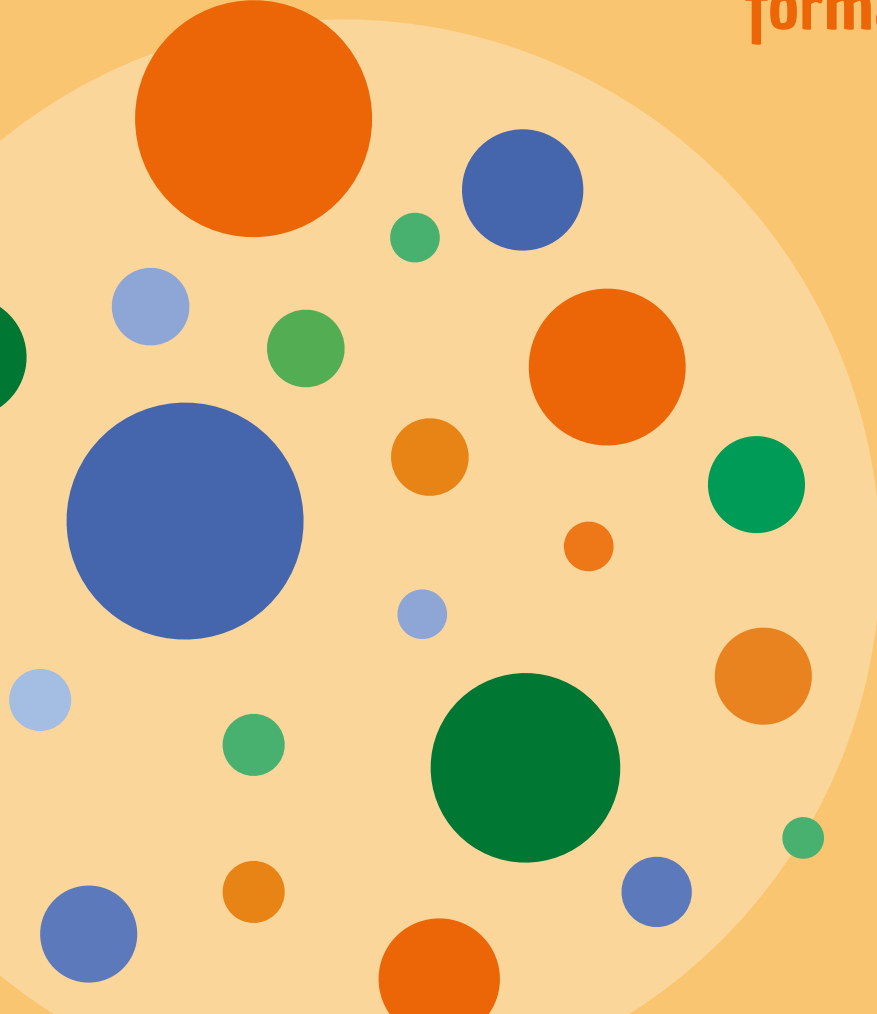



VIOLENCIA SEXUAL HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

Contexto, marcos y
formas de prevención

MUNICIPIOS DE
LA PAZ Y RIBERALTA



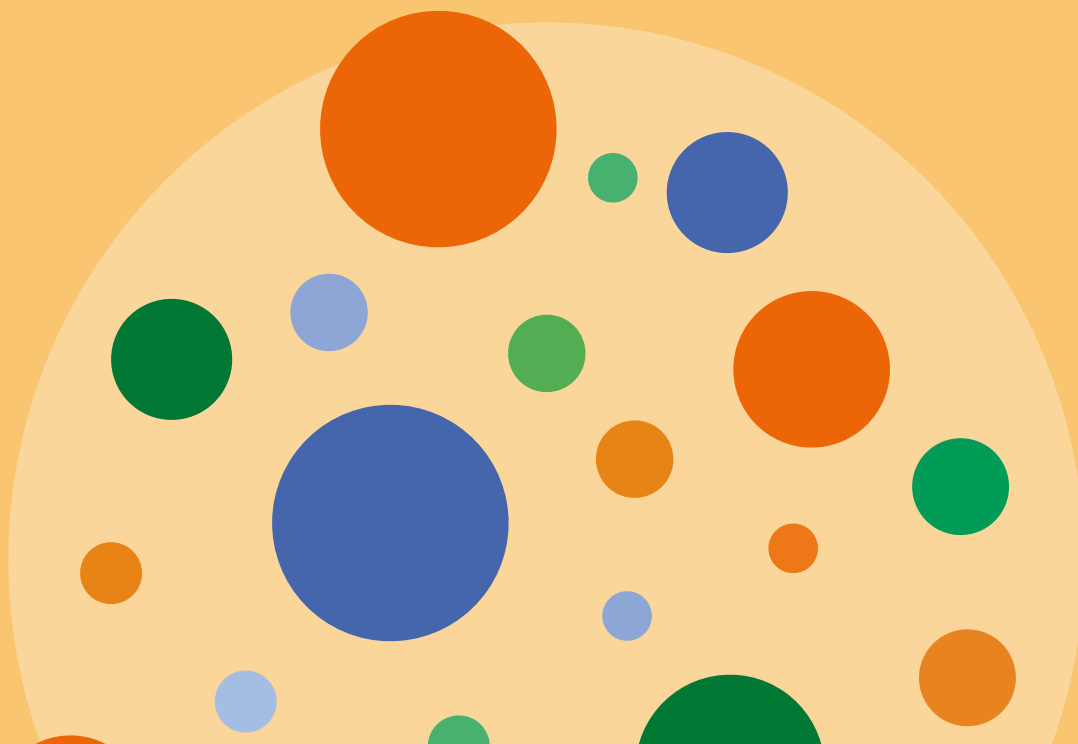
La Paz - Bolivia
2022



VIOLENCIA SEXUAL HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

**Contexto, marcos y formas de
prevención**

MUNICIPIOS DE
LA PAZ Y RIBERALTA





Fundación
Machaqa
Amawta

VIOLENCIA SEXUAL HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

Contexto, marcos y formas de prevención

MUNICIPIOS DE LA PAZ Y RIBERALTA

Elaboración:

Erik Quiroga Velásquez

Revisión:

María Mercedes Vargas A.
Ivan Perez Toledo

Cuidado de edición:

María Acho Marquez
Sandra Wechner

Diseño y diagramación:

José Cusicanqui Aguirre

D.L.: 4-1-4146-2022

ISBN: 978-99974-980-6-9

©Fundación Machaqa Amawta, 2022
La Paz: Av. Arce N° 2433
Edificio Torre de Las Américas - Of. 21
Teléfonos: (591-2) 2141235 - 2442787
www.fmachaqa.org
amawta@fmachaqa.org

La Paz, Bolivia
2022

Este material fue elaborado en el marco de la cooperación EIRENE/BMZ.



Ministerio Federal de
Cooperación Económica
y Desarrollo

Y el apoyo de:



CONTENIDO

PRESENTACIÓN

Capítulo I

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN 11

Capítulo II

MARCO TEÓRICO 15

1. Marco general para la comprensión de la discapacidad..... 15
 - 1.1. Modelos de atención de la discapacidad 15
 - 1.2. Enfoques para el análisis de la situación de la discapacidad ... 19
 - 1.3. Discapacidad: definición, tipos y grados..... 25
2. Violencia y violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad 27
 - 2.1. Violencia 27
 - 2.2. Violencia hacia niñas, niños y adolescentes 29
 - 2.3. Violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes 32
 - 2.4. Violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad 34
3. Prevención de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad..... 39
 - 3.1. Niveles de prevención..... 39
 - 3.2. Enfoque inclusivo de la prevención 41
4. Desarrollo de la sexualidad en niñas, niños y adolescentes con discapacidad 46
 - 4.1. Sexualidad 46
 - 4.2. Infancia, niñez, adolescencia y desarrollo de la sexualidad... 48

Capítulo III

ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO RELACIONADO A LA VIOLENCIA SEXUAL HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD 53

1. Marco normativo relacionado a la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad 55

1.1. Constitución Política del Estado.....	55
1.2. Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño	55
1.3. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.....	56
1.4. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo...	56
1.5. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible...	57
1.6. Ley N° 548 - Código Niña, Niño y Adolescente.....	58
1.7. Ley N° 348 - Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia.....	59
1.8. Ley N° 223 - Ley General para Personas con Discapacidad	60
1.9. Ley N° 2033 - Ley de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual.....	60
1.10. Ley N° 464 - Ley del Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima	61
1.11. Ley Municipal Autónoma N° 209 para las Personas con Discapacidad - Gobierno Autónomo Municipal de La Paz	61
1.12. Ley Municipal Amazónica N° 151 de las Personas con Discapacidad - Gobierno Autónomo Municipal de Riberalta	62
1.13. Norma Técnica de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas con Discapacidad	62
1.14. Guía para la Aplicación de la Norma Técnica de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas con Discapacidad	63
1.15. Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual	64
1.16. Guía de Atención a Víctimas de Violencia Sexual para Garantizar la Implementación de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014.....	66
1.17. Guía Práctica de Valoración de Víctimas de Violencia Sexual, Metodología de Recojo, Custodia y Procesamiento de Evidencias	67
1.18. Normas Nacionales de Atención Clínica (Violencia Sexual).....	67
1.19. Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a toda forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.....	67
1.20. Guía para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual dirigida a DNA.....	68

2. Análisis de la normativa identificada	68
2.1. Nivel fundamental.....	68
2.2. Nivel legal.....	69
2.3. Nivel base	71
3. Análisis de las rutas críticas de atención a la violencia	73
3.1. Ruta de Atención en Casos de Violencia Contra las Mujeres - Ley N° 348	73
3.2. Ruta Crítica para la Atención a Víctimas de Violencia Sexual - Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual.....	74
3.3. Ruta Crítica del Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a toda forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.....	75
4. Análisis sobre las observaciones de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y las recomendaciones del Examen Periódico Universal.....	78
4.1. Observaciones del Comité de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	78
4.2. Recomendaciones del Examen Periódico Universal	96
5. Percepciones sobre el marco normativo	104
5.1. Avances en la norma y dificultades en la implementación..	104
5.2. Información e instancias de atención a la violencia.....	106

Capítulo IV

HALLAZGOS DESDE LAS PERCEPCIONES DEL CONTEXTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

111

1. Marco situacional de niñas, niños y adolescentes con discapacidad	111
1.1. Información demográfica	112
1.2. Violencia hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad	114
2. Caracterización de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad.....	118
Sucedo y no dicen	118
Agresores impunes	120
Callan por vergüenza	122
Él me estaba mirando...Yo no sabía	124
Contextos de riesgo	126
Contextos seguros	128
Se transa entre cuatro paredes	130
Desarrollo de la sexualidad	132
Miedo y abstinencia.....	134
Hablar de sexualidad	136
Derribar barreras sobre la sexualidad.....	138

Educación integral en sexualidad: necesidad, pero no demanda	140
3. Prácticas y respuestas ante la violencia sexual.....	142
Eterna niñez	142
Todo lugar es peligroso.....	144
Estrategias de prevención.....	146
El miedo se transmite a hijas e hijos.....	148
Acceso digital de la violencia sexual.....	148
Familias autoexcluidas.....	150
Precariedad familiar.....	150
4. Desafíos para la prevención de la violencia sexual	152
Educación y sexualidad.....	152
La justicia no está de nuestra parte	154
Atención profesional deficiente	156
Solo discurso	158
Camino recorrido y por recorrer	160

Capítulo V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES163

1. Conclusiones.....	163
2. Recomendaciones.....	166

BIBLIOGRAFÍA171

ANEXOS179

PRESENTACIÓN

La violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad es, en esencia, un fenómeno invisible, en el que confluyen factores como la discriminación y la exclusión, los mandatos patriarcales que encubren la violencia, la actuación no resolutive de las entidades responsables de la atención y las familias que se enfrentan al hecho, prácticamente, desde la indefensión.

Por esta razón, se realiza la investigación sobre la situación de la “Violencia sexual en niñas, niños y adolescentes con discapacidad: contexto, marcos y formas de prevención” en los municipios de La Paz y Riberalta, bajo los enfoques inclusivo, de derechos, de género, intercultural e interseccional.

El documento cuenta con cinco capítulos. El primer título contextualiza el diseño metodológico de la investigación. En el segundo apartado se encuentra el marco teórico de la discapacidad, violencia, prevención de la violencia sexual y el desarrollo de la sexualidad de la niñez y adolescencia con discapacidad. El tercero recopila y analiza

la normativa internacional, nacional y local sobre la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en cuanto al grado de cumplimiento e implementación. El cuarto acápite devela los hallazgos del proceso de investigación desde las percepciones, vivencias y opiniones de las personas que intervienen en el fenómeno de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad y el quinto expone las correspondientes conclusiones y recomendaciones.

La investigación es primordialmente cualitativa, en base a entrevistas semiestructuradas y grupos focales con madres y padres de familia, representantes de organizaciones públicas y privadas que intervienen en el ámbito de la discapacidad y niñas, niños y adolescentes con discapacidad. Se presentan datos de referencia, pero la disponibilidad de información oficial actualizada y desagregada continúa siendo una cuenta pendiente.

El Estado y la sociedad no pueden mantener los ojos cerrados ante una realidad que necesita políticas articuladas y específicas para la atención y prevención de la violencia sexual, así como accesibilidad universal e inclusiva en los servicios de restitución de derechos a niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

*María Mercedes Vargas A.
Directora Ejecutiva
Fundación Machaqa Amawta*

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente documento “Violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad: contexto, marcos y formas de prevención” se ha realizado con el auspicio de la Fundación Machaqa Amawta (FMA) y el apoyo financiero de EIRENE/BMZ, en el marco de la implementación del proyecto “Niños, niñas, adolescentes y entornos protectores fortalecidos y resilientes para la prevención integral de la violencia sexual”, en los municipios de La Paz y Riberalta bajo los enfoques inclusivo, de derechos, de género, intercultural e interseccional.

Se recopila y analiza la normativa internacional, nacional, local y las políticas públicas sobre la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad y el grado de cumplimiento e implementación; se identifican factores predisponentes y de riesgo que incrementan la situación de vulnerabilidad y se refieren los mecanismos de prevención y protección.

El proceso de investigación fue de tipo exploratorio - descriptivo, ya que la sexualidad, violencia sexual y formas de prevención en niñas,



niños y adolescentes con discapacidad son ámbitos poco estudiados en el contexto boliviano, por ello se configuran estos fenómenos desde la perspectiva de los actores relacionados.

El diseño fue mixto, con fuentes primarias y secundarias, y predominantemente cualitativo para describir las formas de vida, creencias, significados, valores, prácticas e ideas, tanto explícitas como subyacentes de las unidades de análisis priorizadas.

La dimensión cualitativa permitió configurar el fenómeno de la violencia sexual y las formas de prevención que utilizan las familias con niñas, niños y adolescentes con discapacidad, aspectos que facilitan la comprensión del fenómeno y el sentido asignado desde la población objetivo. El componente cuantitativo permitió la recolección de datos complementarios.

Procedimentalmente, la información ha sido agrupada de acuerdo a las unidades de análisis: madres y padres de familia de niñas, niños y adolescentes con discapacidad; niñas, niños y adolescentes con discapacidad y representantes de organizaciones públicas y privadas involucradas en el ámbito de la discapacidad.

Para el análisis y procesamiento de información se ha considerado: a) La identificación de los ejes de análisis (sexualidad, violencia sexual, factores de vulnerabilidad y estrategias de prevención); b) La elaboración de un marco teórico con contrapuntos necesarios, a partir de investigaciones previas y desde la teorización de la temática; c) Las perspectivas de personas expertas; d) La recuperación de las voces de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, así como de madres y padres de familia y e) Los testimonios de otros actores vinculados a la discapacidad.

En el contexto de la confidencialidad comprometida, se entrevistó a madres de niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), discapacidad auditiva, discapacidad intelectual, discapacidad múltiple, parálisis cerebral y síndrome de Down; niñas, niños y adolescentes con síndrome de Down y discapacidad intelectual; representantes del Comité Nacional de la Persona con Discapacidad (CONALPEDIS), Comité Departamental de la Persona con Discapacidad de La Paz (CODEPEDIS), Viceministerio de Igualdad de Oportunidades (VIO), Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (Unidad de Discapacidad) y Gobierno Autónomo Municipal de Riberalta y representantes de organizaciones privadas que trabajan con personas con discapacidad de los municipios de La Paz y Riberalta. Los grupos focales se



desarrollaron con padres y madres de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, adolescentes con discapacidad auditiva y personas adultas con discapacidad.

El proceso ha sido paulatino y circular. Se ha identificado progresivamente vértices coincidentes y divergentes; y se han establecido puntos prioritarios y marginales, de acuerdo a los objetivos y la ocurrencia del fenómeno de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad.



Capítulo II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan referentes teórico-conceptuales que contribuyen al análisis y la comprensión de los hallazgos de la investigación para la construcción de sentido en la complejidad del fenómeno de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

15

1. MARCO GENERAL PARA LA COMPRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD

1.1. Modelos de atención de la discapacidad

Los modelos de abordaje, comprensión y atención a la discapacidad, históricamente se refieren a tres (Palacios, 2008):

a) Modelo de la prescindencia

Plantea dos presupuestos esenciales:

- Las causas de la discapacidad son religiosas (castigo divino por pecados cometidos, advertencia de una catástrofe, etc.).

- La persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad, es un ser improductivo y una carga.

A su vez contiene dos submodelos:

- El eugenésico considera que la persona con discapacidad no merece vivir, de esta manera, existen casos en los que niñas y niños con discapacidad son víctimas de infanticidio. Mientras que, si la discapacidad se ha dado de manera posterior al nacimiento, se puede brindar ayuda de subsistencia, pero generalmente son objeto de burla y temor.
- El de marginación excluye socialmente a la persona con discapacidad, sea por menosprecio o miedo; en consecuencia, mueren por omisión y se dedican a la mendicidad como medio de subsistencia.

b) Modelo rehabilitador o modelo médico

El modelo rehabilitador parte de dos supuestos principales:

- Las causas de justificación de la discapacidad son científicas.
- Las personas con discapacidad pueden aportar socialmente, pero eso dependerá de su grado de normalización y rehabilitación.

Este modelo concibe la discapacidad como un problema inherente a la persona. La discapacidad se encuentra en el individuo y se genera por algún trauma, enfermedad o condición de salud, razón por la que se busca la recuperación, a través de tratamiento médico, educación especial y la institucionalización. La mirada se centra en las actividades que la persona con discapacidad no puede realizar y se adopta una actitud paternalista hacia ella.

La discapacidad se asume como una enfermedad. La persona con discapacidad sale de la “norma” o estándar social, está limitada o impedida de participar plenamente en la vida social. La persona especialista en medicina es quien diagnostica la “normalidad” o “anormalidad”. Niñas y niños tienen mayor probabilidad de supervivencia, pero dependerá del tratamiento médico que se aplique y de la educación especial a la que acceda.

Existe una orientación hacia la asistencia social y el empleo protegido. La asistencia social tiene una perspectiva de beneficencia, dotación de subvenciones y la posibilidad de vivir en instituciones especiales, en el entendido de que las personas con discapacidad



son “incapaces” de trabajar. El empleo protegido se orienta a generar cierta experiencia de forma que pueda integrarse al mercado laboral, ello incluye medidas de acción positiva como la reducción de impuestos o algún tipo de bonificación a las empresas que contraten personas con discapacidad. Sin embargo, prima la aprensión hacia el desenvolvimiento eficaz de las actividades que se les encomienda, lo que, a su vez, genera desconfianza en la misma persona con discapacidad, mellando su autoestima.

El modelo médico recibe las siguientes críticas:

- Pretende eliminar la diferencia que representa la discapacidad y promueve una cultura de lo idéntico y lo “normal”.
- La persona con discapacidad será integrada socialmente en la medida que se rehabilite, oculte su diferencia y se asemeje al común de las personas.
- Sobredimensiona el rol y el poder de la persona profesional en medicina, quien diagnostica, trata y rehabilita; pero también traza el destino de la persona con discapacidad y determina su forma de vida y las elecciones que debe tomar.
- Pone excesivo énfasis en el diagnóstico clínico, lo que genera una visión parcial e incompleta de la discapacidad, toda vez que es una experiencia de vida que va más allá de la realidad médica.
- La promesa de rehabilitación (restauración) de la persona con discapacidad, reafirma la noción de “normalidad” y la obliga a parecerse al común para ser validada como sujeto social y con derechos.

c) Modelo social

El modelo social parte de dos supuestos fundamentales:

- Las causas que generan la discapacidad son preponderantemente sociales. Así la raíz del problema no radica en la persona, sino en las limitaciones que tiene la sociedad para brindar servicios apropiados que respondan a las necesidades de toda la población con y sin discapacidad.
- La persona con discapacidad tiene derechos y puede aportar a la sociedad igual que el resto de la población sin discapacidad. La premisa es que toda vida humana es igualmente digna y el aporte social de la persona con discapacidad depende de la inclusión y la aceptación de la diferencia.



Las características centrales de este modelo son:

- El concepto “persona con discapacidad” se basa en las limitaciones de la sociedad para generar inclusión. De este modo, se realiza una distinción entre lo que comúnmente se denomina “deficiencia” (inherente a la persona con discapacidad) y lo que se entiende por “discapacidad” (deficiencia de la persona más las limitaciones sociales que generan exclusión).
- La vida de una persona con discapacidad tiene el mismo sentido y valor que la vida de una persona sin discapacidad; por ello, tienen mucho que aportar a la sociedad, pero debe ser aceptada como es. Su contribución depende de la inclusión integral.
- Las niñas, niños y adolescentes con discapacidad deben tener las mismas oportunidades de desarrollo que sus pares sin discapacidad, incluyendo actividades de ocio, deportivas, lúdicas u otras de socialización.
- La educación debe propender a la inclusión y reservar la educación especial como último recurso. Desde esta mirada, la normalidad no existe, lo que realmente existe es la diversidad; entonces, la educación debe ser individualizada, de acuerdo a las necesidades educativas de cada niña, niño y adolescente. Implica un cambio moral y ético en la escuela y un compromiso con la inclusión.
- Sobre los métodos de subsistencia de las personas con discapacidad, se plantea la seguridad social, el trabajo ordinario y, excepcionalmente, el trabajo protegido. Sin embargo, desde este modelo, se cuestiona el empleo como única forma de inclusión dentro de la sociedad. La seguridad social y empleo no deberían ser excluyentes.
- Se busca la inclusión a través de la igualdad de oportunidades, de la accesibilidad universal, el diseño para todas y todos y la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.
- Enfatiza las barreras económicas, medioambientales y culturales que encuentran las personas con discapacidad. Al igual que la inaccesibilidad en la educación, en los sistemas de comunicación e información, en los entornos de trabajo, transporte, infraestructura y entretenimiento, sistemas de subvención, servicios de apoyo social y sanitarios y la imagen negativa en los medios de comunicación. Desde esta perspectiva, la persona con discapacidad es “discapacitada” por la negación de la sociedad.



- Defiende que toda persona, cualquiera sea la naturaleza o complejidad de la discapacidad, tiene derecho a tomar decisiones sobre temas que afecten a su desarrollo integral y autónomo.
- Redefine la rehabilitación o normalización, estableciendo que éstas deben tener como objeto el cambio de la sociedad y no de las personas con discapacidad.
- Plantea que el concepto de persona con discapacidad es variable y relativo a los contextos, las épocas y las culturas.

El modelo está centrado en los derechos humanos porque se reconoce a las personas con discapacidad como titulares de derechos, promueve el respeto a la diferencia y busca la rehabilitación de la sociedad para no reproducir los estereotipos que les ponen en desventaja, de manera que sea repensada y rediseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas con y sin discapacidad, brindando las mismas oportunidades de desarrollo.

Es a partir de las consideraciones del modelo social que se define el horizonte del presente documento y el abordaje de la realidad de las personas con discapacidad, en igualdad de derechos y oportunidades.

