer con discapacidad no disponga de las tecnologías apropiadas, los entornos no sean accesibles o la persona tenga una deficiencia física severa que le impida moverse por sí misma. También dicho servicio, permite que la mujer con discapacidad pueda alcanzar un comportamiento social, laboral, e intelectual adecuado y similar al resto de personas en comunicación, aseo personal, tareas del hogar, educación y formación, desarrollar la actividad laboral, participar en actividades de ocio.

- ***Eliminación de barreras arquitectónicas***

Las barreras arquitectónicas son los impedimentos u obstáculos físicos que limitan la movilidad de las personas con limitaciones físicas (Romero, 2014). Se pueden clasificar en: Barreras Arquitectónicas Urbanísticas (BAU) son las existentes en las vías públicas, Barreras Arquitectónicas en la Edificación (BAE) se encuentran en el interior de los edificios, tanto públicos como privados. Barreras Arquitectónicas de Transporte (BAT) están en los medios de transporte y Barreras en las Comunicaciones Sensoriales (BACS) definidas como los impedimentos que dificulten o imposibiliten *“la expresión o*

*recepción de mensajes a través de los medios o sistemas de comunicación”* (BOE nº152, 1993).

Las barreras arquitectónicas en los espacios públicos, dificultan la movilidad y la utilización esos espacios, obstaculizando la participación de las personas con discapacidad en la vida comunitaria. Por lo que existe una necesidad de eliminar las todas en calles, parques, plazas, aceras. Así mismo, las barreras arquitectónicas y de transporte repercuten en el empleo.

Además la presencia de barreras arquitectónicas en los domicilios dificulta la posesión de una vivienda propia y las visitas a familiares y amigos. Esta situación puede influir en la reducción de su red social (Cubilledo et al., 2011).

#### ❖ *Asociaciones y fundaciones de personas con discapacidad*

También las asociaciones de personas con discapacidad ofrecen recursos específicos. Entre las más importantes se encuentran: CERMI, Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica [COCEMFE], Federación de Coordinadoras y Asociaciones de Minusválidos Físicos de las Comunidades Autónomas de España [COAMIFICOA], Federación Nacional de Asociaciones de Lesionados Medulares y Grandes Discapacitados Físicos [ASPAYM], Plataforma Representativa Estatal de Discapacitados Físicos [PREDIF]. Y especialmente para las mujeres está la Fundación CERMI MUJERES.

Recientemente, la Unión Europea ha diseñado una *tarjeta europea de la discapacidad*, que proporciona el reconocimiento de la discapacidad y el acceso en igualdad de condiciones a la cultura, ocio, deporte y transporte en todos los países miembros. También se ha implantado el uso de la *tarjeta europea de estacionamiento para personas con discapacidad*, que permite el aparcamiento de vehículos en el que trasladen estas personas en determinadas zonas habilitadas.

## **5.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

### **5.1. Fundamentación**

La falta de autonomía favorece una situación de vulnerabilidad debido a una mayor dependencia.

A través del análisis de las necesidades de las mujeres con discapacidad física, se llega a la conclusión de que muchas de éstas no se cubren. Además, existe un vacío técnico y administrativo sobre cómo fomentar y desarrollar su autonomía, por lo que se debería trabajar para dicho fin.

Desde esta intervención se propone trabajar con la Administración pública, entidades e instituciones sociales, etc., y con las propias mujeres con discapacidad, entendiendo que su problemática está relacionada con múltiples factores, desde dónde se debe analizar y abordar la falta de autonomía. A nivel individual se debe actuar sobre las causas personales como la sobreprotección, las creencias limitantes, el auto-sabotaje, centrándose en las capacidades y fortalezas de las propias mujeres para que tomen conciencia de sus recursos internos, aprendan a gestionarlos y puedan ser autónomas.

- *Diagnóstico de la situación:*

Tal y como se ha expuesto anteriormente, la vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad es generada por carencias educativas, cuotas más altas de desempleo, salarios más bajos, menor acceso a los servicios de salud y programas específicos.

Asimismo, tienen mayores dificultades de expresión, dificultad en el acceso a los puntos de información y asesoramiento, menor autoestima e influencia de los estereotipos sociales, mayor dependencia de la asistencia y cuidados por otras personas, miedo a la pérdida de los vínculos, necesidad de provisión de cuidados, y menor credibilidad a la hora de denunciar cualquier tipo de hechos ante algunos estamentos sociales.

También vivir en entornos que favorecen la asistencia y cuidados de otras personas como instituciones, residencias, casas de familiares, contribuyen a una situación de aislamiento (Cubilledo et al., 2011).

## 5.2. Objetivos

El objetivo de la intervención es generar la autonomía de las mujeres mediante la accesibilidad a los servicios en las diferentes áreas (sanidad, educación y formación, empleo, ocio, deporte y relaciones sociales), el desarrollo de actuaciones individuales y la facilitación de los recursos necesarios.

**Tabla 4.- Objetivos de la intervención**

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS
<p><b>Objetivo 1º:</b> Promover recursos de aplicación comunes en las áreas de: educación y formación, empleo, ocio, deporte, relaciones sociales, accesibilidad y ámbito personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso a la Sanidad</li> <li>- Acceso a la Educación y Formación</li> <li>- Acceso al Empleo</li> <li>- Acceso al Ocio, deporte y promoción de relaciones sociales</li> <li>- Promoción de la accesibilidad</li> <li>- Recursos para el ámbito personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor acceso a los servicios sanitarios y a una educación y formación de calidad, mejorar la empleabilidad, mayor acceso al transporte público y mejor utilización y mayor participación de los espacios públicos, mayor accesibilidad a una vivienda propia, consolidación de vínculos de apoyo y relaciones sociales, aumentar la participación en las actividades deportivas e incrementar las actividades de ocio, según sus interés y edad y facilitar la adaptación a su rutina diaria.</li> </ul>
<p><b>Objetivo 2º:</b> Fomentar una coordinación más efectiva de los servicios y recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer el establecimiento de las relaciones interinstitucionales del sector de la discapacidad y de la administración pública y los sectores privados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor eficacia y calidad de los servicios y recursos de las diferentes instituciones, organizaciones y de la Administración, y mejor atención de las necesidades del colectivo.</li> </ul>
<p><b>Objetivo 3º:</b> Promover recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer el proceso de acompañamiento social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar el autoconcepto de las propias mujeres y desarrollar su</li> </ul>

y actuaciones individuales para las mujeres con discapacidad física		autonomía
<b>Objetivo 4º:</b> Facilitar una mayor comprensión de la situación de las mujeres con discapacidad física.	-Promover el intercambio de conocimientos de los diferentes sectores, instituciones y entidades que trabajan con la discapacidad, y especialmente con las mujeres con discapacidad, para que puedan compartir experiencias y visibilizar a partir de los cambios y resultados su contribución favoreciendo la autonomía de las mujeres con discapacidad.	- Desarrollar una contribución que promueva la autonomía de las mujeres con discapacidad física

Fuente: Elaboración propia

### 5.2.1. Objetivos generales:

**Objetivo 1º:** Promover recursos de aplicación comunes en las áreas de: educación y formación, empleo, ocio, deporte, relaciones sociales, accesibilidad y ámbito personal.

**Objetivo 2º:** Fomentar una coordinación más efectiva de los servicios y recursos.

**Objetivo 3º:** Promover actuaciones individuales para las mujeres con discapacidad física que les permitan desarrollar y alcanzar su autonomía personal.

**Objetivo 4º:** Facilitar una mayor comprensión de la situación de las mujeres con discapacidad física.

### 5.2.2. Objetivos específicos:

**Objetivo 1º:** Promover recursos de aplicación comunes en las áreas de: educación y formación, empleo, ocio, deporte y relaciones sociales, accesibilidad y ámbito personal.