1.2. Enfoques para el análisis de la situación de la discapacidad

En el análisis de la información y la situación de niñas, niños y adolescentes con discapacidad se toma en cuenta los enfoques inclusivo, de derechos, de género, intercultural e interseccional para identificar las desigualdades de poder y las condiciones de exclusión y discriminación que afectan a esta población.

a) Enfoque inclusivo¹

El enfoque inclusivo tiene su base en el reconocimiento de la diversidad entre los seres humanos. La diversidad como características de las personas y las sociedades se expresa de forma múltiple, por ejemplo, anatómicas, físicas y funcionales, culturales, personales, sociales, sexuales, etc.

Desde esta perspectiva, es primordial entender y aprender a vivir con y en el marco de las diferencias. La convivencia, aparte de la aceptación y respeto a la diversidad, supone la generación de con-

¹ Este apartado ha sido elaborado con base en el artículo de Armando Vásquez, Asesor Regional de Rehabilitación de la OMS/OPS, “Aprender a convivir con las Diferencias” (2022).



diciones para que todas y todos tengan las mismas posibilidades y oportunidades para el desarrollo integral.

El reconocimiento y aceptación de la convivencia en diversidad exige la promoción de una dinámica de relaciones humanas con equidad –sin discriminación–, con inclusión –sin exclusión–, conciliación, negociación, concertación, holismo, integralidad, pluralismo y cooperación.

En relación a las personas con discapacidad, éstas tienen características funcionales distintas (discapacidades) a otros seres humanos y que, en general e históricamente, han sido vistas más por su deficiencia físico-funcional que por su capacidad de participar y aportar a la sociedad.

Toda vez que una situación involucra un cambio social, implica también la intervención del nivel estructural del Estado y sus instancias de gobierno, desde donde se promuevan, diseñen e implementen políticas públicas, reformas legislativas, reformas a los sistemas de educación y salud, formación de recursos humanos, administración de presupuestos y recursos que sean inclusivos y empáticos con la situación de las personas con discapacidad.

El análisis normativo permite identificar si el marco legal existente se orienta hacia el establecimiento de una sociedad que se sustenta en valores y planteamientos que reconocen la diversidad, la inclusión y el desarrollo de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones. Mientras que el análisis situacional permite determinar en qué medida la sociedad ha avanzado hacia la inclusión de las personas con discapacidad, en el marco de la equiparación de oportunidades, el respeto y la promoción de derechos.

20

b) Enfoque de derechos²

El Enfoque de Derechos Humanos está basado en los valores, principios y normas universales propios de la dignidad de la persona humana, que se refieren a la vida, libertad, igualdad, seguridad, participación política, bienestar social y cualquier otro aspecto ligado al desarrollo integral de las personas.

² Este apartado ha sido elaborado con base en el documento “El enfoque basado en Derechos Humanos: Evaluación e Indicadores” (Red en Derechos, 2011).

Este enfoque promueve la transformación de las relaciones de poder, la corrección de las desigualdades, de las prácticas discriminatorias y de la injusta distribución de recursos en la sociedad.

El enfoque de derechos prioriza a poblaciones que, por distintas circunstancias, se encuentran en una situación de vulnerabilidad e indefensión para ejercer sus derechos y libertades.

Establece que todo ser humano es titular de derechos, mientras que los individuos, las instituciones sociales como la familia y las organizaciones de la sociedad civil son titulares de responsabilidades y el Estado y sus instancias son titulares de obligaciones. De esta manera, se definen los roles en relación al ejercicio de los derechos para evaluar el cumplimiento, las situaciones o condiciones que están favoreciendo o dificultando los resultados en términos de vigencia de los derechos humanos.

El contexto de ejercicio de derechos permite hacer el análisis de vulneración, a partir de tres tipos de causas y las relaciones entre ellas:

- Las causas inmediatas son las más cercanas, más visibles y fácilmente percibidas por las personas.
- Las causas subyacentes son las que se ocultan detrás de las más visibles. En muchas ocasiones no son percibidas por las propias personas, aunque tengan efectos muy negativos.
- Las causas estructurales son las que se encuentran en la base de la vulneración del derecho humano. Se mantienen a lo largo del tiempo, las personas las incorporan como parte de su vida y no son identificadas como causas de vulneración.

El análisis de las causas ayuda a conocer e identificar los factores que originan la vulneración de derechos y a identificar las acciones para reducir sus efectos o conseguir que desaparezcan.

La vulneración de los derechos se expresa cuando los titulares de derechos no tienen capacidad para exigir sus derechos, los titulares de obligaciones para cumplir con sus obligaciones y los titulares de responsabilidades para cumplir con sus responsabilidades.



En términos de evaluación, el enfoque de derechos permite identificar en qué medida una determinada acción, normativa o política pública ha contribuido a la transformación de las relaciones de poder, corrigiendo las desigualdades, las prácticas discriminatorias, la exclusión y demás vulneraciones. Se toman en cuenta los siguientes aspectos:

- *Situación de los derechos humanos.* Implica conocer la realidad de los derechos humanos en un determinado país, área territorial concreta o grupo poblacional específico. Involucra el análisis del marco normativo del país, tanto a nivel interno como con relación a los estándares internacionales. Precisa el punto partida de la vulneración de los derechos humanos y en qué medida se ha avanzado en la modificación de esa situación.
- *Igualdad y no discriminación.* Identifica los cambios favorables a la igualdad, especialmente de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, con la indagación de los siguientes puntos:
 - » Se han tenido en cuenta a los grupos discriminados, se han realizado acciones para modificar las situaciones de desigualdad o se ha promovido la igualdad.
 - » Se han incorporado titulares de derechos, de responsabilidades y de obligaciones en la formulación de normativas, políticas públicas, estrategias y en el desarrollo e implementación de las mismas.
- *Participación.* Si la formulación de la normativa, políticas públicas, estrategias o el desarrollo de acciones se realizan a partir de la participación ciudadana y responsable, orientada a la transformación del poder.

c) Enfoque de género

El género hace referencia a las características, roles, actitudes, valores y relaciones que afectan a las personas y que se construyen y asignan socialmente, a partir de la diferencia sexual biológica.

En las sociedades patriarcales, generalmente, se asigna a las mujeres el rol reproductivo en el ámbito privado, que incluye el cuidado de la descendencia y las tareas de cuidado del hogar como la limpieza o la cocina. El hecho de que las mujeres accedan al mercado laboral remunerado, no las exime de las tareas del hogar, hecho que genera la denominada doble jornada de trabajo.

Por otro lado, a los hombres se les asigna el rol productivo y su desenvolvimiento en el ámbito público, debiendo ocuparse de la mantención económica y defensa del hogar, además de la posibilidad de participar en espacios de dirigencia o liderazgo en instancias políticas, por ejemplo. Así, los hombres se desarrollan en la llamada cultura del privilegio –por el hecho de ser hombres– con ventajas sociales, culturales, económicas y políticas.

Esta asignación asimétrica de roles reproduce desigualdades entre mujeres y hombres porque no cuentan con las mismas oportunidades y dificulta la convivencia entre ambos. A su vez, mantiene a las mujeres en una situación de desventaja y dependencia, mientras fomenta la violencia y agresividad en los hombres.

A partir de la comprensión de este fenómeno, el enfoque de género considera el lugar y el significado que las sociedades asignan a mujeres y hombres, en base a las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen. De ahí se infiere que si las desigualdades de género son construcciones culturales, éstas pueden modificarse, a través de la forma en que las personas son socializadas.

Las desigualdades de género se articulan y refuerzan con otras desigualdades de poder, como las de clase social, etnia, grupo generacional, diversidades sexuales, procedencia rural o urbana u otras que amplifican la discriminación y la exclusión social, fundamentalmente de las mujeres. De esta manera, una niña con discapacidad, de área rural y con bajos ingresos se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad.

Desde el enfoque de género se pueden diseñar estrategias, políticas públicas y medidas que contribuyan a la reducción de las desigualdades de género, la violencia sexual y la construcción de sociedades más justas y equitativas.

d) Enfoque intercultural³

Existen, básicamente, tres formas diferentes de comprender la diversidad cultural: el multiculturalismo, el pluralismo cultural y la interculturalidad.

³ Las definiciones de multiculturalismo y pluralismo cultural se han elaborado en base a la Guía Metodológica de transversalización del enfoque de interculturalidad en programas y proyectos del sector Gobernabilidad” (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, 2013).

Multiculturalismo: Reconoce la diversidad de culturas, sin embargo, no se promueve la relación entre ellas, solamente se establece la reivindicación de derechos, el respeto y tolerancia entre las mismas, sin cuestionar los elementos estructurales que producen desigualdades.

Pluralismo cultural: Reconoce las culturas, las relaciones entre ellas y fundamentalmente la riqueza de las diferencias culturales; es decir, reconoce la igualdad sin negar las diferencias. Busca la formulación e implementación de políticas que transformen las estructuras simbólicas, económicas y políticas que generan situaciones de injusticia entre las culturas, haciendo visibles las relaciones asimétricas para intervenir sobre las causas.

Interculturalidad: Según Albó (2012) “...cuando hablamos de interculturalidad, parece que el sujeto primario de estas relaciones no son tanto las “culturas” (que son una generalización conceptual abstracta) sino las personas o grupos de personas que viven y se han desarrollado en culturas distintas. Desde esta perspectiva la interculturalidad es también, por tanto, en gran medida un intercambio entre gente con identidades distintas. Sólo en un segundo momento de reflexión analítica, esta relación se podrá referir también a elementos culturales o a las culturas mismas”.

Este “intercambio entre gente con identidades distintas” que señala Albó, si se realiza con el enfoque intercultural, es una herramienta que permite analizar las relaciones desde dos dimensiones:

- Distribución del poder en la toma de decisiones sobre sus propias prioridades de desarrollo y control de sus vidas.
- Nivel de reconocimiento de las diferencias culturales, sin que ello sea motivo de exclusión o discriminación.

Las relaciones simétricas fomentan el reconocimiento mutuo entre las personas y sus culturas, y las asimétricas no aceptan el valor de culturas diferentes. En este contexto, el enfoque intercultural se focaliza, principalmente, en transformar las situaciones de discriminación o exclusión producto de las relaciones asimétricas.

Consecuentemente, la interculturalidad reconoce la interacción activa con la diversidad (cultural, política, de opción sexual, entre otras) así como la profundización de los mecanismos de construcción de poder, interaprendizaje y cooperación. Promueve el diálogo entre matrices civilizatorias (o civilizaciones), en diferentes ámbitos, para generar relaciones de confianza para la convivencia respetuosa.



e) Enfoque interseccional

El concepto de interseccionalidad es relativamente reciente y su origen data de los debates de los movimientos feministas en Estados Unidos (siglo XIX) que, además de promover el derecho al sufragio femenino, también luchaban contra la esclavitud. Entonces, se ven las interrelaciones entre varios ejes de análisis de la realidad (Ejemplo: raza, sexualidad y clase social). En el siglo XX surgieron otros movimientos sociales de estudiantes, trabajadores, defensores de derechos humanos, etc.; y otra vez los movimientos feministas adoptan la perspectiva interseccional denunciando la múltiple marginalización que vivían (Ejemplo: opresión racial, sexual, heterosexual y de clase). En lo que va del siglo XXI, el término adquiere más vigencia en todas las disciplinas y las instituciones que tienen sus políticas y acciones orientadas a la equidad e igualdad (Zapata, Cuenca y Puga, 2014).

Brah (2004) define interseccionalidad como: “... *los efectos complejos, irreductibles, variados y variables que resultan cuando múltiples ejes de diferencia –económica, política, cultural, psíquica, subjetiva y experiencial– se intersectan en contextos históricos específicos*”.

McCall (2005) concibe la interseccionalidad como “... *aquellas relaciones entre múltiples dimensiones y modalidades de las relaciones sociales y formaciones del sujeto*”. La unidad de análisis se focaliza en las relaciones de desigualdad entre los grupos sociales y, para ello, introduce la noción de “complejidad” que implica las relaciones de desigualdad en las que interactúan diferentes dimensiones y categorías analíticas, en un determinado contexto y tiempo.

En este sentido, es una herramienta de análisis que permite estudiar, entender y comprender la forma en que fenómenos de diferente índole afectan a la realidad de las personas, en este caso de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad en situación de vulnerabilidad ante la violencia sexual.

1.3. Discapacidad: definición, tipos y grados

La Ley General para Personas con Discapacidad (Ley N° 223, 2018) establece criterios y definiciones que hacen a la comprensión de la discapacidad en el país:



a) Discapacidad

Discapacidad es el resultado de la interacción de la persona con deficiencias de función físicas, psíquicas, intelectuales y/o sensoriales, a largo plazo o permanentes, con diversas barreras físicas, psicológicas, sociales, culturales y comunicacionales.

b) Tipos de discapacidad

Personas con Discapacidad son aquellas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales y/o sensoriales, a largo plazo o permanentes que, al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

- *Personas con discapacidad físico-motora.* Son las que cuentan con deficiencias anatómicas y neuromúsculo funcionales causantes de limitaciones en el movimiento.
- *Personas con discapacidad visual.* Son las que tienen deficiencias anatómicas y/o funcionales causantes de ceguera y baja visión.
- *Personas con discapacidad auditiva.* Son las que poseen pérdida y/o limitación auditiva en menor o mayor grado.
- *Personas con discapacidad intelectual.* Son las que cuentan con deficiencias anatómicas y/o funcionales del sistema nervioso central, que ocasionan limitaciones significativas, tanto en el funcionamiento de la inteligencia y el desarrollo estratégico psicológico evolutivo como en la conducta adaptativa.
- *Personas con discapacidad mental o psíquica.* Son las que debido a causas biológicas, psicodinámicas o ambientales son afectadas por alteraciones de los procesos cognitivos, lógicos, volitivos, afectivos o psicosociales que se traducen en trastornos del razonamiento, de la personalidad, del comportamiento, del juicio y comprensión de la realidad, que les dificultan adaptarse a ella y a sus particulares condiciones de vida, además de impedir el desarrollo armónico de relaciones familiares, laborales y sociales, sin tener conciencia de esta condición.
- *La discapacidad múltiple* está generada por varias deficiencias, sean éstas de carácter físico, visual, auditivo, intelectual o psíquico.



c) Grados de discapacidad

- *Discapacidad leve.* Se refiere a síntomas, signos o secuelas que justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica de las mismas.
- *Discapacidad moderada.* Síntomas, signos o secuelas que causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independientes en las actividades de autocuidado.
- *Discapacidad grave.* Síntomas, signos o secuelas que causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria que puede afectar alguna de las actividades de autocuidado y requerir asistencia de otra persona para ello.
- *Discapacidad muy grave.* Síntomas, signos o secuelas que imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria y requiere asistencia permanente de otra persona.

2. VIOLENCIA Y VIOLENCIA SEXUAL HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

La descripción del fenómeno de la violencia y la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad es una temática poco afrontada, en especial, en la población con discapacidad y es, a su vez, ampliamente extendida en las sociedades patriarcales porque afecta, particularmente, a las mujeres –desde una perspectiva interseccional– de diferentes grupos etarios, clases sociales, origen étnico, formación académica, tipo y grado de discapacidad, etc.

Por otro lado, la información disponible es bastante restringida en general y existen subregistros en términos estadísticos. Es una realidad “difícil de hablar” por vergüenza, temor y porque se ha naturalizado la discriminación y exclusión de la población con discapacidad.

2.1. Violencia

Las definiciones de la OMS, Martínez y Perrone y Nannini sobre violencia ayudan a identificar las diferentes aristas de este fenómeno.



De acuerdo a la OMS (2003) la violencia es “*El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones*”.

Establece tres categorías generales o tipos de violencia:

- Violencia autoinflingida que hace referencia al comportamiento suicida y las autolesiones.
- Violencia interpersonal que cita, por un lado, a la violencia intrafamiliar y de pareja y, por otro, a la violencia comunitaria entre personas que no guardan parentesco, que pueden conocerse o no y sucede, por lo general, fuera del hogar.
- Violencia colectiva que se subdivide en violencia social, política y económica. Estas categorías identifican violencias cometidas por grupos más grandes de individuos o por el Estado y sus manifestaciones pueden ser crímenes de odio, terrorismo, guerra o negación de acceso a servicios por intereses económicos.

A su vez, Martínez (2016) indica que violencia es cuando “*alguien hace daño a alguien intencionalmente, mediante el uso de fuerza física o de otro tipo y la intención conlleva obligar a la(s) persona(s) dañada(s) a algo que no quiere(n)*”. Identifica como elementos centrales:

- El uso de la fuerza por parte de alguien.
- El daño ejercido por una o varias personas.
- La intencionalidad del daño, el propósito de obligar o hacer algo que no quiere.
- Tipos de violencia, la violencia física como una forma abierta y visible y otras violencias imperceptibles, pero presentes (la psicológica, por ejemplo).

Perrone y Nannini (1997) plantean que la violencia asume dos formas distintas:

- *Violencia agresión*. Se efectúa entre personas que tienen una relación igualitaria. Es una relación de rivalidad en la que ambas personas tienen el mismo status y luchan por establecer y mantener la igualdad.



- *Violencia castigo*. Se presenta entre personas que tienen una relación desigual y no tienen el mismo status, y una de ellas se asume con el derecho de infligir daño y sufrimiento sobre la otra. En este contexto, la violencia es unidireccional.

Como se puede apreciar, estas definiciones plantean diferentes elementos y aspectos inherentes a la violencia, pero coinciden en que tiene que ver con el uso de la fuerza (física como factor tangible y otras formas menos evidentes) o poder sobre otra persona, para obligarla a hacer algo, provocar daño y sufrimiento en una relación desigual.

La definición de la OMS resulta más abarcadora porque incluye varias formas de violencia como la autoinflingida, comunitaria y colectiva, remitiéndose a ámbitos que a través de sus prácticas influyen en el mantenimiento de este fenómeno, incluso de manera estructural.

En el caso de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad es una acción de agresión en una relación desigualitaria que también incluyen otras formas de expresión de la violencia como la discriminación, negación e invisibilización.

2.2. Violencia hacia niñas, niños y adolescentes

El Código Niña, Niño y Adolescente (Ley N° 548, 2014) define “*Constituye violencia la acción u omisión, por cualquier medio, que ocasione privaciones, lesiones, daños, sufrimientos, perjuicios en la salud física, mental, afectiva, sexual, desarrollo deficiente e incluso la muerte de la niña, niño o adolescente*” (Artículo 147).

La vulnerabilidad de niñas, niños y adolescentes ante la violencia (agresión y daño físico, emocional y sexual) cobra mayor relevancia, en términos relacionales, cuando su cuidado y protección (crianza con condiciones de desarrollo adecuadas) depende de personas adultas e instituciones de la sociedad que no lo hacen. Entonces, por ello, la violencia hacia niñas, niños y adolescentes se perpetra por acción u omisión.

El Estudio Nacional sobre Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes en Bolivia “No le digan a nadie lo que les conté” (2019), realizado por la Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, Instituto de Investigación en Ciencias de Comportamiento y Visión Mundial, aborda elementos teórico-conceptuales del fenómeno de la violencia que ayudan a matizar el análisis.

a) Tipos de violencia hacia niñas, niños y adolescentes

- *Violencia física.* Aquella expresión de poder que implica el desplazamiento de la fuerza que ocasiona daños y lesiones leves o permanentes hasta la muerte.
- *Violencia emocional.* Agresión verbal o no verbal, en el marco también de una relación de poder, que genera sufrimiento y puede afectar al desarrollo psíquico, emocional y social.
- *Violencia sexual.* Contempla actos con componente sexual como el acoso y abuso sexual, la violación, estupro, la explotación sexual y la violencia sexual comercial. Comprende daños físicos y emocionales.
- *La negligencia o abuso pasivo.* Es la acción de no cumplir con la obligación de supervisar, proteger y velar por el bienestar físico, emocional, educativo y de salud de la niña, niño o adolescente, de parte de la madre, padre u otra persona cuidadora.
- *La violencia entre pares (bullying).* Involucra y combina la violencia física, psicológica y/o sexual, por medios físicos y/o virtuales.

b) Factores de riesgo para la ocurrencia de la violencia

- *Factores individuales:* Son características, rasgos o eventos que otorgan elementos de vulnerabilidad a niñas, niños y adolescentes. Pueden estar relacionados con el nacimiento, por ejemplo, embarazo no deseado, de alto riesgo, malformaciones o algún tipo de discapacidad.
- *Factores familiares:* Relacionados a padres y madres con antecedentes de violencia familiar, baja autoestima, poca tolerancia al estrés, condiciones psiquiátricas, consumo de alcohol y drogas, inexperiencia en el cuidado, uniones a temprana edad, bajo nivel de escolaridad, entre otros. También situaciones como la recomposición frecuente de la estructura familiar (por muerte, divorcio o nuevas parejas), debilidad o ausencia de comunicación, inexistencia o ambivalencia en las demostraciones de afecto, resolución de conflictos sin empatía ni consenso y la utilización de la violencia como práctica correctiva disciplinaria.



- *Factores sociales:*
 - » Violencia basada en género. Manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres que causa daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o muerte de la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Esta violencia tiene sus orígenes en un orden social que discrimina y desvaloriza a las mujeres por el hecho de ser mujeres y tiene el objetivo de perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal que busca la subordinación al género masculino hegemónico.

- » Normalización social de conductas violentas. Incluye la transmisión generacional de la violencia en la vivencia cotidiana. También encierra creencias o prácticas culturales que reivindican medidas de corrección físicas o verbales (castigo, miedo, disciplina punitiva), como medio para educar a la niña, niño o adolescente.
- » Adultocentrismo: Práctica de las sociedades patriarcales que coloca a la persona adulta por encima de niñas, niños, adolescentes y adulto mayores, sin tomar en cuenta las opiniones y deseos respecto a su etapa de vida. Establece una relación de poder subyacente que obvia derechos y ejerce violencia. Es una práctica violenta en cuanto deslegitima las opiniones, actitudes, sentimientos y deseos de otros grupos generacionales con un discurso adulto dominante. Se puede reflejar en acciones de desprotección, sobreprotección o aislamiento social.

c) Consecuencias de la violencia

- La discapacidad puede ser una consecuencia de la violencia.
- Las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia pueden presentar conductas agresivas (hacia sí mismas o hacia el contexto social), antisociales, inhibición o miedo.
- Aislamiento social por conducta hostil y rechazo de sus pares.
- Depresión.
- Ansiedad e hiperactividad.
- Transtornos alimenticios y del sueño, etc.



2.3. Violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes

El Protocolo de prevención, atención y sanción a toda forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes (2017), define la violencia sexual como “... *toda acción basada en el abuso de poder que ejercen las personas adultas, sometiendo a niños, niñas y adolescentes con ánimo de satisfacer deseos sexuales o con ánimo de lucro. Así como la agresión que puede ejercer una persona adolescente contra una niña o niño, u otra adolescente cuya diferencia de edad sea mayor a tres años. Son todos aquellos actos y negligencias que causan daño, amenazan y/o alteran su desarrollo psicosocial, considerados como una grave vulneración de sus derechos. La violencia sexual en contra de niñas, niños y adolescentes es ejercida por una asimetría de poder, desde una posición de privilegio o dominación, utilizando la manipulación psicológica, el chantaje, el engaño, el uso de la fuerza, basada en un vínculo de dependencia afectiva, emocional y/o económica.*”

De acuerdo al documento de “Normas, protocolos y procedimientos para la atención integral de violencia sexual” del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades (Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, 2010), la violencia sexual no se comprende fuera de las relaciones de desigualdad establecidas por las construcciones de género que se afianzan y naturalizan en el sistema patriarcal, a través del cual se socializa a las personas en la sociedad boliviana. Asimismo, menciona que la violencia sexual es una de las peores formas de violencia y la que mayor complicidad recibe.