**Objetivo 1.1.** Favorecer el acceso a la Sanidad

**Objetivo 1.2.** Fomentar el acceso a la Educación y Formación

**Objetivo 1.3.** *Promover el acceso al Empleo*

**Objetivo 1.4.** *Fomentar el acceso al Ocio, deporte y promoción de relaciones sociales*

**Objetivo 1.5.** *Fomentar la promoción de la accesibilidad*

**Objetivo 1.6.** *Facilitar recursos para el ámbito personal*

**Objetivo 2º:** Fomentar una coordinación más efectiva de los servicios y recursos.

**Objetivo 2.1.** *Favorecer el establecimiento de las relaciones interinstitucionales del sector de la discapacidad y de la administración pública y los sectores privados*

**Objetivo 3º:** Promover actuaciones individuales para las mujeres con discapacidad física.

**Objetivo 3.1.** *Favorecer el proceso de acompañamiento social. Realizar actuaciones individuales para intervenir en las causas personales que contribuyen a la falta de autonomía como la sobreprotección, las creencias limitantes, el auto-sabotaje etc., centrándose en las capacidades y fortalezas de las propias mujeres para que tomen conciencia de sus propios recursos internos y aprendan a gestionarlos para plantear soluciones a sus problemas para que su solución les permita ser autónomas.*

**Objetivo 4º:** Facilitar una mayor comprensión de la situación de las mujeres con discapacidad física.

**Objetivo 4.1.** *Promover el intercambio de conocimientos de los diferentes sectores, instituciones y entidades que trabajan con la discapacidad, y especialmente con las mujeres con discapacidad, para que puedan compartir experiencias y visibilizar a partir de los cambios y resultados su contribución favoreciendo la autonomía de las mujeres con discapacidad.*

### **5.3. Resultados esperados**

**Objetivo 1º:** Promover recursos de aplicación comunes en las áreas de: educación y formación, empleo, ocio, deporte, relaciones sociales, accesibilidad y ámbito personal.

- **Resultados esperados:** mayor acceso a los servicios sanitarios y a una educación y formación con calidad, mejorar la empleabilidad, un mayor acceso al transporte público y una mejor utilización y mayor participación de los espacios públicos, mayor accesibilidad a una vivienda propia, la consolidación de vínculos de apoyo y relaciones sociales, aumentar la participación en las actividades deportivas e incrementar las actividades de ocio, según sus interés y edad y facilitar la adaptación a su rutina diaria.

**Objetivo 2º:** Fomentar una coordinación más efectiva de los servicios y recursos.

- **Resultado esperado:** mayor eficacia y calidad de los servicios y recursos de las diferentes instituciones, organizaciones y de la Administración, y mejor atención de las necesidades del colectivo.

**Objetivo 3 º:** Promover recursos y actuaciones individuales para las mujeres con discapacidad física.

- **Resultado esperado:** mejorar el autoconcepto de las propias mujeres y desarrollar su autonomía.

**Objetivo 4º** Facilitar una mayor comprensión de la situación de las mujeres con discapacidad física.

- **Resultado esperado:** desarrollar una contribución que promueva la autonomía de las mujeres con discapacidad física.

## **6.- CONCLUSIONES**

Finalmente, podemos extraer las siguientes conclusiones del trabajo realizado:

- El concepto de discapacidad es un término complejo y amplio que ha ido evolucionando a lo largo de la historia y se ha considerado una manifestación de la diversidad humana. La OMS ha definido la discapacidad como la ausencia de la capacidad para realizar una actividad de la forma se considera normal para un ser humano.
- La Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía, Personas y situaciones de Dependencia de 2008 indica que en España el 8,5% de la población tiene algún tipo de discapacidad, siendo un 60% mujeres y la discapacidad física la más frecuente.
- No existe ningún término que defina las actitudes que discriminan a las personas con discapacidad
- Las principales normativas en el ámbito de las mujeres con discapacidad son la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- En España se han establecido estrategias, planes, medidas, como la Estrategia Española sobre discapacidad 2012-2020, cuya finalidad es capacitar a las personas con discapacidad para el disfrute de sus derechos y participar en la sociedad
- La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia se aprobó con la finalidad de regular las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia. Esta ley no contempla la perspectiva de género en ninguno de sus ámbitos
- Las mujeres con discapacidad configuran un grupo muy diverso, al mantener relaciones recíprocas, construidas e interrelacionadas el género y la discapacidad, que actúan como fuentes estructurales de desigualdad y generan una situación de vulnerabilidad.
- Hay una falta de reconocimiento de las dificultades por las propias mujeres con discapacidad, ya que habitualmente anteponen su discapacidad al hecho de ser mujer en su circunstancia personal. Esto genera obstáculos internos que dificultan su proceso de

autonomía. También los impedimentos externos y la percepción social influyen desfavorablemente en estas mujeres.

- No existe un nivel de autonomía universal, y depende de condicionantes como el contexto, el género, factores sociales, culturales, religiosos, étnicos, nivel económico y educativo.

- Las mujeres con discapacidad deben contar con igualdad de oportunidades. Para ello, es necesaria la integración de las mujeres con discapacidad en los programas y servicios de atención a todos los ciudadanos.

- Es importante realizar una intervención diferenciada con las mujeres con discapacidad, destinada a desarrollar su autonomía. Los resultados esperados de la intervención social son: mejorar la accesibilidad y eliminar las barreras arquitectónicas, facilitar a las mujeres unos servicios /prestaciones generales y ayudas individuales, desarrollar actuaciones para desarrollar o mejorar su autonomía, fomentar una coordinación más efectiva de los servicios y recursos existentes y facilitar una mayor comprensión de su problemática.

## **7.- BIBLIOGRAFÍA**

- Alonso, F. (2007). Algo más que suprimir barreras: conceptos y argumentos para una accesibilidad universal. *Revista de Traductología*, 11:15-30. Recuperado el 13 de marzo de 2019 de: <http://www.revistas.uma.es/index.php/trans/article/view/3095>
- Allué, M. (2003). *Mujer y discapacidad física*. En Universitat Jaume I, I Ciclo de Conferencias: Discapacidad e Igualdad de Oportunidades: 1-6. Recuperado el 13 de marzo de 2019 de: <https://docplayer.es/14377840-Mujer-y-discapacidad-fisica-1-marta-allue.html>
- Arnau, S (2003). *Una construcción social de la discapacidad: Movimiento de Vida Independiente*. En Universitat Jaume I, VIII Jornadas de Fomento de la Investigación. 1-11. Recuperado el 13 de marzo de 2019 de: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/79398>
- Arnau, S y Gil, E (2007). *Aportaciones a la ley de “inDependencia” desde una perspectiva de género*. Recuperado el 13 de marzo de 2019 de: <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=932>
- Caballero, I (2013). Interseccionalidad. En CERMI, *La transversalidad de género en las políticas públicas de discapacidad*: 13-37. Madrid
- Conde, R (2013). *La autonomía de las personas con discapacidad como ciudadano: estudio de caso de análisis de la accesibilidad de la administración electrónica para personas con discapacidad motora* (tesis doctoral). Universidad Politécnica de Madrid. Recuperado el 15 noviembre 2018 de: [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/53381/K\\_D\\_Tesis-ROV73.pdf?sequence=4](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/53381/K_D_Tesis-ROV73.pdf?sequence=4)
- Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010). *Discapacidad motriz. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. Recuperado el 19 septiembre 2018 de: [https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion\\_educativa/Motriz/2discapacidad\\_motriz.pdf](https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Motriz/2discapacidad_motriz.pdf)

- Cubilledo, B. et al. (2011). *Mujeres y discapacidad física y/u orgánica en los ámbitos urbano y rural de la Comunidad de Madrid: Necesidades y fortalezas*. Recuperado el 15 de febrero de 2019 de: <http://www.fundacionvodafone.es/publicacion/estudio-mujeres-y-discapacidad-necesidades-y-fortalezas>
  
- Díaz, E. (2013). Introducción. En CERMI, *El reflejo de la mujer en el espejo de la discapacidad: La conquista de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad*: 15-35. Madrid.
  
- Díaz, E. (2013). La situación de las mujeres con discapacidad en España. En CERMI, *El reflejo de la mujer en el espejo de la discapacidad: La conquista de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad*: 39-97. Madrid.
  