Por su parte, la Ley N° 348 - Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia (2014) define la violencia sexual como: “... *toda conducta que ponga en riesgo la autodeterminación sexual, tanto en el acto sexual como en toda forma de contacto o acceso carnal, genital o no genital, que amenace, vulnere o restrinja el derecho al ejercicio a una vida sexual libre segura, efectiva y plena, con autonomía y libertad sexual de la mujer.*”

Asimismo, de acuerdo al Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (como cita el Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, 2010) la violencia sexual “... *puede existir entre miembros de una misma familia y personas de confianza, entre conocidos y extraños y puede suceder a lo largo de todo el ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, incluyendo a mujeres y hombres, sea como víctimas y agresores o agresoras.*”

En base a la información de la Red PREVIENES (Red Departamental de Protección de la Niñez y Adolescencia para una Vida Libre de Violencia Sexual) se describen las siguientes formas de violencia:



a) Violencia sexual sin contacto físico

Incluye los casos de seducción o provocaciones verbales explícitas, exposición de los órganos genitales, masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia de una niña, niño o adolescente y/o mostrar pornografía con el fin de obtener placer o gratificación, excitación sexual, agresión, degradación o propósitos similares.

- Hipersexualización.
- Corrupción de menores de edad, incitando a actividades sexuales prematuras con la exposición de materiales sexuales.
- Acoso sexual y/o solicitud de favores sexuales no consentidos.
- Violencia sexual digital, a través del contacto de una persona adulta a una niña, niño o adolescente en las redes sociales, extorsión y chantaje –haciendo uso de publicaciones con contenido íntimo–, intimidación y ciberacoso.

b) Violencia sexual con contacto físico

Contacto sexual con tocamientos intencionados en las zonas genitales de una niña, niño o adolescente o forzar, alentar y permitir que lo haga en las áreas erógenas de la persona adulta. Una de las formas más nocivas de violencia sexual es el contacto genital, penetración del órgano sexual masculino (por vía vaginal, anal u oral), penetración con objetos o animales (por vía vaginal, anal u oral) o sexo oral.

- *Estupro*: Relaciones sexuales de una persona mayor, a través del engaño o seducción, con una o un adolescente entre 14 y menor de 18 años.
- *Abuso sexual*: Cualquier acto sexual no consentido sin llegar a la penetración.
- *Violación*: Acto sexual no consentido que incluye la penetración del órgano sexual masculino, de un objeto o animal por vía vaginal, oral o anal a la niña, niño o adolescente.

No se considera válido el “consentimiento” de acto sexual de una niña o niño menor de 14 años y/o que presente una discapacidad mental o intelectual, ya que por la edad y condición, desconoce las consecuencias e implicaciones del hecho.



c) **Violencia hacia el libre ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos**

Cualquier acción u omisión que restrinja el libre ejercicio del derecho a la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres, afecta a la libertad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la salud, a la planificación familiar, a la maternidad y a decidir sobre un embarazo deseado o no deseado.

- Obligar o negar el uso de métodos para la anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Forzar a llevar a cabo un embarazo no deseado o forzar a interrumpir un embarazo sin el consentimiento informado y de libre decisión.
- Violencia sexual comercial.
- Mutilación sexual femenina.

2.4. **Violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad**

López (2014) plantea la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes desde dos situaciones:

- La coerción (con fuerza física, presión o engaño) como criterio suficiente para identificar el abuso sexual, más allá de la edad de la persona agresora.
- La asimetría de edad, impide la libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual en común, debido a las experiencias, grado de madurez biológica y expectativas diferentes. La asimetría vicia cualquier posibilidad de establecer una relación igualitaria.

En el caso de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, el enfoque ecológico de la violencia (Visión Mundial - Instituto de Investigación de Ciencias del Comportamiento - Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, 2019) permite identificar contextos de vulnerabilidad que no se atribuyen, directamente, a la condición de discapacidad. Plantea este fenómeno como el resultado de las condiciones culturales, sociales, familiares y estructurales de la sociedad que impactan sobre la víctima. La violencia no tiene carácter episódico, sino dinámico porque es producto de la interacción de esas condiciones que la mantienen y reproducen como forma de relación.



Los niveles que considera el enfoque ecológico de la violencia son:

- **Macrosistema:** El conjunto de valores, ideologías, creencias, prácticas culturales y condiciones estructurales que dan forma a la organización de la sociedad, posicionan en un determinado lugar a niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres y funcionan como cimiento del mesosistema y del microsistema.
- **Mesosistema:** Implica la interacción entre varios sistemas, el sistema familiar, el barrio o comunidad, el sistema de servicios de primera línea de protección y la escuela. Niñas, niños, adolescentes y sus familias reciben la influencia de cada uno de estos sistemas, y viceversa, condicionando las respuestas familiares e institucionales al fenómeno de la violencia.
- **Microsistema:** Es el contexto más cercano en el que vive, se desarrolla e interrelaciona una persona. La familia es el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante gran parte de su vida.

De esta manera, niñas, niños y adolescentes con discapacidad están en situación de mayor vulnerabilidad ante la violencia y, especialmente, la violencia sexual, no por la discapacidad como tal, sino por la presencia e interacción de los factores de riesgo individuales, familiares, ambientales, sociales, culturales y económicos. Existe una relación proporcional: a mayor presencia de los factores de riesgo, mayor probabilidad de violencia.

Según Recio (2013) son factores que inciden en el nivel de vulnerabilidad:

- Ser mujer.
- Ser menor de edad.
- Dependencia física, psíquica o emocional.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Limitaciones cognitivas y de comunicación que dificulten la capacidad para expresar deseos y necesidades afectivas y sexuales.
- Falta de formación y de acceso a la información.
- Antecedentes de abusos o historia de violencia en la familia o entorno de convivencia.
- Falta de accesibilidad física, comunicacional y actitudinal en el entorno comunitario.



- Falta de intimidad.
- Aislamiento.

Al respecto, el estudio sobre la “Prevención de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva” de Bonilla et al. (2018) destaca los siguientes aspectos:

- Las personas con discapacidad están más propensas a sufrir abuso y violencia sexual y tienen menos posibilidades de conseguir apoyo y protección.
- La prevalencia de abuso parece ser más elevada que en la población en general, aunque la frecuencia real de la situación se desconoce, debido a la falta de información, registro y denuncia.
- En el caso de niñas y niños, el riesgo de abuso sexual se duplica en comparación a sus pares sin discapacidad.
- El aislamiento, las dificultades para comprender las intenciones de otras personas o la baja autoestima son elementos de riesgo para la violencia sexual.
- Muchas veces, niñas, niños y adolescentes con discapacidad, simplemente, no saben decir no, escapar de una situación comprometida o defenderse de algo que no quieren hacer.
- El alto nivel de dependencia, necesidad de apoyo y cuidado de otras personas, en evidentes relaciones de desigualdad de poder, amplían las posibilidades de violencia.
- Insuficiente educación sexual.

Igualmente, Bravo (2021) detalla factores específicos que incrementa la vulnerabilidad ante la violencia sexual:

- Necesidad de apoyo físico para el cuidado del cuerpo y la higiene.
- Exposición a mayor contacto físico que puede dificultar el reconocimiento de conductas abusivas.
- No creer ni escuchar a la víctima de violencia sexual.
- Menor capacidad para resistir el hecho de violencia y revelarlo porque los sistemas de lenguaje y comunicación son débiles o nulos.
- Paternalismo que concibe a las personas con discapacidad sin impulsos sexuales y con necesidad de protección.



- Crianza basada en la obediencia y no en la toma de decisiones.
- La sexualidad como tabú que enfrenta una fuerte resistencia social.
- Algunos padres, madres, tutoras o tutores no abordan temas relacionados a la sexualidad o la prevención de la violencia sexual porque no los conocen o no saben cómo hacerlo.

Por su parte, Bladés (2020) menciona:

- La niñez con discapacidad es más dependiente, por tanto, más influenciable que la niñez sin discapacidad. Existe menos capacidad para denunciar el abuso, por ejemplo, por una dificultad en el habla, el aislamiento o la falta de contacto social.
- La niña o niño con discapacidad, sin experiencias positivas de afecto familiar, puede aceptar cualquier relación como compensación o forma de atención y amistad.
- Existe dificultad para distinguir formas de tocar, cuando la mayor parte de su cuidado corporal es atendido por otras personas.
- La niña o niño con discapacidad puede tener la costumbre de que otras personas decidan por ella o él.
- Baja autoestima por los mensajes familiares o sociales de inutilidad, deficiencia o por representar una carga.
- La persona abusadora puede usar como justificativo de consentimiento frente a la violencia sexual, la necesidad (avidez) de afecto de la niña o niño con discapacidad.
- El aislamiento de niñas y niños con discapacidad, producto de la vergüenza y temor al rechazo, aumenta los niveles de estrés familiar y, con ello, la probabilidad de maltrato, abuso y violencia sexual.
- Muchos padres y madres no denuncian el hecho de violencia sexual ni buscan atención psicológica para la niña o niño con discapacidad porque creen que no es consciente de ello y que su discapacidad le hará olvidar la agresión.
- Algunos padres y madres de familia no se preocupan por ofrecer orientación o educación sexual a sus hijas o hijos con discapacidad. No estimulan ni orientan la autonomía en todos los planos, incluida la dimensión sexual.



- Al considerar que las niñas y niños con discapacidad son personas enfermas, se cree que no necesitan información ni orientación sobre su sexualidad.

De la misma manera, en un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo (2011) se refiere al estado de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad en los siguientes términos:

- Se considera a las mujeres con discapacidad como “incapaces” de manejar su propio cuerpo y, por tanto, requieren mayores niveles de control y disciplinamiento, asumiendo (desde las instancias de cuidado) medidas como el encierro, castigo e impedimento para acudir a espacios públicos.
- El establecimiento de relaciones de pareja está mediado por el rechazo familiar y por las dificultades para aceptar que las mujeres con discapacidad puedan tener una vida sexual normal y fuera de una unión legal.
- Existe la tendencia de que un hombre con discapacidad se case o conviva con otra persona con o sin discapacidad, mientras que las mujeres con discapacidad son víctimas de acoso y violencia sexual con mayor probabilidad.
- El establecimiento de una relación de pareja vía matrimonio o por consentimiento mutuo no siempre es bien recibido por la familia, aunque la perspectiva de padres y/o madres se orienta a que su hija con discapacidad conforme una familia para “no quedar sola” y “tener quien la cuide”.
- En el caso de las mujeres con discapacidad intelectual moderada y severa, la familia toma la decisión de someterlas a procedimientos de esterilización forzada, como la única forma de evitar embarazos no deseados.



La violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad muestra su situación de vulnerabilidad y refleja las características de una sociedad excluyente. El irrespeto a los derechos de esta población se amplifica con la desigualdad de género (patriarcado), discriminación generacional o por rango etario (adultocentrismo), situación de pobreza y pertenencia a una nación o pueblo indígena.

En especial, las mujeres viven más vulneraciones al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (encierro, castigo, esterilización

forzada, rechazo al establecimiento de relaciones de pareja, etc.) y la negación de la vivencia de la sexualidad de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad incrementa las posibilidades de sufrir violencia sexual. Para ello, las políticas, planes estratégicos y programas de prevención y atención de la violencia sexual requieren un abordaje multisectorial, multidisciplinar y multinivel.

3. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

De manera general, la prevención de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad hace referencia a las estrategias y acciones que impidan que ocurra.

3.1. Niveles de prevención

El “Protocolo de prevención, atención y sanción a toda forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes” del Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional (2017) establece los siguientes niveles:

a) Prevención primordial

El Estado en sus diferentes niveles de gobierno, incluyendo el nivel autonómico de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos, formula e implementa políticas, programas y protocolos en el marco normativo vigente.

Las acciones de la prevención primordial son la adopción, aplicación y socialización de la normativa, políticas y programas destinados a generar un cambio estructural; coordinación de estrategias de comunicación masivas sobre la temática y acuerdos sobre la forma de intervención en la prevención de la vulneración de la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes, desde las atribuciones y competencias de cada instancia gubernamental.

b) Prevención primaria

Son las acciones preventivas dirigidas a la población en general, con el objetivo de evitar que niñas, niños y adolescentes sean afectados en su integridad sexual antes de que ocurra el hecho y se incremente el riesgo:



- *Niñas, niños o adolescentes* para desarrollar procesos de información específica, formación de habilidades de auto protección y fortalecimiento de capacidades para la transformación de las condiciones de riesgo.
- *Autoridades, personal docente y administrativo de unidades educativas* para generar fortalezas en el trabajo con las y los estudiantes, desarrollar capacidades para detectar casos de vulneración a la integridad sexual de estudiantes, brindar herramientas de contención primaria, conocer y aplicar las estrategias adecuadas para fortalecer las capacidades de estudiantes, remisión y derivación de los casos detectados a las instancias correspondientes.
- *Padres y madres de familia* para el desarrollo de estrategias de prevención contra la vulneración a la integridad sexual de sus hijas e hijos, basadas en la práctica de los derechos humanos, respeto y afecto entre sus integrantes, la comunicación asertiva, la capacidad de realizar acuerdos y el fortalecimiento de las capacidades psicosociales en el núcleo básico de convivencia.
- *Comunidad e instituciones de la sociedad civil* para desarrollar capacidades en la detección de casos de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes en su barrio, zona o comunidad y herramientas para brindar la protección necesaria.
- *Autoridades Indígena Originario Campesinas* para desarrollar estrategias de prevención contra las vulneraciones a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes, precautelando su bienestar como interés superior.

c) **Prevención secundaria**

Trabajo con personas y grupos en situación de mayor vulnerabilidad con el fin de reforzar el sistema de prevención primaria. Se realiza a través de acciones de información y sensibilización como ferias, campañas, talleres vivenciales y otros, en coordinación con los sistemas educativos y de salud; así como la implementación de espacios de orientación psicosocial para los casos de violencia en general y/o casos de mayor vulnerabilidad ante la violencia sexual, en coordinación con instituciones públicas y privadas con experiencia en la problemática.

Las entidades con competencias para desarrollar acciones en este nivel de prevención son las entidades territoriales autónomas del nivel departamental y municipal, las Direcciones Departamentales de Educación, las instituciones privadas que trabajan en la



protección y seguridad de la niñez y adolescencia y las instancias especializadas en la atención integral de casos de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes.

d) Prevención terciaria

Tiene el objetivo de proteger la reincidencia en la vulneración del derecho a la integridad sexual de las víctimas. Este nivel promueve la atención integral (psicológica, social, médica y legal) a niñas, niños o adolescentes en situación de vulneración y de sus familias para la restitución biopsicosocial, hasta el restablecimiento de derechos. Cuando se realiza la denuncia intervienen todas las instancias operadoras de administración de justicia (policía, Fiscalía, IDIF y jueces).

3.2. Enfoque inclusivo de la prevención

El informe “Prácticas prometedoras en la respuesta a la violencia contra niñas y mujeres con discapacidad en América Latina y el Caribe Hispano” de la Iniciativa Spotlight, UNFPA y Humanity & Inclusion (2021) destaca dos ámbitos importantes:

a) Brechas para la prevención y atención de la violencia sexual

- La gran mayoría de las situaciones de violencia están invisibilizadas e, inclusive, cuando la violencia se reconoce, no llegan al sistema de servicios por falta de información y por las barreras físicas, de comunicación, actitudinales y económicas que enfrentan cotidianamente las mujeres con discapacidad.
- Los servicios de salud, sociales, policiales y judiciales, en su generalidad, no han tomado medidas para ser accesibles.
- Existen muy pocas iniciativas de educación integral para la sexualidad y éstas son, generalmente, impulsadas por la sociedad civil debido a los estereotipos que consideran a las personas con discapacidad “asexuadas” y, en muchas ocasiones, las autoridades conservadoras obstaculizan dichas iniciativas.
- La valoración de las mujeres con discapacidad respecto a los servicios policiales es que, en general, éstos revictimizan a las sobrevivientes de la violencia, al no estar capacitados ni tener protocolos con medidas y ajustes necesarios para recibir las y atenderlas. Esta situación, sumada a la falta de información sobre los servicios de violencia, contribuye a que los casos que enfrentan niñas y mujeres con discapacidad no se reporten y la violencia se perpetúe.

- Escasos o nulos recursos públicos nacionales para financiar proyectos de prevención y atención a la violencia contra niñas y mujeres con discapacidad.
- Los Estados todavía no generan datos ni recaban información sistemática sobre las situaciones de violencia que enfrentan las mujeres con discapacidad, hecho que invisibiliza la situación y no permite que se asignen recursos y se tomen acciones estructurales.
- Las políticas públicas de prevención y atención de la violencia hacia niñas y mujeres, en su mayoría, no han integrado la perspectiva de discapacidad basada en derechos humanos.
- Las normas sociales prevalecientes siguen perpetuando prejuicios y estereotipos sobre mujeres por el hecho de ser mujeres, con discapacidad, indígenas, afrodescendientes, migrantes, desplazadas o por pertenecer a la comunidad LGBTI (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual e Intersexual). El machismo se identificó sistemáticamente como una de las principales barreras y los análisis interseccionales son incipientes.
- La impunidad hacia los agresores y la falta de sistemas de apoyo para la vida independiente de mujeres con discapacidad son factores que contribuyen, de manera importante, a que los casos de violencia ni siquiera lleguen al sistema policial y judicial. Las mujeres con discapacidad que se acercan a estos servicios son frecuentemente revictimizadas y no reciben la atención a la que tienen derecho.

b) Prácticas prometedoras en la prevención y atención de la violencia hacia niñas y mujeres con discapacidad

- Capacitación de mujeres con discapacidad en derechos. En particular a vivir una vida libre de violencia y con derechos sexuales y reproductivos. Las capacitaciones contribuyen a la prevención de la violencia psicológica, física y sexual como a la identificación y reconocimiento de una situación de violencia.
- Creación de organizaciones, colectivos o comités conformados, únicamente, por mujeres con discapacidad para fomentar su empoderamiento y la visibilización de la violencia de género.
- Desarrollo de estrategias con perspectiva de género y discapacidad en organizaciones de personas con discapacidad para

adoptar medidas y prácticas transformadoras de manera transversal, sostenible y con los recursos necesarios.

- Desarrollo de estrategias integrales para la incorporación de la perspectiva de género y discapacidad en los servicios de salud, sociales, policiales y judiciales para el público en general. Incluye la capacitación formal de personal de apoyo, mediadoras o facilitadoras para mujeres con discapacidad que lo requieran.
- Utilización de tecnología y diferentes tipos de soportes de comunicación para permitir el acceso a la información y servicios a usuarias con discapacidad.
- Desarrollo de estrategias globales para la incorporación de la perspectiva de género y discapacidad en los servicios. Esto incluye, el desarrollo de protocolos, ajustes a los procedimientos e implementación de capacitaciones sectoriales específicas para los servicios de salud, policiales y judiciales. Las directrices, a nivel general, no bastan para lograr un cambio significativo y durable en los servicios y las actividades de concientización, éstas deben ser solo un paso dentro una estrategia más amplia.
- Desarrollo de guías de sensibilización e información en formatos accesibles sobre violencia basada en género, cómo identificarla y cómo responder a ella.
- Creación de alianzas entre autoridades, servicios y mujeres con discapacidad a través de sus organizaciones representativas para fomentar la participación y garantizar la respuesta a sus necesidades.
- Implementación de actividades de sensibilización a la sociedad que cuestionen las normas sociales que perpetúan desigualdad por género y discapacidad.
- Fortalecimiento de las estrategias de inclusión de mujeres con discapacidad junto a otras poblaciones que sufren marginación y discriminación.
- Generación de evidencia basada en estándares internacionales, tanto en censos y encuestas a nivel nacional, como a través de diagnósticos e investigaciones específicas sobre los diferentes tipos de violencia que viven las mujeres con discapacidad, con el fin de visibilizar las situaciones de violencia y, con esa base, incidir ante instituciones del Estado para que respondan a esas



situaciones a través de legislación, políticas públicas y servicios accesibles.

- Definición de una estrategia global de inclusión de mujeres con discapacidad en consejos o comisiones nacionales de la mujer y de estrategias globales de género en los Consejos o Comisiones Nacionales de Discapacidad, de manera que sus programas e iniciativas, en particular aquellas de prevención y atención a violencia basada en género, incluyan claramente a mujeres con discapacidad en puestos de decisión.
- Incidencia a nivel legislativo para que se integre claramente a mujeres con discapacidad en toda la legislación, incluida aquella específica sobre violencia de género y se elimine cualquiera que viole sus derechos (como las que permiten la esterilización forzada).
- Implementación de actividades de concientización y reeducación a hombres agresores con discapacidad.
- En el caso de la cooperación internacional, las prácticas identificadas incluyen: a) Impulso y apoyo a mujeres con discapacidad y sus organizaciones representativas, b) Ajustes a procedimientos para permitir el acceso a financiamiento por parte de pequeñas asociaciones, c) Apoyo técnico y financiero para realizar diagnósticos sobre las situaciones de violencia de mujeres con discapacidad, d) Apoyo técnico y financiero para que los servicios esenciales empiecen a tomar medidas para ser accesibles y e) Apoyo para el desarrollo de materiales didácticos y capacitaciones.

44

Oliván (2005), a su vez, establece cuatro contextos para el desarrollo de acciones preventivas:

- **Prevención enfocada en la comunidad** que se centra en la detección de los factores culturales, sociales y económicos que contribuyen a la violencia y el maltrato en niñas, niños y adolescentes con discapacidad para generar políticas, planes, programas y proyectos.
- **Prevención enfocada en las familias** orientada al fortalecimiento de competencias para el cuidado adecuado y apoyo socioemocional a niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

Programas de formación parental sobre tipos de discapacidad y expectativas reales de desarrollo; consolidar habilidades de crianza, supervisión y desarrollo de habilidades positivas ante la discapacidad y reconocimiento temprano de signos de violencia y violencia sexual. Programas para la reducción del aislamiento, particularmente en zonas rurales; para reducir la tensión emocional en situaciones de crisis; ayuda en las tareas del hogar para evitar el síndrome del “cuidador quemado”, sobre todo si éste presenta alguna discapacidad; visitas domiciliarias de profesionales a familias consideradas en riesgo al maltrato y programas de ayuda entre familias para que puedan comunicarse, obtener información, ayuda y recursos de otras familias que se encuentran o se hayan encontrado en riesgo de maltrato.

- **Prevención enfocada en niñas, niños y adolescentes con discapacidad** con información sobre medidas de autoprotección para reducir la vulnerabilidad ante el abuso, negligencia y violencia.

Programas para fortalecer la autoestima y autoimagen corporal; para la identificación y acción ante la violencia y violencia sexual; para la promoción de los derechos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad; para la educación integral en sexualidad y la autoprotección ante la violencia sexual.

- **Prevención enfocada al entorno cercano de niñas, niños y adolescentes con discapacidad** con información y sensibilización sobre la violencia.

En términos de prevención se puede intervenir desde prácticamente todos los ámbitos, desde el nivel macro con el desarrollo de políticas públicas e inversión de presupuestos, hasta el micro, llegando a las familias y los propios niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Lo importante es que las estrategias y acciones preventivas ante la violencia se enfoquen en la reducción de brechas y barreras que impidan el desarrollo integral.



4. DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

4.1. Sexualidad

Un elemento ineludiblemente relacionado a la comprensión de la ocurrencia de la violencia sexual en personas con discapacidad es la conformación de la sexualidad. Si bien, la sexualidad se expresa en todas las dimensiones de las personas, su forma de construcción individual, relacional y vivencial puede verse influenciada, en mayor o menor grado, por el tipo y grado de discapacidad.