- *Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: Un compromiso renovado para una Europa sin barreras*. EUR-LEX, sec.1323 (2010). Recuperado el 18 de febrero de 2019 de:  
[https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia\\_europea\\_discapacidad\\_2010\\_2020.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_europea_discapacidad_2010_2020.pdf)
  
- González, P (2010). Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica. *Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades: un colectivo todavía invisibilizado en los estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional*: 2737-2756. Recuperado de: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4271>
  
- Instituto Nacional de Estadística (2002). *Encuesta sobre las Persona con Discapacidad y su Relación con el Empleo*. Recuperado el 10 de noviembre de 2018 de: [http://www.ine.es/metodologia/t22/informe\\_2012.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t22/informe_2012.pdf)
  
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía, Personas y Situaciones de Dependencia*. Recuperado el 10 de noviembre de 2018 de: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175)
  
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Mujeres y Hombres en España*. Recuperado el 10 de noviembre de 2018 de:

[http://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout)

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2015). *Informe de la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad*. Recuperado el 10 de noviembre de 2018 de:

[http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd\\_2015.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2015.pdf)

- López, M. (2007). Discapacidad y género: estudio etnográfico sobre mujeres discapacitadas. *Revista inter-universitaria de investigación sobre discapacidad e interculturalidad* (1):137-172.

- Mañas, C. (2009). Mujeres y Diversidad Funcional. Discapacidad: Construyendo un Nuevo Discurso. *Revista Feminismo/s, n°13*, 9-20. Recuperado el 17 de marzo del 2019 de: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13322/1/Feminismos\\_13\\_01.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13322/1/Feminismos_13_01.pdf)

-Martínez, R. (s.f.). Autonomía, autodeterminación y discapacidad. “Manuscrito no publicado”. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado el 13 de marzo de 2019 de:

[https://www.academia.edu/8804467/Autonom%C3%ADa\\_autodeterminaci%C3%B3n\\_y\\_discapacidad](https://www.academia.edu/8804467/Autonom%C3%ADa_autodeterminaci%C3%B3n_y_discapacidad)

- Mendoza, N. et al. (2010). *Trastornos del desarrollo con discapacidad motora: proceso asistencial integrado*. Recuperado el 19 septiembre 2018 de: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956ded7fa\\_0\\_trastorno\\_motora.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956ded7fa_0_trastorno_motora.pdf)

- Ministerio de Desarrollo Social (2013). *La teoría de la interseccionalidad en el ámbito de la discapacidad. Género y discapacidad una vida sin violencia para todas las mujeres: lineamientos y recomendaciones*. Recuperado el 19 septiembre 2018 de:

<http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/34786/1/genero-y-discapacidad.pdf>

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*. Recuperado de:

<https://www.apeto.com/assets/asociosanitaria2011.pdf>

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Plan de Acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020. Recuperado el 15 de febrero de 2019 de: [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26112/Estrategia2012\\_2020.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26112/Estrategia2012_2020.pdf)

- Human Rights Watch. Informe “Mujeres y niñas con discapacidad” (2012). Recuperado de: [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session20/A-HRC-20-5\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session20/A-HRC-20-5_sp.pdf)

- Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Recuperado el 11 de noviembre de 2018 de: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

- Organización Mundial de la Salud (2002). *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 37(S2):74-105. Recuperado de: [https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)

- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe Mundial sobre la discapacidad. Recuperado de: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/)

- Vidal, J. (2003). El Movimiento de Vida Independiente: Experiencias Internacionales. Recuperado el 23 de marzo de 2019 de: <https://www.independentliving.org/docs6/alonso2003.pdf>

### **Legislación:**

-. Comisión Europea (2000). Carta de Derechos fundamentales de la Unión Europea [obra legal]

- Constitución Española, BOE, nº331 (1978). Recuperado el 15 de febrero de 2019 de: <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf> [obra legal]

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). Recuperado el 15 de febrero de 2019 de:  
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx> [obra legal]
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Recuperado el 15 de febrero de 2019 de: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf> [obra legal]
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Recuperado el 15 de febrero de 2019 de: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> [obra legal]
- Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966, BOE, nº 103 (1977) [obra legal]
- Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual, BOE, nº 79 (2011) [obra legal]
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, BOE, nº 103 (1982) [obra legal]
- Ley 51/2003 de 2 de diciembre, sobre Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad BOE, nº 289 (2003) [obra legal]
- Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, BOE nº 313 (2003) [obra legal]
- Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE, nº 128 (2003) [obra legal]
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, BOE nº 299 (2007)
- Ley Orgánica 3/1981, del 6 de abril, del Defensor del Pueblo, BOE nº 109. (1981)
- Parlamento Europeo (2010). *Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea*. [ obra legal]

- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, BOE, nº 289 (2013) [obra legal]
- Real Decreto 1414/2006, de 1 de diciembre, por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, BOE, 2006 [obra legal]
- Real Decreto 1855/2009, de 4 de diciembre, por el que se regula el Consejo Nacional de la Discapacidad, BOE, nº 311 (2009)
- Real Decreto 1972/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, BOE, nº22, (2000) [obra legal]
- Real Decreto 1112/2018, de 7 de septiembre, sobre accesibilidad de los sitios web y aplicaciones para dispositivos móviles del sector público, BOE, nº227 (2018) [obra legal]
- Recomendación del Consejo de 4 de junio de 1998 sobre la creación de una tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad. Eur-Lex, nº12.6 (1998) [obra legal]

### **Páginas webs y blogs:**

- Accesibilidad, definición (s. f). Recuperado el 15 de abril de 2019 de: [www.observatoriodelaaccesibilidad.es/accesibilidad/accesibilidad/definicion/](http://www.observatoriodelaaccesibilidad.es/accesibilidad/accesibilidad/definicion/)
- Acera, M. (2015, marzo 10). El concepto de Discapacidad: diferencias entre discapacidad, deficiencia y minusvalía [entrada a blog]. Recuperado el 2 de febrero de 2019 de: <https://www.deustosalud.com/blog/teleasistencia-dependencia/concepto-discapacidad-diferencias-entre-discapacidad-deficiencia>
- Arbona, P. (2018). *Enfermedad mental y discapacidad psíquica*. Recuperado el 11 de noviembre de 2018 de: <https://demanoenmano.net/enfermedad-mental-discapacidad-psiquica/>
- Autonomía Personal y Dependencia (2015). Recuperado el 10 de noviembre de 2018 de: [http://www.imserso.es/imserso\\_01/autonomia\\_personal\\_dependencia/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/index.htm)

- Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (s.f.). Recuperado el 17 de marzo del 2019 de: <http://www.cocemfe.es/portal/>
- Enfermedad mental y discapacidad física (s.f.). Recuperado el 11 de noviembre de 2018 de: <https://demanoenmano.net/enfermedad-mental-discapacidad-psiquica/>
- Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de la Comunidad de Madrid (2017). Recuperado el 17 de marzo del 2019 de: <http://famma.org/>
- Federación de Coordinadoras y Asociaciones de Minusválidos Físicos de las Comunidades Autónomas de España (s.f.). Recuperado el 17 de marzo del 2019 de: <http://www.coamificioa.es/>
- Federación Nacional de Asociaciones de Lesionados Medulares y Grandes Discapacitados Físicos (s.f.). Recuperado el 17 de marzo del 2019 de: <http://www.aspaym.org/>
- Fundación CERMI Mujeres (s.f.). Recuperado 17 de marzo del 2019 de: <http://www.fundacioncermimujeres.es/es>
- Instituto de la Mujer para la igualdad de oportunidades. Mujeres con discapacidad (s.f.). Recuperado el 10 de noviembre de 2018 de: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/multiDiscriminacion/mujeresDiscapacidad/home.htm>
- La discapacidad física: ¿qué es y qué tipos hay? (2018). Recuperado el 11 de noviembre de 2018 de: <http://www.observatoridiscapacitat.org/es/la-discapacidad-fisica-que-es-y-que-tipos-hay>
- León, K. (2014, diciembre 29). Diversidad funcional [Entrada blog]. Recuperado el 17 de marzo del 2019 de: <https://www.monografias.com/trabajos103/monografia-diversidad-funcional/monografia-diversidad-funcional.shtml>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Temas de salud: Discapacidades. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

- Pardilla, S. (2012, agosto, 9). ¿Qué es la Discriminación Positiva? [Entrada a blog]. Recuperado el 14 de marzo de 2019 de: <https://sociologos.com/2012/08/09/que-es-la-discriminacion-positiva/>
  
- Pérez, J. y Merino, M. (2014). Definición de independencia. Recuperado el 3 de marzo del 2019 de: <https://definicion.de/independencia/>
  