La sexualidad es una entidad multidimensional y compleja, que atraviesa toda la existencia humana, en todas las etapas del ciclo vital. De esta manera, la sexualidad abarca aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, temporales, históricos y lúdicos (EDUCO, 2021). Tres pilares fundamentales intervienen en un planteamiento sistémico de la sexualidad (Rubio, 1994):

- **Pilar biofisiológico:** Relacionado con la estructura y funcionamiento del organismo humano que proporciona el potencial inicial de vivencia de la sexualidad. El cuerpo es la base biofisiológica.
- **Pilar psicológico:** Ligado a la estructura psíquica, procesos cognitivos y afectividad de las personas. Permite construir una representación de la realidad, en la interacción de la persona con el entorno y consigo misma. Le da un significado a la experiencia, incluye el sistema de creencias (imaginarios), sistema de valoración (juicio) y de representación del entorno y del propio individuo.
- **Pilar social:** Vinculado al comportamiento y a las características de las personas en cuanto seres sociales, en sus diferentes esferas (pareja, familia, entorno), con pautas de comportamiento, creencias, normas, moral y valores que son compartidos por las y los miembros de un grupo social específico, que se modifican en el tiempo y son variables de un colectivo a otro.

Siguiendo los planteamientos de Rubio (1994), la sexualidad está conformada por cuatro totalidades con las siguientes características:

- **Reproductividad humana:** La potencialidad de reproducción que incluye las características biofisiológicas, patrones socioculturales, ideología y todos los componentes que estructuran la complejidad de la vivencia humana. Así, la reproductividad es familiar, generacional y social.



- **Género:** La base biológica (diferenciación de los cuerpos - sexo), a través de la cual se construye la identidad de género.
- **Erotismo:** El componente placentero de las experiencias sexuales y corporales, tanto individuales como experimentadas con otras personas. Estas sensaciones asumen un significado, de acuerdo con la cultura a la que se pertenece y las vivencias personales.

La atracción sexual y el deseo son parte del erotismo, basados, al inicio, en estímulos casi exclusivamente de carácter físico-químico, cuyo objetivo se orientaba fundamentalmente a la reproducción y que, en el transcurso del tiempo, fueron articulándose con construcciones culturales, sociales e individuales del amor, el afecto y la intimidad. La sexualidad fue desarrollando un componente lúdico que toma en cuenta el placer sexual como experiencia individual o compartida y no exclusivamente para la reproducción.

- **Vinculación afectiva:** La capacidad de desarrollar afectos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano. Las construcciones individuales y sociales que se derivan de estos afectos y hacen referencia a las emociones que se experimentan.

Desde estas perspectivas, la sexualidad responde a la articulación y mutua influencia de las dimensiones biológica, psicológica y social, cuya configuración es parte de contextos históricos determinados. A partir del sustento biopsicosocial, se conforman las totalidades de la reproductividad, el erotismo, la vinculación afectiva y el género. Es así que, cada persona vive su sexualidad de una forma única.

La sexualidad en la persona con discapacidad además de desenvolverse en base a los pilares, totalidades y experiencias propias, se construye a partir de la discapacidad; es decir, de las limitaciones y barreras para el desarrollo integral de su sexualidad y el papel que la sociedad juega en la generación y mantenimiento de estas barreras.

Si el pilar biofisiológico se ve afectado por una alteración o perturbación en las funciones o estructuras corporales, esto, a su vez, repercutirá en la construcción de los pilares psicológico y social, determinando particularidades a nivel individual y relacional que, finalmente, formarán parte de la identidad, aprendizajes y vivencias de la sexualidad de la persona. Por ello, no será lo mismo tener la condición de discapacidad auditiva, visual, intelectual o física, ni el grado en el que se encuentra.

4.2. Infancia, niñez, adolescencia y desarrollo de la sexualidad

En la infancia, niñez y la adolescencia, como etapas de desarrollo, la discapacidad puede determinar la configuración de la sexualidad (González y Gonzalo, 2014).

a) Infancia - Niñez

De manera previa al nacimiento, un elemento fundamental y de profundo interés de madres y padres, es el relacionado al sexo del o la bebé. El conocimiento del sexo, permite no sólo asignar socialmente las expectativas, sino también los roles y relaciones. Es un elemento clave que guía la socialización y el vínculo afectivo.

En esta etapa, se debe reconocer el esfuerzo que representa para la familia y el entorno acoger a una niña o niño con discapacidad y ello puede afectar al desarrollo de la sexualidad:

- El hecho de recibir la noticia de la discapacidad, sea antes del nacimiento o después, desplaza a un segundo plano las expectativas sobre el sexo del o la bebé, la imaginación sobre su vida y la relación que se esperaba establecer con él o ella. Ahora la perspectiva se centra en las dificultades y el tipo de apoyos que necesitará.
- Producto de este cambio, la condición de discapacidad se posiciona como elemento de mayor importancia y en ocasiones como eje articulador del funcionamiento familiar, en el que la sexualidad pierde prácticamente toda su relevancia.
- El desarrollo de apego que es importante en esta etapa, fundamentalmente a través del contacto físico y la presencia de la madre y del padre, puede verse interferido o fuertemente disminuido por el rechazo, mayor frecuencia de situaciones médicas u hospitalizaciones, reducción del tiempo de juego, focalización en el diagnóstico y otros que invisibilizan a la persona o generan excesiva protección.
- Si el o la bebé no está en condición de explorar su entorno y establecer contacto por problemas en la maduración de sus sentidos, el desarrollo motor u otras circunstancias, esto repercutirá en la consciencia sobre su propio cuerpo, autonomía y vinculación social.



b) Adolescencia

La adolescencia es una etapa fundamental del desarrollo, pues viene, en su generalidad, acompañada por los cambios físicos de la pubertad, incluida la capacidad reproductiva. Asimismo, el desarrollo cognitivo supone el desarrollo del pensamiento abstracto y el social, que implica mayores niveles de autonomía y vinculación con las y los pares.

Las dificultades en el desarrollo de la sexualidad pueden ser:

- Problemas en el autoconcepto, autoestima y autoaceptación, especialmente, porque no se responde a los patrones sociales predefinidos (Ejemplo: belleza, altura, fuerza, delgadez, “sin discapacidad”, etc.).
- El desarrollo cognitivo puede verse interferido para llegar a un nivel funcional, hecho que no permite la comprensión de los cambios a nivel corporal y sexual.
- Interacción no fluida con personas adultas (incluso con madres y padres) para solicitar información sobre sexualidad.
- Entornos restringidos y con menor autonomía que dificultan la vivencia informada y responsable de la sexualidad.

CUADRO N. 1
DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD POR ÁREAS

Nº	ÁREA	IMPLICACIONES SOBRE LA SEXUALIDAD
1	Desarrollo Humano	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en el desarrollo de la imagen corporal, la autoestima y el autoconcepto y la autovalía. • Déficit en el conocimiento y aceptación de su propio cuerpo. • Disminución en la capacidad de atracción interpersonal. • Dificultades en diversas habilidades motoras. • Dificultades en el establecimiento y mantenimiento de relaciones significativas y duraderas.



Nº	ÁREA	IMPLICACIONES SOBRE LA SEXUALIDAD
2	Enseñanza y educación	<ul style="list-style-type: none"> • Menor acceso a la información de carácter sexual. • Pensamiento concreto vinculado al aquí y ahora. • Menor desarrollo cognitivo. • Dificultades en los conceptos básicos de educación sexual. • Limitaciones en la adquisición del lenguaje y, por tanto, en la comunicación.
3	Vida en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para la convivencia. • Necesidad de apoyo en el domicilio: pérdida de intimidad y privacidad. • Reducción de la capacidad para vivir autónomamente. • Dependencia instrumental y de supervisión. • Dificultades en la higiene.
4	Vida en comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en las relaciones sociales. • Disminución de espacios y tiempos compartidos con otras personas. • Dificultades para la convivencia. • Rechazo social. • Dificultad para el reconocimiento y la expresión de emociones y opiniones. • Conversaciones pobres, cortas o sin contenido.
5	Empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacidad para la negociación. • Dificultades en la vinculación con otras personas. • Tendencia a la aquiescencia. • Dificultad en la interpretación de situaciones personales y sociales. • Reducción de la posibilidad de establecimiento y mantenimiento de relaciones adecuadas debido a las dificultades para diferenciar las principales relaciones sociosexuales.
6	Salud y seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recuerdo de acontecimientos o fechas importantes. • Dificultades en valorar situaciones que comprometan la salud. • Posible medicación que interactúa con su dimensión erótica. • Dificultades en la solicitud de ayuda en situaciones necesarias. • Dificultades en la sexuación y construcción de la biografía sexuada (historia personal).



Nº	ÁREA	IMPLICACIONES SOBRE LA SEXUALIDAD
7	Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la búsqueda del contacto físico. • Dependencia emocional. • Desinhibición en conductas sexuales. • Infantilización. • Dificultades en la erótica y la amatoria⁴. • Dificultades para percibir las consecuencias de sus actuaciones..
8	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Excesiva institucionalización. • Estigma social. • Sobreprotección o rechazo. • Dificultades para distinguir y expresar emociones. • Tendencia a la aquiescencia. • Dificultad en la toma de decisiones y en expresar deseos. • Dificultad en establecer y mantener una pareja. • Relaciones sociales reducidas.
9	Protección y defensa	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de reconocimiento de derechos, en especial, de los derechos sexuales y reproductivos. • Falta de capacidad para la negociación. • Dependencia económica y gestión externa del dinero: estigma y significación social.

Fuente: González y Gonzalo (2014) p. 20.

Si bien, existe un universo de consideraciones en la descripción de las dificultades que pueden afrontar las personas con discapacidad en el desarrollo de la sexualidad –que se traducen en situaciones de vulnerabilidad–, las que se mencionan ayudan a graficar el escenario y las limitaciones al encarar una situación de violencia sexual. Igualmente, es importante considerar:

- En general, en el contexto nacional, el imaginario de la sexualidad se reduce a la genitalidad, la reproducción y la anticoncepción. Es un tema que, usualmente, no se habla en el hogar. Se asume que la sexualidad se vive desde la pubertad (adolescencia) y solo a partir de esa etapa se debe hablar de ello, no antes (niñez).

Si a esta situación se suma la presencia de la discapacidad, la imposibilidad de abordar los aspectos inherentes a la sexualidad se amplifican, lo que contribuye a la invisibilización y la negación de

⁴ La amatoria se refiere a la construcción de la intimidad, tanto física como emocional, que abarca la expresión del afecto y deseo (contacto corporal, caricias, miradas, etc.) hasta las expresiones de vulnerabilidad (compartir aspectos de la vida personal de los que no se habla) en una muestra de confianza.



la misma: “*Si hablar de la sexualidad humana es un tabú, hablar de la sexualidad de la persona con deficiencia mental es el tabú de los tabúes.*” (Fierro como se cita en Delfin, 1994).

- Aparte del ámbito individual de desarrollo, debe prestarse especial atención a la sexualidad como fenómeno de socialización. El desconocimiento, la limitación para establecer contacto y la frustración generan angustia, temor e impotencia, sentimientos que también alimentan la negación de la sexualidad de la persona con discapacidad.

c) Mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad

Los aspectos citados, en el punto anterior, reproducen los mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad (Masters, Johnson y Kolodny, 1988):

- Las personas con discapacidad son asexuales.
- Dependen de las y los demás y son como niños o niñas, por lo que necesitan protección.
- La discapacidad física genera incapacidad sexual.
- Las personas con discapacidad deberían hacer su vida y unirse con personas como ellas.
- Los padres y madres de personas con discapacidad no quieren hablar sobre educación sexual y sexualidad.
- Si una persona con discapacidad presenta una disfunción sexual, casi siempre es resultado de su discapacidad.
- Si una persona sin discapacidad tiene relaciones con una persona con discapacidad, es porque no es atractiva para nadie.

La sexualidad, como categoría negada a la persona con discapacidad, es uno de los factores que crea condiciones favorables para la ocurrencia de la violencia sexual. En el caso de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad, la situación de vulnerabilidad se incrementa por la posición adultocentrista de no brindar información sobre sexualidad y autocuidado con un enfoque integral e inclusivo.



Capítulo

III

ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO RELACIONADO A LA VIOLENCIA SEXUAL HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

53

Para el análisis del marco normativo relacionado a la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, se considera los planteamientos de la “jerarquía normativa” para la identificación. En el *nivel fundamental* se encuentran la Constitución Política del Estado, los Tratados y Convenios Internacionales en materia de Derechos Humanos y normas ratificadas por el país; en el *nivel legal* están las leyes nacionales y la legislación, básicamente, municipal y en el *nivel base* los documentos específicos y de operativización, fundamentalmente del sector salud.

CUADRO N. 2
NORMAS RELACIONADAS A LA VIOLENCIA SEXUAL
HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

N°	NIVEL	NORMA
1	Fundamental Constitución Política del Estado y Tratados Internacionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constitución Política del Estado 2. Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño 3. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) 4. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo 5. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible
2	Legal Leyes nacionales y legislación municipal	<ol style="list-style-type: none"> 6. Ley N° 548 “Código Niña, Niño y Adolescente” 7. Ley N° 348 “Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia” 8. Ley N° 223 “Ley General para Personas con Discapacidad” 9. Ley N° 2033 “Ley de Protección a las Víctimas de Delitos contra la Libertad Sexual” 10. Ley N° 464 “Ley del Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima” 11. Ley Municipal Autónoma N° 209 para las Personas con Discapacidad – Gobierno Autónomo Municipal de La Paz 12. Ley Municipal Amazónica N° 151 de las Personas con Discapacidad – Gobierno Autónomo Municipal de Riberalta
3	Base Decretos, reglamentos y demás resoluciones emanadas de los órganos ejecutivos correspondientes	<ol style="list-style-type: none"> 13. Norma Técnica de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas con Discapacidad 14. Guía para la Aplicación de la Norma Técnica de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas con Discapacidad 15. Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual 16. Guía de Atención a Víctimas de Violencia Sexual para Garantizar la Implementación de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 17. Guía Práctica de Valoración de Víctimas de Violencia Sexual, Metodología de Recojo, Custodia y Procesamiento de Evidencias 18. Normas Nacionales de Atención Clínica (Violencia Sexual) 19. Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a toda forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes 20. Guía para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual, dirigida a las Defensorías de la Niñez y Adolescencia (DNA)



1. MARCO NORMATIVO RELACIONADO A LA VIOLENCIA SEXUAL HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

1.1. Constitución Política del Estado – CPE (2009)

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia es la norma jurídica suprema que rige la organización estatal, establece la autoridad, su forma de ejercicio y los límites de los órganos públicos; asimismo garantiza los derechos y deberes fundamentales, la libertad política y civil de toda la población.

El Artículo 66 garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y es un referente para el planteamiento de las estrategias preventivas y la exigibilidad de una vida libre de violencia sexual para niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

La sección VIII de la CPE establece los derechos de las personas con discapacidad (artículos 70, 71 y 72), tales como el derecho a la protección por parte de la familia y el Estado, el acceso a la educación y a la salud integral y gratuita; además de la prohibición y sanción de cualquier tipo de violencia hacia esta población.

Especifica el derecho de niñas, niños y adolescentes con discapacidad a ser protegidos de la violencia sexual. Prohíbe y sanciona cualquier tipo de violencia y plantea que, todas las instituciones y mecanismos jurídico-legales de atención a la violencia, incorporen el enfoque inclusivo.

En este contexto, el acceso al sistema de salud debería traducirse en la disponibilidad de todas las prestaciones, tanto a nivel preventivo como de atención a los casos de violencia sexual. Igualmente, el acceso a la educación inclusiva debe implicar el acceso a la educación integral en sexualidad y, con ella, al conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos para la prevención de la violencia sexual.

1.2. Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989)

La Convención de los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989, ratificada en Bolivia por la Ley N° 1152 del 14 de mayo de 1990, es la norma que estableció las bases fundamentales para el reconocimiento expreso de los derechos de niñas, niños y adolescentes, obligando a los Estados a asumir acciones y políticas concretas.



En los artículos 19 y 34, se exige a todos los Estados Partes medidas protectivas necesarias para que niñas, niños y adolescentes no sean víctimas de abuso sexual.

1.3. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)

Es un instrumento de las Naciones Unidas destinado a proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. La Convención y su protocolo facultativo fueron ratificados en Bolivia por la Ley N° 4024, del 15 de abril de 2009.

En general, la Convención tiene una perspectiva garantista de los derechos humanos de las personas con discapacidad y promueve la igualdad, no discriminación e inclusión y, en el preámbulo, reconoce que niñas y mujeres con discapacidad tienen mayor riesgo de sufrir violencia.

El Artículo 7 insta a los Estados Partes a tomar medidas para asegurar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, así como la expresión de sus opiniones y la provisión de asistencia adecuada a sus necesidades en igualdad de condiciones.

El Artículo 16 estipula las condiciones que los Estados Partes deben generar para la protección ante la explotación, la violencia y el abuso de las personas con discapacidad, incluyendo medidas de tipo legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole, en la prevención y la recuperación de las víctimas de cualquier tipo de violencia.

El Artículo 25, sobre Salud, especifica que los Estados Partes deben proporcionar programas y atención en salud sexual y salud reproductiva para las personas con discapacidad.

1.4. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo es un acuerdo regional adoptado por los gobiernos de América Latina y el Caribe para eliminar las desigualdades sociales, económicas y de género; proteger los derechos humanos de todas las personas y asegurar la salud y los derechos sexuales y reproductivos sin discriminación por sexo, edad, etnia, estatus de VIH, orientación sexual o identidad de género, entre otros.



Mantiene un fuerte énfasis en el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos, acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, promoción y aplicación de la perspectiva de género y el establecimiento de medidas específicas para los pueblos indígenas.

El Consenso reconoce la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” como instrumento para la construcción de estrategias nacionales de desarrollo (de los Estados Partes). Asimismo, identifica a niñas, niños, adolescentes y jóvenes como actores del desarrollo y manifiesta su preocupación por los altos índices de embarazo y violencia que les afecta. Por tanto, define la necesidad de asegurar sus derechos, a través de la implementación de programas de educación integral en sexualidad, de salud sexual y salud reproductiva, de forma oportuna y con calidad, para la prevención del embarazo adolescente, acceso al aborto seguro y una vida libre de violencia.

Destaca también la importancia de la generación de estadística pública desde los organismos estatales como insumo clave para la formulación y ampliación del alcance de las políticas públicas, incluyendo la información sobre personas con discapacidad.

Plantea que las políticas públicas, incorporen la perspectiva de género como forma de combatir y eliminar todas las formas de discriminación y violencia hacia las mujeres, garantizando la atención especializada y confidencial de los casos de manera multisectorial, integral e integrada. Igualmente, promueve el acceso de los hombres, incluidos niños, adolescentes y jóvenes, a la información, la consejería y los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Respecto a los pueblos indígenas, exhorta a la protección de niñas, niños, adolescentes y jóvenes de las diferentes formas de violencia y discriminación y la restitución de sus derechos.

1.5. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015)

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es una iniciativa impulsada por Naciones Unidas para dar continuidad a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Cuenta con 17 objetivos y 169 metas orientadas a la transformación del paradigma de desarrollo dominante (depredador y que compromete fundamentalmente la estabilidad del medio ambiente) hacia el de desarrollo sostenible, inclusivo y con visión de largo plazo. Considera la igualdad y dignidad de las personas como eje central y mecanismo para el cambio de paradigma.



Los objetivos que se relacionan con la violencia sexual son el número 5 y 16:

- El Objetivo 5 (Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas) plantea la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia hacia las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata, la explotación sexual y todo tipo de abuso. También propone la aprobación y fortalecimiento de políticas y leyes para el empoderamiento y la promoción de la igualdad de género.
- El Objetivo 16 (Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible) enfatiza la reducción significativa de todas las formas de violencia y tasas de mortalidad en todo el mundo, la promoción del estado de derecho, la igualdad de acceso a la justicia para todas las personas y el fortalecimiento de las instituciones que atienden la violencia, con eficacia y transparencia, para ampliar su capacidad de prevención.

Otros planteamientos de los Objetivos del Desarrollo Sostenible tienen que ver con la promoción de la cultura de paz y la no violencia, la eliminación de las disparidades de género y la inclusión social que se constituyen también en mecanismos de intervención y prevención de la violencia sexual.

1.6. Ley Nº 548 - Código Niña, Niño y Adolescente (2014)

Garantiza el ejercicio de los derechos de la niñez y adolescencia en Bolivia, bajo la corresponsabilidad de las diferentes instancias de gobierno, en sus distintos niveles e instituciones, para el acceso a servicios y el disfrute de una vida plena en condiciones de igualdad y dignidad.

Plantea la conformación del Sistema Plurinacional de Protección Integral de la Niña, Niño y Adolescente (SIPPROINA) como conjunto articulado de órganos, instancias, instituciones, organizaciones, entidades y servicios, cuya finalidad es desarrollar políticas de protección integral –planes, programas y proyectos–, de acuerdo a las competencias correspondientes y articuladas. El Código no hace referencia a ningún tipo de representación que implique a la niñez y adolescencia con discapacidad en el SIPPROINA.

Los artículos 148 y 149 contienen disposiciones específicas respecto a la protección de cualquier forma de vulneración de la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes. Define como formas de vulnera-



ción, la violencia sexual, explotación sexual, sexualización precoz y cualquier otra conducta relacionada. Especifica el acceso a una educación sin violencia y con buen trato, la creación de programas permanentes de atención y prevención de la violencia y la obligación de denunciar hechos que afecten a esta población.

Establece control y seguimiento, tratamiento psicológico y psiquiátrico, prohibición de trabajo o proximidad a lugares a los que concurren niñas, niños y adolescentes y la creación de un sistema de registro de personas con sentencia ejecutoriada por violencia sexual, así como la priorización de este tipo de procesos por parte de jueces y juezas.

Define un modelo de atención oportuna diferenciada para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), la articulación de los instrumentos de referencia y contrarreferencia para los casos de violencia identificados en el ámbito educativo y de salud, la priorización de la atención de casos por parte de la Policía Boliviana y el seguimiento al proceso de habilitación, rehabilitación e inserción progresiva en el marco del cuidado de la salud integral.

1.7. Ley Nº 348 - Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia (2013)

La Ley define los mecanismos, medidas y políticas para la prevención, atención y protección a las mujeres en situación de violencia con el fin de garantizarles una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos, además de la persecución y sanción a los agresores.

Respecto a la violencia sexual consigna dos definiciones orientadoras: la primera sobre violencia sexual como tal y la segunda sobre violencia contra los derechos y la libertad sexual.

En relación a las medidas de prevención de la violencia en el área de salud, alude a la Norma Nacional de Atención Clínica para todas las formas de violencia y la difusión permanente y actualizada de información sobre violencia sexual y otros temas relacionados a los derechos sexuales y derechos reproductivos. También dispone la atención de la violencia sexual como parte de las prestaciones de la seguridad social a corto plazo.

Recomienda la elaboración de presupuestos sensibles a género que ayuden en la implementación de la Ley, la elaboración de protocolos de denuncia de cualquier forma de violencia en el ámbito escolar y la elaboración de protocolos de atención en la Defensoría de la Niñez y



Adolescencia para que mujeres menores de 18 años no sean revictimizadas.

Dispone modificaciones al Código Penal y contempla agravantes con ampliaciones en la condena, si la víctima es niña, niño o adolescente y con algún tipo de discapacidad.

1.8. Ley N° 223 - Ley General para Personas con Discapacidad (2012)

La Ley N° 223 enfatiza en su Artículo 19, el derecho a la integridad física y mental de niñas, niños y mujeres con discapacidad, así como de cualquier persona con discapacidad. Las familias y quienes se encargan de su cuidado deben contar con información sobre la prevención del abuso sexual.

Prescribe que las personas allegadas que cometieran abuso sexual hacia personas con discapacidad, perderán todos los beneficios que la ley les otorga como cuidadoras.

Se garantiza el derecho de todas las personas con discapacidad a resolver cualquier aspecto relacionado a su sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, sin ningún tipo de coerción y el acceso a información en los servicios públicos.

El Reglamento de la Ley N° 223, en su Artículo 16, establece el fortalecimiento de la consejería en salud sexual y salud reproductiva a cargo del Ministerio de Salud.

1.9. Ley N° 2033 - Ley de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual (1999)

Esta Ley establece modificaciones al Código Penal Boliviano respecto a los delitos contra la libertad sexual de las personas.

Establece una definición específica sobre la violación a niña, niño o adolescente y el agravamiento de la pena en caso de que la persona agresora estuviera al cuidado de alguien en situación de dependencia o si la víctima, menor de catorce años, padeciera de alguna enfermedad o deficiencia psíquica.

Define, como parte de los derechos de las víctimas, el acceso a tratamiento psicológico y terapia sexual de manera gratuita, a investigaciones desarrolladas por equipos multidisciplinarios y la implementación de centros de atención, protección y orientación para las víctimas.



1.10. Ley Nº 464 - Ley del Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima (2013)

En relación a la violencia sexual, el Artículo 37 señala la asistencia a víctimas de delitos de violencia sexual con prioridad, a través de las siguientes tareas: orientación sobre la importancia de la preservación de pruebas, apoyo institucional para la formalización de la denuncia, establecimiento de vínculos institucionales con los servicios de la red pública de hospitales estatales para la asistencia médica inmediata, suministro de la anticoncepción oral de emergencia, tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual de forma oportuna, servicios de asistencia psicológica e interdisciplinaria para niñas, niños, adolescentes y adulto mayores, adecuada, sensibilizada y oportuna.

Respecto a la niñez y adolescencia, la Ley establece la “Atención Diferenciada”, de acuerdo a las necesidades y circunstancias específicas. Establece la atención a niñas, niños, adolescentes y personas con discapacidad, de acuerdo a sus necesidades y formas de comunicación. También define que el personal del servicio debe recibir sensibilización y capacitación que facilite y garantice la atención interdisciplinaria.

1.11. Ley Municipal Autónoma No. 209 para las Personas con Discapacidad - Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (2016)

La Ley para Personas con Discapacidad del Municipio de La Paz es una norma local con un fuerte componente inclusivo. Reconoce todos los derechos establecidos para las personas con discapacidad en otras normas superiores, incluyendo la Constitución Política del Estado, los tratados internacionales y la Ley Nº 223.

No contiene ninguna referencia específica a la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad; sin embargo, promueve y se orienta a la total accesibilidad de los servicios municipales, incluidos los de salud; así como el desarrollo de procesos de información y comunicación sobre los derechos de las personas con discapacidad y de sensibilización a la sociedad.

En relación a las y los jóvenes con discapacidad establece la atención diferenciada que incluye el desarrollo de programas formativos sobre salud sexual y salud reproductiva. También plantea como estrategia de trabajo la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).



1.12. Ley Municipal Amazónica Nº 151 de las Personas con Discapacidad - Gobierno Autónomo Municipal de Riberalta (2021)

La Ley del Gobierno Autónomo Municipal de Riberalta establece medidas para la prevención, atención e intervención ante situaciones de violencia sexual para personas con discapacidad, aunque sin referencia explícita a niñas, niños y adolescentes, salvo la creación e implementación de centros de acogida para personas con discapacidad que se encuentren en situación de violencia.

Enuncia la facilitación del acceso a todos los servicios municipales, la creación de una base de datos, acciones de información, educación y comunicación relacionadas a los derechos y situación de las personas con discapacidad. Asimismo, indica que las organizaciones públicas y privadas deberían contar con personal capacitado, al menos en Lengua de Señas Boliviana y Braille.

La Ley concentra en la UMAPEDIS (Unidad Municipal de Atención a Personas con Discapacidad), que debe estar compuesta por un equipo multidisciplinario (de las áreas legal, psicológica, social e intérpretes de lengua de señas), tareas y capacitación permanente para:

- La denuncia de delitos cometidos contra personas con discapacidad.
- Seguimiento a los casos de vulneración de derechos.
- Promoción de la denuncia.
- Asistencia y patrocinio jurídico a personas con discapacidad.
- Generación de datos estadísticos, información cuantitativa y cualitativa.

1.13. Norma Técnica de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas con Discapacidad (2017)

Esta norma responde, de manera específica, al área de salud y se encuentra orientada al fortalecimiento de la atención integral en salud sexual y salud reproductiva para personas con discapacidad.

En su generalidad establece:

- El modelo de intervención en salud para personas con discapacidad. Destacan los lineamientos y recomendaciones para el perso-



nal respecto al trato digno y la forma de comunicación que se debe establecer con la persona con discapacidad.

- Contiene líneas de acción, de acuerdo a grupos poblacionales, con niñas y niños, adolescentes, adulto mayores, personas en edad fértil, embarazo, parto y puerperio.
- Destaca la provisión de mensajes clave respecto al conocimiento del cuerpo, riesgos de las actividades sexuales y otros, según la edad de la persona, la identificación de signos de alerta (especialmente relacionados a violencia) y las acciones inmediatas ante la sospecha de violencia.
- La forma de atención en salud sexual y salud reproductiva, la recepción e identificación de necesidades, atención a víctimas de violencia sexual, atención en anticoncepción, cuidados preconceptuales y atención a la mujer embarazada.
- Ante casos de violencia sexual, se debe seguir el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual. Describe las características y las prestaciones, conforme a los niveles de atención del sistema de salud con información para el personal sobre los signos y síntomas identificables en los hechos de violencia sexual.

1.14. Guía para la Aplicación de la Norma Técnica de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas con Discapacidad

Es un documento dirigido al personal del Sistema Nacional de Salud que describe acciones específicas para facilitar y fortalecer las intervenciones en la atención a personas con discapacidad, en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva.

Incluye una sección de definiciones sobre discapacidad y características de acuerdo a la Ley N° 223, rehabilitación basada en la comunidad y violencia sexual, con un segmento específico para la identificación de signos y síntomas que pueden presentar las víctimas, así como orientaciones para la atención y la realización de la denuncia.

Aborda el buen trato y trato preferente a personas con discapacidad, promoción de la orientación sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, formas de comunicación de acuerdo al tipo de discapacidad y la orientación sobre higiene corporal y sexualidad dirigida a niñas, niños y adolescentes con discapacidad, padres, madres, tutoras o tutores.



1.15. Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

El Modelo proporciona herramientas e instrumentos técnicos orientados al fortalecimiento de la prevención, detección y atención a personas víctimas de violencia sexual, como “emergencia médica”, de parte de todo el personal de salud, del sistema público, privado y de seguridad social en todo el territorio boliviano.

El Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual debe ser implementado por un equipo multidisciplinario y en interrelación multisectorial, para lo cual se prevé el flujo entre los servicios de salud, psicosocial y justicia.

Tiene los siguientes componentes:

a) Normas Generales de Atención en la Red de Servicios Integrales

- Reconoce como población susceptible de atención, a niñas, niños y adolescentes y personas con discapacidad.
- Describe los procedimientos de atención de acuerdo a la capacidad resolutoria de cada nivel de atención.
- Traza los diferentes niveles de prevención de la violencia sexual.
- Establece que las personas que reciben atención, especificando adolescentes y personas con discapacidad, deben ser informadas sobre los procedimientos que se realizarán en cada etapa.
- Recupera las causales para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), de acuerdo a la sentencia 0206/2014.

b) Aplicación de la SAFCI al Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

Describe la forma de comprender y operar respecto a la violencia sexual, desde el Modelo SAFCI (Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural) que destaca la gestión participativa de la salud.



c) Protocolo Específico de la Atención a las Víctimas de Violencia Sexual en los Servicios de Salud de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención

- Puntualiza los pasos para la atención de una víctima de violencia sexual: la recepción de la persona, la atención eminentemente clínica, contención emocional, recojo de evidencia médico legal, anticoncepción de emergencia y prevención de infecciones de transmisión sexual, entre otros aspectos.
- Respecto a adolescentes, jóvenes y personas con discapacidad establece que deben contar con una “atención diferenciada”.
- En el caso de niñas, niños y adolescentes debe registrarse el nombre de la persona acompañante.
- Para el examen clínico, si la víctima es menor de 18 años o es una persona con discapacidad mental, debe estar acompañada por un familiar, por una autoridad competente u otra persona de su preferencia y confianza.

d) Protocolos y Procedimientos de la Interrupción Legal del Embarazo

- Describe los aspectos de intervención clínica para la interrupción legal del embarazo.
- En el caso de que la persona sea menor de edad o persona con discapacidad, además de presentar la copia de la denuncia, deberá estar acompañada por su padre, madre, tutor legal o por una autoridad competente.

e) Protocolo para la Orientación

- Detalla la orientación que deben recibir las mujeres que solicitan la interrupción legal del embarazo con respeto a los derechos sexuales y reproductivos.
- En caso de menores de edad y mujeres con discapacidad, se admite como válida la firma de consentimiento informado de un miembro de la familia u otra persona adulta responsable que le acompañe.



f) Protocolo de Anticoncepción Postaborto

Especifica los procedimientos para la oferta de anticonceptivos postaborto.

g) Protocolo, muestras como fuentes de ADN

Describe los procedimientos para la recolección de muestras que contengan ADN con orden de la Fiscalía.

En sus anexos incluye el modelo de certificado único para casos de violencia en el marco de la Ley N° 348 y una gráfica sobre la ruta crítica para la atención de víctimas de violencia sexual.

1.16. Guía de Atención a Víctimas de Violencia Sexual para Garantizar la Implementación de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014

El documento recopila los planteamientos centrales de diferentes normas que se refieren a la atención de la violencia sexual, las obligaciones de las instituciones que intervienen en los casos, concretamente, de violación, estupro e incesto para garantizar los derechos a la salud y derechos sexuales y reproductivos de las víctimas (medidas de anticoncepción de emergencia o interrupción legal del embarazo), en el marco de la SCP 0206/2014.

Expone las normas del bloque de constitucionalidad, las leyes nacionales y procedimientos vigentes sobre la temática: Ley N° 2033 “Ley de Protección a las Víctimas de Delitos contra la Libertad Sexual”, Ley N° 348 “Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia”, Ley N° 548 “Código Niña, Niño y Adolescente”, Ley N° 464 “Ley del Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima”, Código de Procedimiento Penal, Código Penal, Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 y el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual.

Especifica las atribuciones y obligaciones de las instituciones que intervienen en casos de violencia sexual como la Policía Boliviana, Ministerio Público, Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM), Defensorías de la Niñez y Adolescencia (DNA), Servicios Integrales de Justicia Plurinacional (SIJPLU), Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima (SEPDAVI) y Autoridades Indígena Originario Campesinas (AIOC).



1.17. Guía Práctica de Valoración de Víctimas de Violencia Sexual, Metodología de Recojo, Custodia y Procesamiento de Evidencias

Es un instrumento eminentemente clínico que describe los procedimientos de recojo, custodia y procesamiento de evidencia en casos de violencia sexual.

1.18. Normas Nacionales de Atención Clínica (Violencia Sexual)

Es un documento técnico-médico de procedimientos necesarios para la atención de una víctima de violencia sexual. Abarca desde referencias normativas y recomendaciones para la interacción con la víctima, hasta la forma de almacenaje de pruebas para su transferencia al IDIF.

Contiene definiciones de violencia sexual y violación, así como un cuadro de identificación de factores de riesgo (ser mujer, niña, niño o adolescente y tener algún tipo de discapacidad).

1.19. Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a toda forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes

El Protocolo de prevención, atención y sanción de toda forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes contiene procedimientos específicos y líneas directrices para las entidades públicas, privadas, instituciones de la sociedad civil y las familias para garantizar la restitución de derechos a las víctimas.

En la primera parte, se describe el protocolo como tal y en los principios se enfatiza la inclusión y la participación social de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad en los procesos judiciales que les involucre con apoyo de un equipo multidisciplinario. Los mandatos también establecen las actividades que deben desarrollar la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, la Policía Boliviana, la Fiscalía, los Juzgados de Instrucción, los Tribunales de Sentencia y los Juzgados Públicos de la Niñez y Adolescencia. Define los niveles de prevención primordial, primaria, secundaria y terciaria de la violencia sexual y acentúa que, para la atención a niñas, niños y adolescentes con discapacidad, el personal debe conocer sus necesidades específicas.

La segunda parte, en el contexto de la ruta crítica, traza las fases correspondientes a la atención y proceso de los casos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes, que abarca la promoción de la denuncia, la investigación, el juicio oral y la reparación de daños. En



cada fase se identifica las instituciones que se encuentran involucradas y sus funciones.

El protocolo no contiene una descripción específica para operar en los casos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, siendo la principal medida reconocida, la participación de una persona intérprete.

1.20. Guía para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual dirigida a DNA

Es un documento emitido por la Defensoría del Pueblo que proporciona pautas de actuación para las Defensorías de la Niñez y Adolescencia (DNA) en municipios tipo A y B (con población menor a 5.000 y 15.000 habitantes, respectivamente) que no disponen de recursos económicos adecuados a sus competencias y que, en algunos casos, no cuentan con DNA.

Incluye un segmento normativo que hace referencias al Código Penal respecto al agravamiento de penas en el caso de que la víctima fuera niña, niño o adolescente con discapacidad y la canalización de acciones correspondientes a la ILE (Interrupción Legal del Embarazo).

Especifican procedimientos y formas de actuación para las Defensorías, desde las limitaciones para la intervención, tal como no contar con equipos multidisciplinarios, en ese sentido, resaltan la interacción con otras instituciones de los gobiernos departamentales o del Ministerio Público y, en el caso específico de personas con discapacidad, se refiere al Fondo Nacional de Solidaridad y Equidad (FNSE), instancia del nivel desconcentrado, perteneciente al Ministerio de la Presidencia, a cargo de implementar y ejecutar proyectos y programas destinados exclusivamente a esa población.

Respecto a los procedimientos de intervención con niñas, niños, adolescentes y personas con discapacidad, destaca la atención diferenciada de las necesidades y la importancia de contar con personas intérpretes o traductoras, además del uso de lenguaje inclusivo.

2. ANÁLISIS DE LA NORMATIVA IDENTIFICADA

2.1. Nivel fundamental

El bloque denominado de constitucionalidad, en el que está la Constitución y acuerdos internacionales ratificados por el país, confluye en



torno a la necesidad de actuar en contra de la violencia, especialmente hacia niñas, niños y adolescentes, desde diferentes ámbitos, pero fundamentalmente desde las áreas de salud, educación y justicia.

Se reconocen los derechos sexuales y derechos reproductivos, como factores clave para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, para la prevención y atención de la violencia sexual, estableciendo el desarrollo de medidas de orden educativo que coadyuven al empoderamiento de esta población. Asimismo, se corrobora que la violencia, en general, y la violencia sexual, en específico, afectan principalmente a mujeres y niñas, ya que son fenómenos que guardan directa relación con las construcciones de las sociedades patriarcales que generan desigualdades e injusticia de género.

Una confluencia importante es la existente entre el Consenso de Montevideo y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en la medida que el Consenso reconoce la importancia de la Convención para el agendamiento de políticas públicas en favor de la población con discapacidad. Además, el Consenso define con mayor amplitud la importancia del abordaje de dos frentes fundamentales con niñas, niños, adolescentes y jóvenes, que son el género y la sexualidad, ámbitos directamente relacionados con la ocurrencia de la violencia, pero también con las formas de prevención, la confrontación y generación de información estadística.

En su generalidad, estas normas hacen referencia a las personas con discapacidad y la necesidad de su participación en la erradicación de la violencia y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. La mención específica a niñas, niños y adolescentes con discapacidad solo se evidencia en la CDPD. Sin embargo, esta situación puede ser atribuible al nivel normativo en el que se encuentran y, aunque se considera que el uso de términos como “personas con discapacidad” o “niñas, niños y adolescentes”, incluyen implícitamente a “niñas, niños y adolescentes con discapacidad”, también son elementos para el análisis de su invisibilización.

2.2. Nivel legal

Las leyes del nivel nacional y del nivel municipal relacionadas a personas con discapacidad y violencia sexual, de manera general, definen dos escenarios de actuación. El primero vinculado al área de salud, en el que se focalizan las acciones informativas y de atención y prevención de la violencia, destacando, con mayor o menor énfasis, la presencia de los derechos sexuales y derechos reproductivos como un factor importante. El segundo ligado al área de justicia con la atención



de las víctimas y los procesos legales inherentes a la violencia sexual, con ampliación de penas en el caso de que éstas sean niñas, niños y adolescentes con discapacidad, además de medidas inherentes a su protección y atención.

Por otro lado, el conjunto de las normativas ofrece una tipificación precisa sobre cómo entender la violencia sexual y sus manifestaciones en relación a las víctimas. Establecen aspectos de prevención, atención e intervención en los casos de violencia sexual y la sensibilización del personal que, en algunos casos, implica la participación de intérpretes y el uso de medios que respondan a las necesidades de las personas con discapacidad.

En la atención a niñas, niños y adolescentes, las normas (Ley N° 548 CNNA, Ley N° 464 Ley del Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima y la Ley Municipal Autónoma N° 209 para Personas con Discapacidad de La Paz) hacen referencia al uso de la estrategia de “atención diferenciada”⁵. Empero, por ejemplo, la Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes para el sector de salud no plantea procedimientos precisos para esta población. Por otro lado, existen iniciativas de organizaciones no gubernamentales y otras instancias que también han trabajado en el modelo de atención diferenciada, mas tampoco cuentan con mecanismos específicos.

En relación al SIPPROINA (Sistema Plurinacional de Protección Integral de la Niña, Niño y Adolescente), planteado por el Código Niña, Niño y Adolescente, se ha identificado una serie de limitaciones y dificultades en su funcionamiento, según un estudio de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo” y Aldeas Infantiles SOS (2017):

- Insuficiencia de personal y sobrecarga de trabajo. Cuatro profesionales (sólo una persona de planta) deben velar por la aplicación de la normativa y las políticas nacionales, supervisar los planes departamentales y municipales de todo el país, vigilar el desempeño de las instituciones que atienden a niñas, niños y adolescentes que perdieron el cuidado parental y 276 Defensorías de la Niñez y Adolescencia de los municipios a nivel nacional.

⁵ La estrategia de atención diferenciada fue trabajada y desarrollada fundamentalmente desde el sector salud en diferentes momentos de intervención, dirigida a población adolescente y joven. Se iniciaron acciones bajo ese denominativo entre el año 2015 – 2016, con apoyo del Fondo de Población de la Naciones Unidas, inicialmente, y luego de UNICEF. Las primeras actividades de este tipo datan de 2004, e incluso años atrás, a través de la intervención de ONGs del área de salud sexual y salud reproductiva.



- Personal mal remunerado y sin beneficios sociales.
- Deficiente infraestructura y medios logísticos (vehículos, comunicación telefónica, internet, etc.).
- No hay programas preventivos dirigidos a familias en situación de vulnerabilidad.
- La prevención de la violencia en la comunidad y en las unidades educativas, a través de las Defensorías y la FELCV, es sólo informativa y no formativa.

La presencia de las dificultades y limitaciones evidencia la diferencia entre lo establecido en la norma y la aplicación en el contexto real de atención.

En el caso de la Ley Municipal del Municipio de Riberalta, llama la atención la asignación de un gran volumen de funciones y responsabilidades a la UMAPEDIS, instancia que también debe definir la conformación de un equipo multidisciplinario para la atención de casos de violencia, hecho que demanda un presupuesto importante para la cobertura de lo establecido en la normativa⁶.

2.3. Nivel base

En cuanto a las guías y protocolos específicos de atención a la violencia sexual, es importante destacar que, de los siete documentos recopilados y revisados, seis son para el sector salud que, en términos de atención y resolución de casos, se encuentra altamente regulado. Solamente, el “Protocolo de prevención, atención y sanción a toda forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes” corresponde al Ministerio de Justicia.

En su generalidad, ninguno de los documentos contiene un enfoque inclusivo integral y, en aquellos dirigidos al sector salud, se encuentra en la redacción términos como “discapacitado”.

Entre las medidas que se consideran inclusivas, se consigna la presencia de una persona intérprete y la atención de un equipo multidisciplinario. No se considera la diversidad, tipo y grado de discapacidad en la atención a niñas, niños y adolescentes que sean víctimas de violencia sexual. Esta realidad, también deja en situación de vulnerabilidad

⁶ En la visita realizada a la UMAPEDIS de Riberalta, durante el trabajo de campo del presente documento, ésta contaba con dos personas, un trabajador social y una intérprete de lengua de señas.



a la víctima, en caso de que llegue a formalizar una denuncia por las barreras de accesibilidad que no han sido reducidas en el sistema de salud y en el de justicia.

Algunas de las normas revisadas mencionan que el personal debe estar capacitado o tener especialidad para la atención a niñas, niños y adolescentes, como a personas con discapacidad; sin embargo, no se considera ninguna otra medida de reducción de barreras, como las arquitectónicas, contar con insumos y equipamiento, protocolos específicos, etc. Por tanto, se evidencia un bajo nivel de comprensión de la discapacidad en su integralidad y no se responde a sus necesidades porque la “población no es significativa a nivel estadístico”.

El “Modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual” establece que, si la víctima de violencia sexual es una persona con discapacidad, debe estar acompañada por un familiar o autoridad competente para el examen clínico. Esta situación de hecho vulnera la autonomía y el reconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derechos, especialmente en su calidad de víctima cuando la atención debería ser prioritaria.

Lo mismo sucede en el caso de la Interrupción Legal del Embarazo que define para “menores de edad y personas con discapacidad”, primero, presentar la denuncia con la presencia de un familiar o una autoridad competente y, segundo, en el caso del consentimiento informado, se admitirá la firma de un familiar u otra persona adulta que le acompañe. Este planteamiento contradice lo establecido en la sentencia constitucional 0206/2014 que establece que los únicos requisitos necesarios son la denuncia y el consentimiento de la mujer (niña, adolescente, joven o adulta). Por otro lado, al demandar la tutela se niega a la persona con discapacidad el derecho a decidir, en lugar de facilitar los medios para una decisión autónoma e informada sobre la interrupción del embarazo, producto de la violencia sexual.

Otro aspecto patente en este conjunto de normas es que, los aspectos inherentes al desarrollo de acciones de promoción, información y atención de la salud sexual y salud reproductiva son de exclusividad del sector salud, incluso la Ley N° 223 define como responsable de estas actividades al Ministerio de Salud. Las limitaciones de la acción informativa recaen en la visión marcadamente biologicista y genitalizada, cuando es importante un enfoque integral y humano.

Este tipo de concepciones ayudan a reproducir el modelo médico de la discapacidad sin considerar todas las dimensiones de las personas, con atención interdisciplinaria y visión interseccional.



En relación a las descripciones procedimentales de las normas, las mismas contienen procesos estándar de intervención, sin ningún tipo de especificidad para las personas con discapacidad, y menos respecto a niñas, niños y adolescentes con diferentes tipos y grados de discapacidad. No sólo se trata de desarrollar destrezas de atención en el personal de salud, sino también de contar con los recursos materiales y técnicos necesarios para brindar servicios inclusivos.

3. ANÁLISIS DE LAS RUTAS CRÍTICAS DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA

En los documentos que corresponden al nivel base se identificó tres rutas críticas para la atención de la violencia sexual:

- Ruta de atención en casos de violencia contra las mujeres (Ley N° 348).
- Ruta crítica para la atención a víctimas de violencia sexual (Modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual).
- Ruta crítica del Protocolo de prevención, atención y sanción a toda forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes (Ministerio de Justicia).

De manera general, una “*Ruta Crítica*” permite identificar el camino que se debe recorrer para completar un determinado proceso que lleva a un resultado. Permite establecer las tareas clave, el tiempo o plazo en el que éstas deben resolverse, así como los actores o instancias que se encuentran involucrados.

3.1. Ruta de Atención en Casos de Violencia Contra las Mujeres - Ley N° 348

Identifica tres fases que deben seguir las instancias de denuncia y atención a la víctima de violencia, en el marco de la Ley N° 348:

a) Atención y protección primarias y promoción de la denuncia

- Defensoría de la Niñez y Adolescencia (DNA)
- Servicio Legal Integral Municipal (SLIM)
- Servicios Integrados de Justicia Plurinacional (SIJPLUS)
- Servicio Plurinacional de Atención a la Víctima (SEPDAVI)
- Autoridades Indígena Originario Campesinas (AIOC)



Estas instancias remiten la denuncia de manera inmediata al Ministerio Público.

b) Procesamiento de la denuncia:

El Ministerio Público, como receptor de la denuncia, recibe el caso por remisión de la FELCV u otras instancias policiales o promotoras de la denuncia, públicas o privadas, o la denuncia directa de la víctima.