- Plataforma Representativa Estatal de Discapacitados Físicos. Recuperado el 17 de marzo del 2019 de: <http://www.predif.org/index.php?q=strongpredifstrong>
  
- Qué es discapacidad intelectual (s.f.). Recuperado el 7 de febrero de 2019 de: <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/que-es-discapacidad-intelectual>
  
- Selecciones del Bibliotecario: Discapacidades Sensoriales (s.f.). Recuperado el 17 de marzo de 2019 de: [https://www.naric.com/?q=es/rif\\_es/Proyecto%20Carrera%3A%20Un%20Nuevo%20Programa%20para%20Apoyar%20a%20Estudiantes%20Universitarios%20con%20Lesiones%20Cerebrales%20Traum%C3%A1ticas](https://www.naric.com/?q=es/rif_es/Proyecto%20Carrera%3A%20Un%20Nuevo%20Programa%20para%20Apoyar%20a%20Estudiantes%20Universitarios%20con%20Lesiones%20Cerebrales%20Traum%C3%A1ticas)
  
- Significados (s.f.). *Significado de Inclusión*. Que es inclusión. Recuperado el 17 de marzo del 2019 de: <https://www.significados.com/inclusion/>
  
- WordReference Discriminación. Diccionario de la lengua española. Espasa-Calpe (2019). Recuperado el 1 de marzo del 2019 de: <http://www.wordreference.com/definicion/discriminaci%C3%B3n>

## **8. - ANEXO: Definición de términos y siglas**

En este apartado se indican los conceptos empleados con significado específico, ordenado alfabéticamente. Siempre que ha sido posible se ha utilizado la definición de los organismos de referencia o legislación aplicable, y en su defecto la del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

Al final se ha incluido un listado con las siglas comúnmente utilizadas.

### **▪ DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**ACCESIBILIDAD UNIVERSAL.-** condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (BOE nº 299, 2007)

**ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD).-** las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (BOE nº 299, 2007)

**ASISTENCIA PERSONAL.-** servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (BOE nº 299, 2007)

**AUTONOMÍA.-** capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. *Ley 39/2006, de*

*14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 299, 2007)*

**ATENCIÓN INTEGRAL.-** es una forma concreta de abordaje de la enfermedad crónica y la dependencia, que tiene en cuenta la problemática y la situación específica de la persona y de su entorno; cuidando y tratando todos los aspectos que inciden en la pérdida o disminución de su salud y de su autonomía. (Dirección General del IMSERSO et al., 2011)

**ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.-** aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, señalando que “la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes. *Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* (BOE nº 128, 2003)

**CALIDAD DE VIDA.-** percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones (OMS et al., 2002)

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.-** documento oficial destinado a personas con discapacidad psíquica, física o sensorial, que acredita la condición de persona con discapacidad. Es necesario tener reconocido un grado mínimo del 33% para que el certificado permita el acceso a ayudas sociales, para la contratación de la persona a través de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) y para el cómputo de estos trabajadores a efectos de cumplimiento de la LISMI. *Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía* (BOE nº 22, 2000)

**COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.-** conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen

situaciones de dependencia y enfermedad crónica (Dirección General del IMSERSO et al., 2011)

**CUIDADOS NO PROFESIONALES.-** atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (BOE nº 299, 2007)

**CUIDADOS PROFESIONALES.-** son los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (BOE nº 299, 2007)

**DEPENDENCIA.-** estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (BOE nº 299, 2007)

**DERECHO A LA SALUD.-** el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica o social (OMS, 1946)

**DIÁLOGO CIVIL.-** principio en virtud del cual las organizaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familias participan, en los términos que establecen las leyes y demás disposiciones normativas, en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas oficiales que se desarrollan en la esfera de las personas con discapacidad, las cuales garantizarán, en todo caso, el derecho de los niños y las niñas con discapacidad a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder

ejercer ese derecho. *Ley 51/2003 de 2 de diciembre, sobre Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad* (BOE nº 289, 2003)

**DISCAPACIDAD.-** las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diferentes barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (ONU, 2008)