El Ministerio Público, a través del Fiscal de Materia abre el caso y procede con los siguientes pasos:

- Dispone medidas de protección y, en caso necesario, se activa la acción de la Unidad de Protección a Víctimas, Testigos y Miembros del Ministerio Público (UPAVT).
- Se realizan actos investigativos articulados entre el Ministerio Público, FELCV y el Instituto de Investigación Forense (IDIF), con un máximo de 8 a 30 días de duración.
- Según los resultados de la investigación, se llega al rechazo de la denuncia o a la imputación del acusado, quien, a través de un juicio oral, recibirá su sentencia.

c) Restitución integral del daño

En base a la sentencia ejecutoriada, y si ésta no dispone una reparación del daño, la víctima tiene el derecho a solicitar la misma acudiendo a la DNA o el SLIM.

74

3.2. Ruta Crítica para la Atención a Víctimas de Violencia Sexual - Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

Esta ruta crítica especifica el comportamiento del servicio de salud ante un caso de violencia sexual con los siguientes pasos:

- Se solicita la atención médica para la víctima de violencia sexual al servicio de salud, sea por la propia víctima, la FELCV, la DNA o el SLIM.
- El servicio de salud procede a realizar la atención de emergencia, el recojo de evidencia, el llenado del certificado médico y la interrupción legal del embarazo (a solicitud de la víctima).

- Las pruebas (en la caja de evidencia) son remitidas desde el servicio de salud al IDIF.
- El IDIF remite las pruebas a la Fiscalía.
- La Fiscalía remite las pruebas al tribunal de sentencia.

El Modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual y la ruta crítica descrita se encuentran articulados a la Ley N° 348.

3.3. Ruta Crítica del Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a toda forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes - Ministerio de Justicia

La ruta crítica de este protocolo se encuentra articulada a lo dispuesto por la Ley N° 348, en cuanto a instrumentos e instancias de denuncia, y contempla la especificidad necesaria para la atención de niñas, niños y adolescentes en la Defensoría de la Niñez y Adolescencia y procedimientos adaptados a esta población, a través de cinco fases:

La primera fase está destinada a la promoción de la denuncia, la protección y acompañamiento a la víctima durante el proceso. Incluye el examen médico, la recolección y custodia de pruebas y la emisión del certificado médico (el mismo especificado en la Ley N° 348). Las instancias receptoras de denuncia son la FELCV y la Fiscalía.

La segunda es la etapa preliminar de la investigación que involucra a las entidades receptoras de la denuncia y el procesamiento de la misma. Se establece que, si la víctima tuviera alguna discapacidad, se debe contar con una persona intérprete. La fase concluye con la imputación, el rechazo o la identificación de salidas alternativas.

La tercera fase corresponde a la investigación, como parte de la preparación del juicio oral, cuando se ha dado continuidad a la imputación e implica:

- Articulación de las labores investigativas con las de acompañamiento y preparación de la víctima y testigos. Se prepara al niño, niña o adolescente para brindar declaración, se efectúa la audiencia de medidas cautelares, pericia, inspección técnica ocular, anticipo de prueba y reconocimiento de persona. Se establece que, si la víctima tiene alguna discapacidad, debe tener acceso a una persona intérprete.

- Seguimiento y asesoramiento de la víctima en la etapa preparatoria del proceso y la emisión de los informes de las áreas social, psicológica y legal.
- Conclusión de la etapa preparatoria, previéndose la acusación, salidas alternativas o el sobreseimiento.

La cuarta fase concierne al juicio oral, en base a la acusación formulada, con los siguientes pasos:

- Acompañamiento y preparación de la víctima y/o testigo durante el juicio oral.
- Seguimiento de la víctima durante el juicio oral, en caso de que su participación sea necesaria.
- Asesoramiento y patrocinio legal a la víctima en la etapa del juicio oral.
- Sentencia y conclusión del juicio oral con la sentencia absolutoria o condenatoria.

La quinta fase implica la reparación integral del daño/restitución de derechos. Las instituciones que pueden asistir a la víctima para solicitar la reparación integral del daño son la DNA, el SEDEGES, el SEPDAVI, fundaciones, ONGs y otras instancias especializadas.

Se definen las medidas de protección y asistencia que incluyen: terapia psicológica, reincorporación de la víctima y resarcimiento por parte del agresor. En la terapia psicológica se contempla la información y atención especializada, si la víctima tuviera alguna discapacidad o la misma se hubiera generado producto de la agresión.

Respecto a las tres rutas críticas referidas, al menos normativamente, las tres se encuentran articuladas; es decir, incluyen procesos similares, uso de instrumentos comunes y el requerimiento de condiciones parecidas, como la necesidad de un equipo multidisciplinario de intervención o la implementación de medidas de protección para las víctimas. La norma que define la línea de operación de cada una de ellas es la Ley N° 348.

Sin embargo, como lo expresa el “Balance sobre la Implementación de la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia 2013 – 2018” (2018), todas las instituciones en la ruta crítica sufren



crónicamente de escasez de equipamiento adecuado para la atención a las víctimas de violencia, en especial en la FELCV y los SLIMs. A esto se suma el bajo volumen de sentencias a las que se llega (menos del 3%) comparativamente con el volumen de denuncias realizadas por las mujeres. Los casos de violencia no se han reducido y, por el contrario, parecen haberse incrementado. Si bien, existen los protocolos y las rutas críticas como mecanismos que deberían facilitar el trabajo de las instancias correspondientes, también se halla una gran brecha entre la normativa y su aplicación.

En síntesis, existe un marco normativo relativamente amplio referido a la violencia sexual y los contextos relacionados a los derechos sexuales y derechos reproductivos, la protección de la dignidad e integridad personal y la restitución de derechos a través del sistema de justicia. La referencia de la normativa a la violencia sexual en niñas, niños y adolescentes con discapacidad es escasa y, en muchos casos, no directa, incluso en el tercer nivel.

La normativa, en su generalidad, invisibiliza a niñas, niños y adolescentes con discapacidad o deja sujeta a interpretación su inclusión, sin tomar en cuenta sus necesidades particulares en el proceso y la importancia de la restitución de derechos.

Por otro lado, fuera de la Ley N° 223 y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las normas que hacen referencia a los procedimientos de atención de casos de violencia sexual no nombran los tipos y niveles de discapacidad como criterios orientadores para reducir las barreras y brindar una atención inclusiva. Es más, en algunos casos, se plantea el ejercicio tutelado de los derechos sin respetar la autonomía en la toma de decisiones. En la mayor parte de los procedimientos, se establece solamente la necesidad de un intérprete o la atención “adecuada a las necesidades” de la persona con discapacidad de forma difusa y no concreta. En otras normas se menciona la “atención diferenciada” como el mecanismo resolutorio, sin definir criterios específicos.

En general, la normativa no contiene procedimientos de atención precisa para la diversidad de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que hubieran sido víctimas de violencia sexual; esta ausencia refuerza la vulnerabilidad, pues no existe el acceso real y efectivo a los servicios.



4. ANÁLISIS SOBRE LAS OBSERVACIONES DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y LAS RECOMENDACIONES DEL EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL

El Comité de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) hizo llegar sus observaciones al informe presentado por el Estado Plurinacional de Bolivia, en noviembre de 2016.

De la misma manera, en 2020, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas envió sus recomendaciones al Estado Boliviano sobre el Examen Periódico Universal presentado en 2019.

Ambos documentos contienen referencias a la situación de los derechos de las personas con discapacidad en Bolivia, en cierta manera vinculados, toda vez que las recomendaciones del Examen Periódico Universal recuperan las observaciones contempladas por el Comité de la Convención.

En las líneas siguientes se realiza un análisis de las recomendaciones de ambas normas en torno a la situación de los derechos de las personas con discapacidad, haciendo énfasis en la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, desde dos escenarios: el general y el específico.

4.1. Observaciones del Comité de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

a) Contexto general

Se considera las observaciones y recomendaciones de la Convención, en cuanto son elementos del contexto que incrementan la vulnerabilidad de niñas, niños y adolescentes con discapacidad y la probabilidad de sufrir violencia sexual.

Las observaciones realizadas al Estado Boliviano son aquellas en las que no se ha avanzado lo suficiente para garantizar las condiciones de pleno ejercicio de los derechos humanos de su población y, en este caso, de las personas con discapacidad como grupo en situación de vulnerabilidad y víctima de discriminación y exclusión.

Entre las observaciones del Comité de la Convención se destacan:



- ***5. Al Comité le preocupa que en la Constitución Política del Estado Parte no se reconozca a las personas con discapacidad como titulares plenos de todos los derechos humanos, sino que se les concibe como necesitados de protección.***

La observación realizada por el Comité es fundamental porque refleja la concepción que tiene el país de la persona con discapacidad (que se plasma en la Constitución Política del Estado) como “sujeto de protección” por sus características particulares y con “necesidad de amparo”. Este aspecto refuerza el modelo médico, la asistencia o la tutela de la familia y el Estado; negando así, el ejercicio autónomo de derechos y su participación en el desarrollo social, desde la diversidad de la discapacidad.

- ***7. Preocupa al Comité que todavía persista el uso de criterios para la certificación de la discapacidad que reflejan el modelo médico, sin tomar en cuenta las barreras a las que enfrentan ni el modelo respetuoso de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Asimismo, preocupa que el procedimiento para la obtención del certificado de discapacidad sea complicado y costoso para la mayoría de las personas con discapacidad, sobre todo para aquellas que viven en zonas rurales y comunidades indígenas, lo que resulta en el enorme subregistro.***

Además de lo que destaca la propia observación, debe considerarse que dicha certificación brinda el acceso a los beneficios que el Estado Boliviano otorga a las personas con discapacidad, entre ellos servicios médicos en centros públicos, trabajo con inamovilidad laboral, vivienda, proyectos de educación, programas de crédito y el bono de discapacidad. Estos beneficios, aún con sus limitaciones, no dejan de ser una aspiración de las personas con discapacidad y sus familias para reducir el impacto económico que supone esta condición.

Por otro lado, uno de los requisitos centrales para la obtención de la certificación es el informe médico actualizado, según el tipo y grado de discapacidad, hecho que ratifica simbólicamente que el problema es inherente a la persona portadora de la “anormalidad” y la persona profesional en medicina es quien decide su destino, a través de su diagnóstico (modelo médico de la discapacidad), invisibilizando la responsabilidad del Estado y la sociedad en la reducción de barreras para la accesibilidad plena.



Sobre este punto, la Red Equidad (2022) afirma:

El Estado ha implementado, únicamente, en las capitales de los nueve departamentos centros de Rehabilitación y Habilidadación que no abastecen la demanda urbana, menos a la rural... Los protocolos son muy generalizados, centrados en la deficiencia, sin consultar a la persona... hay un trabajo centrado en el consultorio... definen la rehabilitación... beneficia solo a las personas con discapacidad con el carnet del SIPRUNPCD [Sistema del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad]. Lo que preocupa es que el acceso de derechos dependa de una documentación que ha demostrado lentitud e ineficacia de alcance y parcialidad por su relación con el bono.

La cita refleja las limitaciones del alcance de la cobertura de los centros de Rehabilitación y Habilidadación y la relegación de las personas del área rural. Destaca la concentración en la deficiencia de la persona con discapacidad. Hace visible la forma en que la carnetización, fuera de la lentitud en su emisión y costo, se ha convertido en un medio de discriminación y filtro para el ejercicio de derechos.

Desde una perspectiva interseccional, es evidente la exclusión de las personas con discapacidad, no solo por su condición de discapacidad sino, además, por su radicación y pertenencia a una nación indígena, que las expone a una vida de mayor precariedad y a la imposibilidad de acceso a los beneficios otorgados por el Estado.

- **15. Al Comité le preocupa la ausencia de mujeres y niñas con discapacidad de las políticas y estrategias para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, particularmente su ausencia en el Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades – Mujeres Construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien.**

En la presentación del “Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades - Mujeres Construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien” se cita que “... es una estrategia de desarrollo con una visión común: que Bolivia reconozca plenamente el aporte de las mujeres al desarrollo del país. Este reconocimiento deberá estar expresado en igualdad de oportunidades para el acceso a servicios, la plena participación en espacios de decisión, en la distribución equitativa de los recursos económicos, tecnológicos y patrimoniales, creándose las condiciones para una vida libre de violencia en razón de género”.

Para alcanzar esta visión, el Estado Boliviano deberá comprometer inversiones efectivas en seis ejes de desarrollo: 1) Económico, productivo y laboral, 2) Educativo, 3) Salud, 4) Erradicación de la violencia en razón de género y sancionar las prácticas discriminatorias, de exclusión y subordinación, 5) Reducción de barreras que limitan la participación de las mujeres en espacios de decisión y 6) Fortalecimiento institucional de los mecanismos públicos encargados de diseñar y ejecutar las políticas nacionales.

Si bien, el Plan manifiesta la reivindicación de los derechos de las mujeres y la reducción de las desigualdades que las afectan, la formulación de los ejes no cuenta con un enfoque inclusivo y no hace ninguna mención a las mujeres con discapacidad. Cuando se refiere a ellas, lo hace en términos de cuidado, protección o beneficiarias de servicios y no como protagonistas del desarrollo productivo y económico.

Por otro lado, se debe tomar en cuenta que el Plan de Igualdad de Oportunidades fue aprobado el año 2006 y el informe del Estado Boliviano a la Convención (2013) lo identifica como un avance legislativo en favor de la población con discapacidad, siendo que el periodo de vigencia del Plan se encontraba concluido y el mismo no se había implementado como se esperaba.

Al respecto, el informe alternativo a la Convención presentado por la Red Equidad (2022) manifiesta:

El Informe Estatal menciona al Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades 2006-2011. Este Plan, que no se implementó plenamente, contenía áreas de intervención y estrategias con líneas de acción a corto, mediano y largo plazo. Su principal falencia fue no contar con recursos económicos para su aplicación, en su Artículo Único numeral III se establece que 'será financiado con el presupuesto institucional de cada una de las instituciones involucradas en llevar dicho Plan; así como, los recursos externos y otros obtenidos para este fin', lo que no se concretó.

Evidentemente, la implementación de las políticas públicas en favor de las personas con discapacidad tiene como deficiencia la asignación de recursos económicos. La norma puede representar un avance, pero si no se encuentra garantizada con un presupuesto, pierde su vitalidad y no logra sus fines.



Alternativamente, en el año 2011 fue creado el Fondo Nacional de Solidaridad y Equidad (FNSE), dependiente del Ministerio de la Presidencia y no se encuentra información pública sobre su implementación, lo que no permite evaluar su real alcance, como expresa la Red Equidad (2015):

Es pertinente señalar que la información que se pudo recabar para conocer los resultados y beneficios de estos programas, es mínima ya que no es información públicamente difundida. Solo se consiguió extraer algunos datos de los reportes de los Ministerios en diferentes gestiones y de las expresiones emitidas en eventos sobre discapacidad por autoridades y por personas con discapacidad asistentes a dichos eventos. Quienes señalan no conocer los alcances que tienen los programas, como tampoco el contenido de los mismos.

Se ratifica la necesidad de realizar el control social sobre la implementación de la normativa y las políticas públicas en beneficio de la población con discapacidad.

Debe también considerarse que, en la presente gestión de gobierno, fue formulado el Plan de Desarrollo Económico y Social 2021 – 2025 que define tres áreas en relación a las personas con discapacidad: 1) Acceso a empleo, 2) Acceso a educación y 3) Inclusión y equidad social. En este contexto, es importante desarrollar acciones de incidencia política que garanticen el avance en las metas del Plan y fundamentalmente la asignación de presupuesto para su operativización.

- **17. Al Comité le preocupa la escasez de información acerca de niñas y niños con discapacidad institucionalizados, así como la ausencia de medidas para prevenir su abandono.**

La observación que realiza el Comité hace visible la deuda pendiente de contar con información actualizada de la situación, en especial, de niñas, niños y adolescentes con discapacidad. Ello supone, información cuantitativa y cualitativa para identificar el contexto en su integralidad (cuidado, discriminación, acceso a servicios, inclusión y vulnerabilidad, entre otros).

Por su lado, las organizaciones representativas de las personas con discapacidad realizan la labor de promoción, difusión, información y visibilización para reorientar o construir políticas públicas coherentes con su realidad.



Se detecta, como un punto de anclaje para las acciones de incidencia que, en el informe enviado por el Estado Boliviano al Comité de la CDPD, se reconoce la insuficiencia de datos como un problema y que la información no se ha generado de manera constante y ordenada. En ese sentido, se debe considerar la participación activa en el próximo Censo Nacional de Población y Vivienda, así como la elaboración de la siguiente encuesta de salud, cuya última versión fue el año 2016.

- *23. Al Comité le preocupan las informaciones de algunos casos de infanticidio de recién nacidos con discapacidad en las comunidades más remotas del Estado parte, motivados por prejuicios persistentes.*

El adultocentrismo, las creencias culturales que atribuyen connotaciones negativas (mala suerte, maldición) o la desinformación de las familias para convivir con la condición de discapacidad, incrementan la posibilidad de vulneración del derecho a la vida de niñas, niños y adolescentes.

Es también llamativo que el informe del Estado Boliviano al Comité de la Convención solamente haga referencia a las garantías normativas que se ofrecen sobre el derecho a la vida; sin embargo, no reporta ningún resultado ni acción específica al respecto.

- *45. El Comité lamenta los actos de violencia en contra de la integridad física y psicosocial de personas con discapacidad que ejercían su legítimo derecho a la manifestación pública. También preocupan las informaciones de uso excesivo de fuerza, intimidación y violencia física y verbal, cometidas por agentes de policía, que condujeron a lesiones físicas de manifestantes, incluyendo mujeres y niños con discapacidad.*

Respecto a esta observación del Comité y por la actuación de las entidades gubernamentales y policiales en contra de la población con discapacidad, es necesario evaluar los costos (en términos de riesgo y vidas) de las movilizaciones y los resultados obtenidos; y ampliar la gama de estrategias para la reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad.

Es fundamental generar campañas comunicacionales, dirigidas a la sociedad en general, desde el enfoque del modelo social de la discapacidad para la comprensión y el apoyo a las demandas de inclusión, ejercicio de derechos y accesibilidad.



- *71. Al Comité le preocupa la ausencia de los derechos de personas con discapacidad reconocidos por la Convención en la implementación y el monitoreo nacional de la Agenda 2030.*

Esta observación es un punto de referencia para la exigibilidad de derechos de las personas con discapacidad y la articulación con otras normas reconocidas por el Estado Boliviano para su cumplimiento y la generación de políticas públicas con la inversión de los recursos correspondientes.

La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible plantean que la igualdad y la dignidad de las personas son elementos principales para el desarrollo y el respeto al medio ambiente. Asimismo, busca incidir en la igualdad de género, el empoderamiento de las niñas y mujeres y la promoción de sociedades pacíficas e inclusivas.

En ese tenor, se requieren alianzas con organizaciones vinculadas a la lucha por el ejercicio de los derechos, en general, y derechos sexuales y reproductivos, en específico, para exigir y monitorear el cumplimiento de los compromisos ante los indicadores de la Agenda 2030; en especial en los que tienen que ver con el derecho a procesos educativos de información y formación sobre la sexualidad y acceso al aborto seguro en los casos de violación sexual a niña o adolescente con discapacidad.

b) Contexto específico

Para el contexto específico se toma en cuenta las observaciones del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad que se relacionan, de manera directa o por proximidad, al fenómeno de la violencia sexual.

- *27. Preocupa al Comité que persistan en el Estado Parte los regímenes que limitan parcial y totalmente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, así como la inexistencia de medidas para derogar dichas figuras jurídicas.*
- *29. Preocupa al Comité que existan restricciones para las personas con discapacidad al pleno acceso a la justicia, como la imposibilidad de representarse a sí mismas. Particularmente, le preocupa que tales restricciones se impongan a aquellas personas que requieren de apoyos más intensos.*



Respecto a estas observaciones, el informe alternativo de la Red Equidad (2015) identifica diferentes problemas de la población con discapacidad para el acceso a la justicia:

- » Ni el Estado ni la sociedad respetan las normas, esto frena la justicia para las personas con discapacidad.
- » Barreras arquitectónicas impiden el acceso a dependencias de justicia.
- » Costo económico oneroso de los patrocinios y los trámites del proceso en su totalidad.
- » Lentitud de los procesos judiciales. Bolivia está catalogada como el país con menor acceso a la justicia en la región.
- » Falta de información, en igualdad de oportunidades, sobre los derechos, obligaciones y el marco jurídico a las personas con discapacidad en lenguajes alternativos como Lengua de Señas Boliviana, Braille o tecnologías auditivas, entre otros.
- » Falta de capacitación e información de los operadores y administradores de justicia, acerca de la legislación que ampara a las personas con discapacidad.
- » Desconfianza hacia los operadores de justicia por falta de solución oportuna y ecuánime en los casos que se presentan.
- » Trato no adecuado de los operadores de justicia y administrativos que exigen diferentes requisitos en base a la discapacidad de la persona.
- » Uso de lenguaje ofensivo y discriminatorio.
- » Falta de mecanismos inclusivos en los procesos judiciales para monitorear los avances, tanto en la fase de investigación preliminar como en el juicio en sí.
- » Falta de seguimiento institucional a la aplicación y cumplimiento de las normas.
- » Los servicios de asistencia legal, antes dependientes del Ministerio de Justicia y ahora del Ministerio de la Presidencia (Fondo Nacional de Solidaridad y Equidad - FNSE), son ocasionales y paralelos, no ha significado un ajuste inclusivo.

Los problemas descritos restringen ampliamente el acceso a la justicia de las personas con discapacidad y desacreditan este espacio como de resolución de conflictos y restauración de derechos. En el informe emitido por el Estado Boliviano sobre estas observaciones existe un reconocimiento parcial del derecho a la justicia y una redacción que excluye a las personas con discapacidad severa o muy grave. Una característica de los derechos es que es indivisible, es decir, no puede tener un cumplimiento parcial o limitado para las personas con discapacidad.

El desconocimiento de la realidad de la discapacidad de parte del personal de las entidades gubernamentales define, una vez más, la necesidad de procesos de información, formación y sensibilización para el diseño de políticas públicas pertinentes con enfoque inclusivo y social para la reducción de las barreras de acceso a la justicia.

En cuanto a los hechos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes, los problemas identificados desalientan la denuncia y, si se la hace, no existe la garantía de una sentencia justa a la conclusión del proceso. Es un problema estructural de todo el sistema judicial boliviano que se caracteriza por su ineficiencia e ineficacia, corrupción y parcialidad en sus procedimientos.

- *31. Al Comité le preocupa que las instituciones operadoras de justicia no implementen ajustes de procedimiento cuando se involucra a personas con discapacidad en los procesos. Asimismo, le preocupa que no se cuente con intérpretes de lengua de señas, escritura Braille u otros formatos y modos accesibles de información y comunicación.*
- *33. Al Comité le preocupa que no se brinden capacitaciones continuas al personal judicial acerca de los derechos de las personas con discapacidad, lo que resulta en la falta de toma de conciencia suficiente de los derechos de las personas con discapacidad y la violación de sus garantías procesales y otros derechos fundamentales.*

Las observaciones hacen referencia a las falencias existentes en las instancias del sistema de justicia que no cuentan con personal especializado (que reduzca las barreras de comunicación) ni sensibilizado para la atención a las personas con discapacidad que, más por el contrario, sufren discriminación y exclusión.



En esa misma línea, es necesario estimar, ponderar y generar evidencia de cuánto se ha avanzado en la sensibilización y capacitación a funcionarias y funcionarios del sistema de justicia; y en la reducción de barreras comunicacionales, físicas y actitudinales, toda vez que, en el informe enviado al Comité, el Estado se compromete a desarrollar este tipo de acciones.

En términos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes, el sistema de justicia debe reducir las barreras arquitectónicas y materiales, pero también las subjetivas que se relacionan con la actitud adultocentrista que resta credibilidad a sus relatos por la edad y la discapacidad. Una forma de no naturalizar la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad es destinar recursos específicos, humanos, técnicos y materiales para el acceso prioritario a la justicia.

- *41. Al Comité le preocupa que la legislación vigente para el combate de la violencia no reconoce las formas específicas de violencia en contra de personas con discapacidad. Le preocupa también:*
 - a) *La escasez de información sobre la situación de violencia en contra de mujeres, niñas y niños con discapacidad, incluyendo la ausencia de registros de hechos de violencia en contra de ellas;*
 - b) *La falta de medidas para prevenir la explotación de personas con discapacidad por medio de la mendicidad, así como de programas para el rescate y reparación de las víctimas;*
 - c) *La falta de accesibilidad en los programas e instituciones para la protección en contra de la violencia, la explotación y el abuso.*

El Estado Boliviano, en el informe enviado al Comité de la Convención, enfatiza que la vigencia de la Ley para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia (Ley N° 348), asegura la protección también de las personas con discapacidad; sin embargo, no se puede negar que la misma no ha resuelto el problema de la violencia, por su carácter estructural y multidimensional.

En términos de protección, la Ley N° 348 se refiere a las personas con discapacidad de manera tangencial, particularmente en la ampliación de penas, pero ninguna especificidad en términos de abordaje y atención. Sucede lo mismo en todos los instrumentos ligados a esta Ley como la Ruta crítica de atención o el Modelo de atención integral a la violencia, ya que no contemplan la atención inclusiva en caso de violencia sexual. La profundización de instrumentos y procedimientos, especialmente, para niñas, niños y adolescentes con discapacidad es una tarea pendiente.



La falta de información acerca de los casos de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, no niega su ocurrencia y este vacío invisibiliza aún más a esta población, como si la sociedad misma quisiera negar su presencia. La situación invita a la coordinación interinstitucional para la generación de estadística confiable y actualizada que, entre otras, sirva para la sensibilización social y la generación de políticas públicas de prevención y protección.

- *43. Preocupa al Comité que se practiquen esterilizaciones y otras intervenciones quirúrgicas sin el consentimiento libre e informado de personas con discapacidad, y con tan solo la autorización de tutor o representante legal o por orden del juez.*
- *53. Al Comité le preocupa que las personas declaradas legalmente interdictas no puedan ejercer su derecho a contraer matrimonio ni a fundar una familia.*

Esta observación remite de manera directa a la violencia sexual, ya que la esterilización forzada es una expresión de ella. La imposibilidad de conformar una familia y contraer matrimonio, se constituye también en una violación a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

En relación a estos puntos, el informe alternativo de la Red Equidad (2015) indica:

- » Las familias y el entorno cercano, en actitud sobreprotectora, tratan de desanimarlas a formar familia. Se cree que no deberían tomar esa responsabilidad.
- » Algunas personas con discapacidad se abstienen de formar un hogar por las barreras económicas y actitudinales que afectarían la unidad del hogar.
- » Los temores que se tienen para tener hijas y/o hijos radican en no brindar la atención y educación necesarias y, por otra parte, la herencia genética de la discapacidad.
- » En algunos casos se impulsa la esterilización. No se conoce casos de fecundación asistida.
- » Falta de claridad en la normativa boliviana, respecto a los derechos sexuales y reproductivos, su desconocimiento puede ocasionar embarazos de riesgo y frustración.



- » Las personas con discapacidad intelectual son privadas de ejercer sus derechos civiles, en este caso, el matrimonio, y no se les brinda información sobre derechos sexuales y reproductivos; por tanto, sufren discriminación frente a su sexualidad.

En algunos casos, las propias familias vulneran los derechos de las personas con discapacidad. Estos elementos destacan la urgencia de abordar los derechos sexuales y derechos reproductivos desde un enfoque inclusivo con niñas, niños y adolescentes con discapacidad y sus entornos próximos. La situación de discapacidad no puede ser un elemento limitante para el ejercicio de derechos y, con ello, la prevención de la violencia sexual, sino debe propiciar espacios de reflexión y cambio social.

El Estado Boliviano se compromete, ante el Comité, a garantizar el acceso a información sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, cuya responsabilidad sigue delegándose al sector de salud como el más adecuado, hecho que continúa reforzando el modelo médico. Se deja de lado el universo de aspectos relacionados con la sexualidad como la afectividad, erotismo y la autoestima, razón por la que su abordaje debe ser multidisciplinario e inclusivo.

- **57. Al Comité le preocupa:**
 - a) *La ausencia de medidas para la inclusión de personas con discapacidad en los servicios de salud a todos los niveles, y en particular la inexistencia de protocolos, ausencia de accesibilidad en instalaciones y equipo, ausencia de entornos del uso de lengua de señas y falta de capacitación del personal de salud acerca de los derechos de las personas con discapacidad;*
 - b) *La persistencia de la discriminación hacia personas con discapacidad al negarles parcial o totalmente los servicios y tratamientos médicos;*
 - c) *La falta de políticas para la prevención secundaria del apareamiento de nuevas deficiencias en personas con discapacidad o el agravamiento de las ya existentes;*
 - d) *El incumplimiento de la cobertura universal en salud, como prevista en la Ley N° 475 de prestaciones de servicios de salud integral.*

En el informe presentado por el Estado Boliviano, además de garantizar el derecho a la salud, la capacitación del personal de salud y la formulación de políticas, planes, proyectos y programas en beneficio de las personas con discapacidad, señala al Sistema del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapaci-



dad (SIPRUNPCD) y el Programa de Calificación de Discapacidad como instancias que respaldan el acceso a la salud. Sin embargo, desde la perspectiva de las personas con discapacidad la experiencia es diferente, como expresa el informe de la Red Equidad (2015) y el informe alternativo de las Federaciones Nacionales de Personas con Discapacidad de Bolivia (2022):

- » Los trámites para obtener este documento son morosos y extensos por falta de idoneidad y continuidad de los equipos de calificación. Asimismo, es difícil contar con un documento renovado regularmente, porque el proceso exige exámenes médicos especializados de respaldo, cuyos costos son asumidos por las personas con discapacidad y sus familias.
- » De acuerdo a los datos reportados por el Estado mediante el SIPRUNPCD, el 35% de las personas calificadas con discapacidad están entre 0 a 20 años. Empero, de acuerdo a datos internacionales (OMS/OPS), la población en el ciclo de infancia y adolescencia con discapacidad en Bolivia debería ser mucho mayor, lo cual genera interrogantes sobre el real cumplimiento de sus derechos.
- » La obtención del Carnet de Discapacidad, otorgado por el SIPRUNPCD, que es el documento legal que acredita el tipo, grado y porcentaje de discapacidad de la persona para el reconocimiento y ejercicio de sus derechos, se convierte en una situación complicada debido a que el personal técnico de calificación no tiene la suficiente idoneidad para esta tarea. Adicionalmente, los equipos interdisciplinarios son insuficientes para cubrir la demanda de la población.
- » Para la calificación se exige que la persona presente diagnósticos y exámenes especializados (audiometría o tomografía) con costos altos y adicionales, fuera del alcance de las familias.
- » El Carnet de Discapacidad, también es requisito para el cobro de la Renta Solidaria destinada a casos graves y muy graves.
- » Los estándares, los equipos calificadores y los instrumentos de evaluación no están acorde a la realidad ni en línea con la Convención, tampoco consideran las características particulares de cada discapacidad:
 - El proceso de calificación no contempla la discapacidad mental-psíquica (psicosocial), porque su diseño informá-



tico y evaluaciones se rigen por la Ley de Discapacidad anterior a la Convención.

- Para la calificación se toman aspectos irreales que van en desmedro de la persona con discapacidad, por ejemplo, si una persona con discapacidad cuenta con un entorno familiar positivo, tiene medicación y consultas con especialistas, esto le otorga un grado moderado o leve de discapacidad y no alcanza la calificación que le permita el acceso gratuito a las prestaciones en salud.

Como se observa, tanto los procesos de calificación como de certificación, en lugar de facilitar y garantizar el acceso gratuito a la salud, se han convertido en un factor de limitación y exclusión para las personas con discapacidad. El proceso se basa en el modelo médico de atención (diagnóstico y medicalización) y no deja ver la integralidad de la persona. Todo se concentra en la discapacidad. En ese sentido, queda pendiente la humanización de los procesos de calificación y certificación en beneficio de las personas con discapacidad para el acceso gratuito a todos los servicios de salud.

Sobre la Ley N° 475 y las prestaciones, ésta fue prácticamente substituida por la Ley N° 1152 del Sistema Único de Salud (SUS) que abre los servicios de salud a toda la población que no cuenta con seguridad social de corto plazo y, por ende, también debería beneficiar a las personas con discapacidad. No obstante, la Ley establece que las personas con discapacidad que se encuentren calificadas, de acuerdo a normativa vigente serán las beneficiarias, punto que deja entre paréntesis y con vacíos a las no certificadas.

En cuanto a hechos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, aunque se prioriza la atención como “emergencia médica”, los aspectos mencionados pueden interferir en la acción inmediata y vulnerar varios de sus derechos.

- ***59. Al Comité le preocupa la baja cobertura existente de servicios de rehabilitación para personas con discapacidad, particularmente de servicios integrales para la inclusión comunitaria, sobre todo en las zonas urbano-marginales y rurales.***

De acuerdo a información del Ministerio de Salud (2022), desde 2011, el Gobierno Nacional equipó y puso en marcha 39 centros de rehabilitación para personas con algún grado de discapacidad permanente o transitoria.



- » Cochabamba: Cercado, Quillacollo y Tarata - Villa Tunari
- » Chuquisaca: Oropeza, San Lucas, Monteagudo y Camargo
- » Tarija: Cercado y Bermejo
- » Beni: Trinidad, San Borja, Riberalta y Rurrenabaque
- » Pando: Cobija y Porvenir
- » Santa Cruz: Cotoca, Ascensión de Guarayos, Montero, Warnes, San Ramón, Buenavista y Mineros
- » La Paz: El Alto, Calamarca, Achacachi, Caranavi, Pacajes y Viacha
- » Oruro: Mercado, Challapata, Huanuni y Caracollo
- » Potosí: Tomas Frías y Llallagua

En los últimos cinco años, estos centros propiciaron 234.512 atenciones en las áreas de electroterapia, termoterapia, hidroterapia, fonoaudiología, estimulación temprana, entre otras; además de consultas médicas y diagnósticos.

Esta información indica que se ha ampliado la presencia de centros de rehabilitación en capitales (Trinidad y Cobija) y otras localidades rurales en todos los departamentos, aunque no se han encontrado datos que contrasten lo afirmado en la página del Ministerio de Salud. En todo caso, es necesaria una fiscalización o verificación del estado de funcionamiento de estos centros, en cuanto a servicios inclusivos, personal y atención integral, entre otros aspectos.

Se debe considerar que los servicios de rehabilitación de niñas, niños y adolescentes con discapacidad también deben ser espacios de promoción de la autonomía y, fundamentalmente, del autocuidado como elementos importantes para disminuir la vulnerabilidad ante hechos de violencia sexual.

- ***63. Al Comité le preocupa que más del 80% de las personas con discapacidad viva en condiciones de pobreza o pobreza extrema, y que muy pocas reciban el apoyo de la renta solidaria. Además, al Comité le preocupa que el apoyo económico es insuficiente para garantizar un nivel de vida adecuado para las personas con discapacidad y para cubrir los costos adicionales de la discapacidad.***

La situación de pobreza es una de las principales causas de vulnerabilidad ante la violación de derechos y la violencia sexual. La pobreza eleva la posibilidad de sufrir una discapacidad y la discapacidad eleva el riesgo de caer en la pobreza por falta de oportuni-



dades para satisfacer necesidades por enfermedad y complicaciones derivadas de la misma discapacidad.

Respecto a la situación de pobreza de las personas con discapacidad en Bolivia, el informe de la Red Equidad (2015) destaca:

- » Los esfuerzos del Estado Plurinacional de Bolivia no garantizan un nivel de vida adecuado ni protección social conforme a las necesidades de vida de las personas con discapacidad.
- » Las personas con discapacidad no gozan efectivamente de una educación y formación laboral para satisfacer sus necesidades, tampoco se cuenta con datos confiables sobre la incidencia de la pobreza en esta población.
- » El tema habitacional de la población con discapacidad parece no ser prioridad para el Estado Boliviano. Se sabe que se construyeron algunas casas para personas con discapacidad, sin adecuar su diseño, no hubo transparencia en la socialización, no se conocen los criterios de selección, ni el número exacto de beneficiarios y tampoco se evaluó el impacto real.
- » En cuanto a los programas de reducción de la pobreza, la línea de trabajo gubernamental se centra en la distribución de bonos. Se estableció el pago de la Renta Solidaria para personas con discapacidad grave y muy grave con recursos del FNSE.
- » No se cuenta con información del monto destinado a programas y proyectos ni sobre los beneficios y resultados obtenidos para las personas con discapacidad; además de basarse en un criterio de enfoque médico y no en el análisis de las condiciones socioeconómicas de la persona y su familia.

Por su parte, el Estado Boliviano, en el informe enviado al Comité de la Convención, reconoce que la discapacidad está asociada a la pobreza, pero también destaca el éxito del Programa de Vivienda y la reducción de la pobreza a través del Modelo Socio Comunitario Productivo, por medio de la exposición de datos macroeconómicos.

No obstante, es importante contar con una perspectiva multidimensional de la pobreza para identificar aspectos como el acceso a servicios básicos, educación, salud, ocio, recreación, entre otros, y cómo éstos influyen en la calidad de vida de las personas, más allá del nivel de ingresos. Este tipo de información proporciona

una óptica integral para la exigibilidad de derechos e incidencia en políticas públicas para las personas con discapacidad.

En ese sentido, la pobreza, el aislamiento y las lamentables condiciones de cuidado a las que se ven expuestas niñas, niños y adolescentes con discapacidad incrementan las posibilidades de vivir violencia sexual en entornos cercanos. Al mismo tiempo, restringe su acceso a salud, educación, socialización, rehabilitación y, por ende, al desarrollo de capacidades para mayores niveles de independencia y autonomía.

- ***69. Al Comité le preocupa que el Estado parte no cuente con información actualizada que describa cuantitativa y cualitativamente la situación de las personas con discapacidad y el cumplimiento de sus derechos humanos.***

La falta de información o información limitada restringe la posibilidad de generar políticas públicas, planes, programas y proyectos para la población con discapacidad. Así lo reconoce también el Estado Boliviano en el informe enviado al Comité, asumiendo que no se cuenta con un censo específico en materia de discapacidad, situación que debe tenerse en cuenta en los próximos censos nacionales y el diseño de boletas censales con enfoque inclusivo y no sólo médico.

En relación a la información sobre la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, debe considerarse diversos factores que influyen en su invisibilización:

- » Los sistemas e instancias de atención a la violencia sexual no cuentan con instrumentos unificados y articulados de registro y recolección de información que permitan contar con datos sobre niñas, niños y adolescentes con discapacidad víctimas de violencia sexual.
- » La información sobre personas con discapacidad es escasa o muy restringida en su alcance, generalmente basada en datos médico-clínicos y sin una visión inclusiva, de derechos e integral.
- » La violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad es un tema altamente sensible del que muchas familias no están dispuestas a hablar, sea por vergüenza, temor, encubrimiento a la persona agresora, conflictos familiares o “negociación” interna. Esto evita la denuncia o, si se la hace,



no se concluye el proceso por el alto costo social y económico que supone enfrentarse al sistema judicial. Esta lógica genera invisibilización y subregistro.

- » Entre los factores estructurales que causan discriminación, exclusión e invisibilización se encuentran el patriarcado, el adultocentrismo, el racismo y la exclusión por discapacidad. Las construcciones de género y los mandatos del sistema patriarcal sostienen el ejercicio de poder sobre la mujer y las personas en situación de desventaja. El adultocentrismo niega la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad y desmerece su participación en los aspectos que les incumben. La pertenencia a un pueblo indígena originario campesino en el área rural les excluye de los servicios integrales de atención ante hechos de violencia sexual. Y la ausencia de la enfoque social en la comprensión de la discapacidad no permite la apertura de la sociedad hacia la diversidad y cierra filas ante una supuesta “normalidad” inexistente.

Es incuestionable la necesidad de información fiable y actualizada de las personas con discapacidad para:

- » Desarrollar acciones de exigibilidad e incidencia dirigidas a instancias gubernamentales y personas tomadoras de decisiones para que asuman la obligación y la responsabilidad en la generación de información oficial, multidimensional y de libre acceso respecto a las personas con discapacidad, en la perspectiva del diseño de políticas, planes y programas de intervención.
- » Coadyuvar al desarrollo de sistemas de registro y estudios, en coordinación y con la participación de las distintas organizaciones de la sociedad civil relacionadas al ámbito de la discapacidad, mismos que sirvan para realizar acciones de incidencia y demanda ante las instancias del Estado.
- » Procesos sostenidos de difusión e información para la sensibilización de la población sobre el modelo social de la discapacidad y la necesidad de reducir o eliminar las barreras para la inclusión real.
- » Establecer alianzas con organizaciones especialistas en derechos sexuales y derechos reproductivos para generar datos que ayuden al posicionamiento público y el establecimiento de agendas conjuntas de trabajo.



4.2. Recomendaciones del Examen Periódico Universal

En el Examen Periódico Universal, Bolivia recibió 238 recomendaciones y, posteriormente, hizo conocer que brindaría su apoyo a 207 recomendaciones, de las cuales 129 considera deben cumplirse, 77 que ya se cumplieron o estarían en proceso y una sería parcialmente aceptada, en total 31 recomendaciones fueron anotadas. El Estado Boliviano señaló, en su declaración adicional, que realizará los mayores esfuerzos para su cumplimiento y generará un amplio diálogo y debate sobre algunas de ellas, intención que se espera se haga efectiva (Coalición de Organizaciones de la Sociedad Civil de los Derechos Humanos para el EPU y la Comunidad de Derechos Humanos, 2021).

En este marco, en los párrafos siguientes se realiza el análisis de las recomendaciones efectuadas por el Consejo de Derechos Humanos ante el Examen Periódico Universal presentado por Bolivia. Las recomendaciones se agrupan en función a las características y al vínculo entre ellas. Se plantea un contexto general, con las recomendaciones no relacionadas directamente a las personas con discapacidad, y un contexto específico que revisa los planteamientos sobre esta población.

a) Contexto general

De las recomendaciones realizadas al Examen Periódico Universal presentado por Bolivia, se destacan las siguientes:

Bloque 1: Recomendaciones relacionadas a la igualdad y el ejercicio de derechos

- *115.12 Seguir garantizando el pleno ejercicio de los derechos humanos sin ninguna discriminación, de conformidad con los principios de igualdad y no discriminación (Fiji).*
- *115.109 No cejar en sus esfuerzos por promover y proteger los derechos humanos de los bolivianos, en particular los que pertenecen a grupos vulnerables (Nigeria).*
- *115.114 Redoblar esfuerzos para asegurar el acceso de todos a los servicios públicos (Azerbaián).*
- *115.124 Seguir aplicando medidas de reducción de la desigualdad, la pobreza y la tasa de desempleo (India).*
- *115.129 Seguir avanzando hacia el ejercicio efectivo de los derechos económicos, sociales y culturales, entre*



otras vías reforzando las medidas de protección social (República Popular Democrática de Corea).

- *115.171 Acelerar la puesta en marcha del Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades y considerar la posibilidad de adoptar medidas de carácter temporal para acelerar el logro de la igualdad sustantiva entre las mujeres y los hombres, especialmente por cuanto respecta a la participación en la vida pública y política (República de Moldavia).*
- *115.176 Seguir adoptando medidas para empoderar a las mujeres (Azerbaiyán).*

Las recomendaciones consignadas indican que el Estado Boliviano debe avanzar en la reducción de las desigualdades, generando acciones y mecanismos suficientes para garantizar el ejercicio de los derechos humanos.

Para ello, un referente normativo fundamental es la Ley N° 045 (Ley contra el racismo y toda forma de discriminación) vigente desde 2010 con el objetivo de: *“... establecer mecanismos y procedimientos para la prevención y sanción de actos de racismo y toda forma de discriminación en el marco de la Constitución Política del Estado y Tratados Internacionales de Derechos Humanos, además de la eliminación de conductas de racismo y toda forma de discriminación, la consolidación de políticas públicas de protección y prevención de delitos de racismo y toda forma de discriminación”*.

El documento “Balance de la implementación de la Ley contra el Racismo y toda forma de Discriminación - Ley N° 045” elaborado por la Comunidad de Derechos Humanos (2020) destaca lo siguiente:

- » Social y culturalmente, el racismo, la discriminación y la intolerancia continúan siendo problemas que atraviesan todos los estratos sociales en Bolivia. Muchos hechos de discriminación pueden ser evidenciados, casi en todos los ámbitos, incluyendo entre quienes deberían ser referentes en combatirlo, ello tiene que ver con su normalización.
- » En relación a la reglamentación de la Ley N° 045, las principales observaciones tienen que ver con las dificultades en su implementación, el lento desarrollo institucional de los comités departamentales, el presupuesto insuficiente para materializar adecuadamente las acciones previstas en los planes y programas, la falta de per-



sonal en las instancias llamadas por ley a combatir estos flagelos, la carencia de información sistematizada sobre estos hechos y la evidente falta de voluntad política para implementar la norma.

- » En términos culturales, la descolonización y despatriarcalización siguen siendo la base de los discursos para erradicar el racismo y discriminación; sin embargo, no se han encarado acciones estratégicas para enfrentar esta herencia colonial relacionada con el dominio y ejercicio de poder que están naturalizados en todo el quehacer de la sociedad y las esferas de gobierno.
- » Sobre los efectos de la ley, se percibe que no existen avances significativos en la efectividad de los derechos de las poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- » Los prejuicios siguen vigentes y las manifestaciones de discriminación y racismo aún son una constante social, particularmente en contra de las poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- » No hay una instancia pública que se ocupe de hacer seguimiento a las acciones que se desarrollan a nivel nacional –en todos los ámbitos– en beneficio de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, tampoco existe presupuesto para su implementación.

El Balance describe que existe una brecha importante entre la formulación de la normativa y su implementación, sea por déficits en términos presupuestarios, limitaciones en los recursos humanos, dificultades de articulación institucional o la falta de voluntad política.

Es necesario insistir en que, para entender la norma, se debe comprender la dimensión del modelo social de la discapacidad, la convivencia con la diversidad, la inclusión integral y la accesibilidad total, en especial, a los servicios de restitución de derechos (justicia).

Para la reducción de la pobreza en la población con discapacidad, un factor esencial es la inserción laboral, considerando que existe un Plan específico en este ámbito, acerca del cual el boletín de enero de 2022 de La Confederación de Organizaciones de Productores Familiares del Mercosur Ampliado - COPROFAM (2022) señala:

- » 156 personas con discapacidad ingresaron a trabajar en 52 instituciones públicas y privadas, en el marco del Plan Nacional de Inserción Laboral y en cumplimiento del acuerdo entre el Gobierno y ese sector de la población.