**DISCAPACIDAD FISICA.-** Es una deficiencia del tipo motórico y / o visceral. Está relacionada con el cuerpo, miembros y órganos en general. Originada en los sistemas músculoesquelético, nervioso, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema hematopoyético, aparato digestivo, aparato urogenital, sistema endocrino, piel y anejos, y neoplasias. *Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.* (BOE nº 22, 2000)

**DISCRIMINACIÓN.-** Ideología o comportamiento social que separa y considera inferiores a las personas por su raza, clase social, sexo, religión u otros motivos ideológicos (WordReference, 2019)

**DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER.-** denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, Sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer* (ONU, 1979)

**DISCRIMINACIÓN POSITIVA.-** término dado a una política social dirigida a mejorar la calidad de vida de grupos desfavorecidos. Supone acciones, que a diferencia de la discriminación o discriminación negativa, buscan que un determinado grupo social, étnico o minoritario que históricamente haya sufrido discriminación a causa de injusticias sociales, reciba un trato preferencial en el acceso y distribución de ciertos recursos o

servicios así como acceso a determinados bienes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de grupos desfavorecidos (Pardilla, 2012)

**DISEÑO PARA TODOS.-** actividad por la que se concibe o proyecta, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible. *Ley 51/2003 de 2 de diciembre, sobre Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad* (BOE nº 289, 2003)

**DIVERSIDAD FUNCIONAL.-** término "que se ajusta a una realidad en la que la persona funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad. Este término considera la diferencia de la persona y la falta de respeto de la mayoría, que en sus procesos constructivos no tienen en cuenta esa diversidad funcional" Javier Romañanch (Lázaro, León, Portal y Zamora, 2014)

**INCLUSION.-** actitud, tendencia o política de integrar a todas las personas en la sociedad, con el objetivo de que estas puedan participar y contribuir en ella y beneficiarse en este proceso. (Significados: descubrir lo que significa conceptos y definiciones, 2017)

**INDEPENDENCIA.-** capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás (Pérez y Merino, 2014)

**INTERSECCIONALIDAD.-** procesos complejos, irreducibles, variados y variables que en cada contexto derivan de la interacción de factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos (Díaz y CERMI, 2013)

**MINUSVALÍA.-** situación de desventaja de un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol que sería normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales (OMS, 1980)

**NECESIDADES DE APOYO PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL.-** las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad. *Ley 39/2006, de 14*

*de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 299, 2007)*

**NORMALIZACIÓN.-** principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona. *Ley 51/2003 de 2 de diciembre, sobre Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE nº 289, 2003)*

**SALUD.-** estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades (OMS, 1946)

**TERCER SECTOR.-** organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 299, 2007)*

**TRANSVERSALIDAD DE LAS POLÍTICAS EN MATERIA DE DISCAPACIDAD.-** principio en virtud del cual las actuaciones que desarrollan las Administraciones públicas no se limitan únicamente a planes, programas y acciones específicos, pensados exclusivamente para estas personas, sino que comprenden las políticas y líneas de acción de carácter general en cualquiera de los ámbitos de actuación pública, en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad. *Ley 51/2003 de 2 de diciembre, sobre Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE nº 289, 2003)*

**VIDA INDEPENDIENTE.-** situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad. *Ley 51/2003 de 2 de diciembre, sobre Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE nº 289, 2003)*

## ▪ SIGLAS

**ABVD.-** Actividades Básicas de la Vida Diaria

**BEDPD.-** Base Estatal de Datos de Personas con valoración del Grado de Discapacidad

**CDPD.-** Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

**CEDAW.-**Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women

**CERMI.-** Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad

**CETFDCM.-** Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

**CIF.-** Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

**EDAD.-** Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia

**IMSERSO.-** Instituto de Mayores y Servicios Sociales

**INDH.-** Instituto Nacional de Derechos Humanos

**INE.-** Instituto Nacional de Estadística

**LAPAD.-** Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

**LIONDAU.-** Ley sobre Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad

**LISMI.-** Ley de Integración Social del Minusválido

**OMS.-** Organización Mundial de la Salud

**ONU.-** Organización de Naciones Unidas

**SAAD.-** Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

**SNS.-** Sistema Nacional de Salud