- » De ese número, 85 personas con discapacidad fueron contratadas como parte del Plan de Inserción Laboral, recibiendo capacitación por seis meses con un salario mensual de Bs 2.164 (salario mínimo), bajo la expectativa de ser incorporadas como trabajadoras de planta de las entidades en las que reciben la formación.
- » 71 personas con discapacidad obtuvieron trabajo con ítem en 21 ministerios del Estado; 19 empresas descentralizadas e instituciones estatales, entre ellas, el Instituto Nacional de Estadística (INE), Gobernación del Beni, Empresa Boliviana de Alimentos y Derivados (EBA), Empresa de Apoyo a la Producción de Alimentos (EMAPA), Hospital Corazón de Jesús, Mi Teleférico, Servicio de Aeropuertos Bolivianos S.A. (SABSA), Recursos Evaporíticos de Bolivia, Empresa Quipus, Centro de Educación Especial Mururata, Vías Bolivia, Boliviana de Aviación (BOA), Empresa Estatal Yacana, Corporación Minera de Bolivia (COMIBOL), Vías Bolivia Sucre, Vías Bolivia - Tarija, Boliviana de Aviación (BOA) Cochabamba, Empresa de Apoyo a la Producción de Alimentos - Oruro y la Terminal Bimodal de Santa Cruz. Del sector privado en 12 empresas: Carpintería JM y MC, Constructora Huisa, Carpintería Panamericana, Confecciones E&E, Pollos Camba Alzao, Panadería Tiluchi, Servicio de Telecomunicaciones Nocord, Empresa Artesanal Amazónica, Colegio Educativo América, Empresa Prohigiene, El Deber y empresa ALBOA.

Según los datos, el Estado es el principal contratante de personas con discapacidad. Habrá que reflexionar en torno a la visión asistencialista que ha sido observada por el Comité para la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asimismo, la baja contratación en el sector privado refleja la nula o baja comprensión de la inclusión y la accesibilidad de parte de la sociedad en general y las insuficientes políticas públicas para potenciar las capacidades económico-productivas de esta población.

Bloque 2: Recomendaciones relacionadas a la asignación de recursos para la implementación de la política pública.

- *115.111 Velar por que se destinen suficientes recursos a las políticas públicas adoptadas para mejorar la calidad de vida de la población, incluido el Plan Vida de Erradicación de la Extrema Pobreza, para asegurar su ejecución y sostenibilidad a largo plazo (Singapur).*



- *115.118 Continuar con la ejecución de las numerosas políticas destinadas a mejorar la calidad de vida, en particular para los pueblos indígenas y originarios (Bhután).*
- *115.121 Seguir ejecutando sus programas y políticas nacionales, incluido el Plan Vida de Erradicación de la Extrema Pobreza, para mejorar la calidad de vida de la población (República Popular Democrática de Corea).*
- *115.130 Aumentar la inversión pública en el sector social, en particular para aliviar la extrema pobreza y seguir mejorando el acceso a la atención de la salud, la educación y la vivienda (Indonesia).*

En relación al compromiso de recursos para la implementación de políticas públicas que vayan en beneficio de las personas con discapacidad, el Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025 (Ministerio de Planificación del Desarrollo - Estado Plurinacional de Bolivia, 2021), expone lo siguiente en tres de sus ejes:

CUADRO N. 3
PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2021 - 2025
EJES QUE HACEN REFERENCIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

EJE 1: RECONSTRUYENDO LA ECONOMÍA, RETOMANDO LA ESTABILIDAD MACROECONÓMICA Y SOCIAL				
Meta 1.4: Implementar programas de empleo y diseñar mecanismos que promuevan el empleo formal y reduzcan las brechas de género en el empleo.				
RESULTADOS	ACCIONES	INDICADORES	LÍNEA BASE 2020	2025
1.4.1 Se han promovido programas para mejorar las condiciones de los hogares, a través de la generación de empleo digno priorizando sectores en situación de vulnerabilidad.	1.4.1.1 Programas de generación de empleo digno a nivel nacional.	Número de inserciones laborales con énfasis en mujeres, jóvenes y personas con discapacidad.	21.990	29.490

EJE 5: EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA PARA EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE CAPACIDADES Y POTENCIALIDADES PRODUCTIVAS

Meta 5.1: Garantizar el ejercicio del derecho a una educación integral, intercultural y plurilingüe con calidad y sin discriminación de raza, origen, género, creencia y discapacidad en todo el sistema educativo plurinacional.

RESULTADOS	ACCIONES	INDICADORES	LÍNEA BASE 2020	2025
5.1.2 Se han reducido las brechas de acceso, permanencia y conclusión de las y los estudiantes en desventaja social o vulnerabilidad, promoviendo su inclusión educativa.	5.1.2.1 Atender a poblaciones en situación de vulnerabilidad e históricamente excluidas.	Porcentaje de personas con discapacidad que acceden al Sistema Educativo Plurinacional, respecto al total de personas con discapacidad.	12,8% (2019)	25%

EJE 7: REFORMA JUDICIAL, GESTIÓN PÚBLICA DIGITALIZADA Y TRANSPARENTE; SEGURIDAD Y DEFENSA INTEGRAL CON SOBERANÍA NACIONAL

Meta 7.2. Fortalecer programas de inclusión y equidad social para las personas más vulnerables con énfasis en niños, niñas y adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad, considerando la diversidad sociocultural.

RESULTADOS	ACCIONES	INDICADORES	LÍNEA BASE 2020	2025
7.2.2 Se han atendido las necesidades de los grupos de población vulnerable y su inclusión social en todos los ámbitos de la sociedad en igualdad de oportunidades y con enfoque de género.	7.2.2.2 Promoción y defensa de los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad, priorizando zonas rurales y comunidades alejadas y énfasis en niños, niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres con discapacidad.	Número de personas en situación de vulnerabilidad atendidas con promoción de sus derechos.	52.529	908.385 (2021-2025)

RESULTADOS	ACCIONES	INDICADORES	LÍNEA BASE 2020	2025
7.2.3 Se han promovido ciudades inclusivas generando condiciones para la disminución de brechas en poblaciones con situación de vulnerabilidad.	7.2.3.1 Integrar y optimizar redes locales de atención y protección social en ciudades para mujeres, jóvenes, personas con discapacidad e indígenas urbanos.	Número de planes multisectoriales para ciudades inclusivas.	0	1

El Estado Plurinacional, a través de su planificación quinquenal, tiene asumidos compromisos dirigidos a la población con discapacidad, fundamentalmente en las áreas de reducción de la pobreza, educación e inclusión, con metas específicas a ser logradas. Para materializar la política pública, se requieren recursos económicos asignados a través del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE), con los respectivos mecanismos e instrumentos en los diferentes niveles de gobierno, de acuerdo a sus competencias.

Resulta significativo para las personas con discapacidad conocer los compromisos gubernamentales, desarrollar capacidades para participar en los procesos de planificación de los diferentes niveles públicos y ejercer control social de los planes nacionales y locales en ejecución, de manera organizada y con representación legítima.

b) Contexto específico

Este punto revisa las recomendaciones vinculadas específicamente a las personas con discapacidad.

- 115.232 *Seguir promoviendo la protección de los derechos de las personas con discapacidad (Túnez).*
- 115.233 *Promover la revisión de la legislación nacional para armonizarla con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y adoptar políticas de educación inclusivas (Panamá).*

Recomendación aceptada por el Estado Boliviano que considera ha implementado o se encuentra en proceso de implementación.

- **115.234 *Adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad, reconociéndolas como titulares plenas de todos los derechos humanos (Argentina).***
Recomendación aceptada por el Estado Boliviano que considera ha implementado o se encuentra en proceso de implementación.
- **115.235 *Seguir mejorando el bienestar de las personas mayores y las personas con discapacidad (India).***
Recomendación aceptada por el Estado Boliviano que considera ha implementado o se encuentra en proceso de implementación.
- **115.236 *Crear condiciones para la participación de todos, en pie de igualdad, en la vida pública y la vida política, garantizando en particular la efectividad del derecho de las personas con discapacidad a votar o a ser elegidas (Montenegro).***
Recomendación aceptada por el Estado Boliviano que considera ha implementado o se encuentra en proceso de implementación.

Es un bloque de recomendaciones generales, en cuanto a la garantía de derechos de las personas con discapacidad para su bienestar. En tal sentido, es importante desarrollar estrategias de incidencia para el seguimiento, tanto a las observaciones contenidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad como al Examen Periódico Universal, con énfasis en la información sobre los niveles de cumplimiento de compromisos del Estado Boliviano y la implementación de las políticas públicas.

Respecto a la invisibilización de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, es primordial generar evidencia que se inserte en los informes alternativos a la Convención y al Examen Periódico Universal para que el Estado Boliviano promueva el desarrollo de intervenciones específicas.



5. PERCEPCIONES SOBRE EL MARCO NORMATIVO

Este acápite recoge las percepciones de personas entrevistadas sobre el marco normativo relacionado a las personas con discapacidad.

5.1. Avances en la norma y dificultades en la implementación

La ley está ahí... para mi es perfecto la ley. Por ejemplo, en Bolivia está bien hecha la ley, como en otros países no existe esta ley... Pero, lamentablemente, no se está cumpliendo. Eso es. Digamos para las personas con discapacidad... usted puede decir ¡Pero si tienen todo aquí!, ¡aquí está todo en salud, en educación, viviendas, está aquí todo! Sí está, pero no se está cumpliendo y eso es lo que falta... Las autoridades dicen que no hay presupuesto... entonces nosotros preguntamos ¿Para qué se ha hecho la ley? (Madre de NNA⁷ con discapacidad, La Paz).

Lo bueno es que todo está ahorita pues escrito, pero lo que falta es darle función y vigencia. Las leyes están solamente escritas, pero no se le da vigencia. Eso es lo malo. Deberían ver la forma de a esas personas ayudarles, para que ellas puedan valerse por sí mismas... porque uno no vive pues con bonos... (Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).

Ambas citas coinciden en “lo bueno” de la Ley vigente, contenido y disposiciones, pero queda pendiente el cumplimiento que se traduzca en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Si bien se reconocen los derechos, las estrategias gubernamentales para su aplicación son insuficientes y no cuentan con presupuesto.

El primer testimonio refleja desencanto a partir del incumplimiento de la norma (“¿Para qué se ha hecho la ley?”). Esta interpelación relativiza el valor de la norma como mecanismo de garantía y exigibilidad de derechos e impacta negativamente en la movilización de las personas con discapacidad y sus familias. Es importante desarrollar acciones informativas de la normativa y de sensibilización.

⁷ Niña, niño o adolescente.

El segundo testimonio destaca, además, la necesidad de generar oportunidades de autonomía y autosustento para que las personas con discapacidad se empoderen y puedan “*valerse por sí mismas*”. Ello no sólo implica el planteamiento de políticas públicas, sino que éstas impulsen un modelo social que valore a la persona y su aporte a la vida en sociedad, el reconocimiento a la diferencia y la inclusión. También cuestiona el impacto del bono (“*uno no vive pues con bonos*”) que alude al reconocimiento de la dignidad de las personas con discapacidad.

Este contexto también traza una tarea para las organizaciones de la sociedad civil que, desde diversas plataformas, movilice y coadyuve al cierre de la brecha entre la formulación normativa y su concretización. La reflexión está abierta para evaluar la real incidencia de leyes, planes y programas –avances y limitaciones actuales– con el afán de exigir el diseño de propuestas para la prevención y atención de hechos de violencia sexual, y el cumplimiento del rol de garantes de derechos que tienen los gobiernos locales y el nacional, entre ellos el derecho a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

La perspectiva de un funcionario estatal coincide con las madres de familia citadas:

Los avances en términos normativos son fabulosos, pero en términos de ejecución, inversión, ese es el cuestionamiento... Están haciendo normas, pero la plata, la ejecución, cómo llega la planificación hasta el nivel inferior... No está llegando porque hay una brecha grande, muy grande entre lo que es la norma en sí misma y lo que es la realidad en sí misma, creo que en todos los sectores. (Operador público del área de discapacidad, La Paz).

El funcionario enfatiza la brecha existente entre los planteamientos normativos y la ejecución presupuestaria, pero también hace visible las limitaciones en la implementación de los planes, programas y proyectos. En los casos de prevención y atención de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad se identifican las mismas dificultades en los niveles de planificación y ejecución de la norma a cargo de las instancias públicas vinculadas a la denuncia y la restitución de derechos.



Finalmente, la persona de una organización privada en el área de discapacidad opina:

Tenemos la Ley 223 que es un marco normativo... Tiene muchos derechos, lo importante es su aplicabilidad y ahí es que carecemos un poquito porque las personas con discapacidad quieren aplicar lo que les conviene y muchas veces lo que no les conviene... A veces estamos cayendo en beneficencia en términos de leyes y no en empoderamiento. La ley está muy buena, tenemos muchas leyes en Bolivia... pero es necesario seguir empoderando... (Representante de organización privada en el área de discapacidad, Riberalta).

Esta cita, confirma las brechas que existen entre el marco normativo y su implementación e, igualmente, hace visible el carácter asistencialista (beneficencia), antes que la promoción y ejercicio de derechos (empoderamiento) de las personas con discapacidad.

En términos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, la brecha entre el planteamiento normativo y la implementación, se traduce en desprotección, ausencia de garantías y condiciones para el desarrollo digno y autónomo de la sexualidad, los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Todos los aspectos enfrentados en este capítulo demandan un abordaje interarticulado y multidimensional del marco normativo. Para las personas con discapacidad y sus familias implica el conocimiento de las normas, sus interrelaciones, ejercicio de derechos y la exigibilidad de garantías ante el Estado y tomadores de decisión; elementos complejos que se suman a la discriminación y exclusión que viven cotidianamente.

5.2. Información e instancias de atención a la violencia

El estudio sobre la “Situación de la violencia sexual y de género en relación a las personas con discapacidad en Bolivia”, de la Comisión de Equidad de las Organizaciones de Personas con Discapacidad (2019), corrobora la siguiente información sobre los sistemas de registro y las instancias involucradas en el proceso:



a) Disponibilidad de información

No existen datos cuantitativos oficiales a nivel nacional sobre los casos de violencia hacia personas con discapacidad.

Los formularios de recojo de información de instancias como la FELCV, Fiscalía, los Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM) y las Defensorías de la Niñez y Adolescencia (DNA) no consignan registros de personas con discapacidad y no existe un sistema unificado:

- SLIM - SIPPASE (Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia en Razón de Género), dependiente del Ministerio de Justicia. El sistema fue ajustado para registrar discapacidad, pero no se ha implementado.
- DNA - SINNA (Sistema de Información de Niñas, Niños y Adolescentes), dependiente del Ministerio de Justicia. El sistema fue ajustado para registrar discapacidad, no se ha implementado.
- FELCV, médicos y psicólogos forenses (sistema METIS), dependiente de la Fiscalía. Registra discapacidad.
- Psicólogos y trabajadores sociales de la Unidad de Protección a Víctimas y Testigos (TITÁN - MÓDULO VÍCTIMAS), dependiente de la Fiscalía. Registra discapacidad.
- Programa Nacional de Servicios Sociales y Legales para Personas con Discapacidad, parte del Fondo Nacional de Solidaridad y Equidad (PRONASSLE - FNSE), dependiente del Ministerio de la Presidencia. Cuenta con una base de datos⁸.

b) Instancias de atención a la violencia

Las instancias promotoras de la denuncia son los Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM), Defensorías de la Niñez y Adolescencia (DNA), Servicios Integrales de Justicia Plurinacional (SIJPLU), Servicio Plurinacional de Defensa de la Víctima (SEPDAVI) y Autoridades Indígena Originario Campesinas (AIOC).

⁸ De acuerdo al estudio sobre la Situación de la Violencia Sexual y de Género en relación a las Personas con Discapacidad en Bolivia, se solicitó información ante el Ministerio de la Presidencia y no hubo respuesta.

- SLIM (Servicios Legales Integrales Municipales): Los casos de personas con discapacidad son derivados a las UMADIS, a excepción de La Paz y Santa Cruz que cuentan con Unidades Especiales de Atención a las Víctimas de Violencia. En algunos casos, la derivación hacia la UMADIS desalienta la denuncia porque no se brinda la información y el acompañamiento necesarios.

El sistema de registro de los SLIM no identifica la discapacidad. Las acciones de prevención de la violencia no se realizan por limitaciones de presupuesto y personal.

- DNA (Defensorías de la Niñez y Adolescencia): Los casos de violencia hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad son remitidos a las UMADIS, sin efectuar el seguimiento correspondiente hasta la conclusión de los procesos.

c) Instancias de recepción de la denuncia

De acuerdo a la Ley N° 348, las instancias receptoras de denuncia son el Ministerio Público - Fiscalías Departamentales y la Policía Boliviana - Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV).

- Ministerio Público - Fiscalía General del Estado: Su sistema de registro no incluye a personas con discapacidad, pero las Unidades de Protección a Víctimas y Testigos (UPAVT), que dependen de las Fiscalías, disponen de un sistema para ello. Cuentan con personal reducido y se intenta agilizar la atención a personas con discapacidad. Es más común la violencia sexual en personas con discapacidad intelectual.

IDIF (Instituto de Investigaciones Forenses): Las personas con discapacidad concurren, con mayor frecuencia, a los servicios de medicina y psicología forense. El personal tiene dificultades en la comunicación con personas con discapacidad para su atención, razón por la que requieren intérpretes y cursos especializados que apoyen su desempeño.

- FELCV: En general tienen limitaciones de personal y dificultades de coordinación con los SLIM y las DNA. Su sistema de registro que incluye a personas con discapacidad cuenta con pocos casos, ya que privilegian otras instancias de denuncia o no denuncian.



d) Otras instancias de atención a la violencia

- UMADIS (Unidades Municipales de Atención a la Persona con Discapacidad): En general priorizan los aspectos relacionados al bono municipal para personas con discapacidad. Tienen limitaciones en cuanto a personal multidisciplinario y especializado que afectan al patrocinio de casos de violencia, así como a la provisión de información y orientación que agilicen los procesos.

Las UMADIS no están incluidas en la ruta crítica de atención a la violencia establecida en la Ley N° 348 para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia.

- Otros servicios con competencia en casos de violencia hacia personas con discapacidad son:
 - » El Programa Nacional de Servicios Sociales y Legales para Personas con Discapacidad (PRONASSLE) que brinda asesoramiento social y legal.
 - » Los Servicios Departamentales de Gestión Social (SEDEGES) que ofrecen atención y apoyo a víctimas de violencia.
 - » Centros médicos del sistema de salud pública que realizan el auxilio inmediato y tienen la obligación de denunciar los casos de violencia.
 - » Centros educativos inclusivos, centros especiales y centros de atención para personas con discapacidad que tienen el deber de denunciar los casos de violencia.

La información y registro de casos de violencia hacia niñas, niños y adolescentes están relacionados con las instituciones de recepción y atención de denuncias, mismas que cuentan con sistemas que no funcionan o carecen de articulación para la concentración y unificación de datos.

HALLAZGOS DESDE LAS PERCEPCIONES DEL CONTEXTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Los hallazgos en este documento dan la palabra a los testimonios, opiniones, pensamientos y sentimientos de personas con discapacidad, su entorno inmediato y mediato (instituciones públicas y privadas) para enriquecer el contexto explicativo y de comprensión de la prevención y la violencia hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

1. MARCO SITUACIONAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

Para la construcción del marco situacional de niñas, niños y adolescentes con discapacidad se ha recurrido, fundamentalmente, a fuentes secundarias. No existe información directa sobre la violencia sexual en esta población y las referencias encontradas no ofrecen la descripción del fenómeno en sus diferentes manifestaciones.



Las limitaciones de la información y datos dispersos destacan la invisibilización de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad que sufren violencia sexual.

1.1. Información demográfica¹⁰

El boletín conmemorativo del Día Nacional de las Personas con Discapacidad de 2019, elaborado por la Defensoría del Pueblo, indica que para el mencionado año, en Bolivia existen 95.884 personas con discapacidad, de las cuales el 45% son mujeres y el 55% son hombres. De este total, el 51% tiene una discapacidad grave, el 28% moderada, el 15% muy grave y el 6% leve. El 38% tiene discapacidad físico-motora, el 29% intelectual y el 15% múltiple¹¹.

El Informe Estadístico Trimestral sobre Personas con Discapacidad en Bolivia correspondiente al tercer trimestre de 2018, emitido por el CONALPEDIS (2018), destaca los siguientes datos:

- Los departamentos con mayor volumen de registro de personas con discapacidad¹² son La Paz con el 24%, Santa Cruz con el 23% y Cochabamba con el 14%, mientras que el Beni tiene un 5%.
- Los tipos de discapacidad con mayor incidencia son la discapacidad física con un 35%, discapacidad intelectual con 27% y discapacidad múltiple con un 15%.

Según el “Análisis situacional de los derechos y bienestar de la niñez” de las Naciones Unidas, publicado en 2013, hasta esa gestión Bolivia cuenta con 441.000 niñas, niños y adolescentes, menores de 14 años, con discapacidad moderada o grave. Esta cifra supera al total de personas con discapacidad que registra el SIPRUNPCD en 2019.

a) Municipio de la Paz

La Paz es la Sede de Gobierno de Bolivia y cuenta con una población aproximada de 945.889 habitantes, con 469.728 hombres y 476.161 mujeres, de acuerdo a proyecciones del INE al 2020.

El “Anuario estadístico del municipio de La Paz 2018” (2022) proporciona los siguientes datos relacionados a personas con discapacidad:

¹⁰ Al momento de la elaboración de este informe, la página web del Sistema de Información del Programa de Registro Único Nacional de las Personas con Discapacidad (SIPRUNPCD), reportaba errores que impedían el acceso a la misma.

¹¹ En base a datos del SIPRUNPCD y el Instituto Boliviano de la Ceguera (IBC).

¹² Datos de personas registradas en el SIPRUNPCD y el IBC.



- Del total de la población de Municipio de La Paz (951.793), el 12,2% tiene alguna discapacidad; de esta cifra, el 8,1% tiene discapacidad para ver, el 1,9% para caminar o subir escalones, el 1,3% discapacidad para oír, el 0,4% discapacidad física, el 0,3% discapacidad mental y el 0,2% discapacidad para recordar o concentrarse.
- Los servicios municipales atendieron a 846 personas con discapacidad en 2018 (299 con discapacidad intelectual, 191 con discapacidad física, 128 con discapacidad múltiple, 118 con discapacidad sensorial y 110 con discapacidad mental).
- Los macrodistritos con mayor cantidad de personas con discapacidad atendidas en 2018 son: Periférica con 172 personas, Cotahuma con 105 personas, San Antonio con 99 personas y Max Paredes con 90 personas. En los distritos de Hampaturi, Zongo y Mallasa no se atendió a ninguna persona con discapacidad.
- El municipio atendió 9 casos (6 de hombres y 3 de mujeres) de maltrato a personas con discapacidad en 2018.

b) Municipio de Riberalta

Riberalta es la capital de la Provincia de Vaca Díez del departamento del Beni y es el segundo municipio más poblado de este departamento con 113.104 habitantes aproximadamente (58.362 hombres y 54.742 mujeres), según proyecciones al 2020 del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La Norma Técnica de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas con Discapacidad (2017) consigna los siguientes datos sobre población con discapacidad en el departamento de Beni, mismos que no están desagregados por municipios:

- En el departamento del Beni existen 3.829 personas con discapacidad registradas (65% de población masculina y 35% de población femenina).
- El 4,8% correspondería a población escolar (entre 6 y 11 años) y el 16,9% a población adolescente (entre 12 y 18 años).
- Sobre el grado de discapacidad, el 8,2% tendría grado leve, el 26,8% moderado, el 48,8% grave y el 16,2% muy grave.



- En relación al tipo de discapacidad, el 32,6% corresponde a discapacidad física, el 29,8% a discapacidad intelectual y el 15,7 a discapacidad sensorial.

Conforme a los datos de la UMAPEDIS de Riberalta, en la gestión 2021 se realizó la calificación de 247 personas con discapacidad, de las cuales 189 ya cuentan con el carnet correspondiente, 53 están en espera y 5 no accedieron a este documento. El municipio de Riberalta cuenta con 464 personas beneficiarias del bono de discapacidad.

1.2. Violencia hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad

La información documental sobre mujeres con discapacidad y percepciones de la niñez y adolescencia sobre la violencia, proporciona una aproximación relacional sobre la población objetivo del presente documento.

De acuerdo al estudio sobre el “Estado de situación de los derechos de las mujeres con discapacidad” (Defensoría del Pueblo - UNFPA, 2011) el 13,4% de mujeres con discapacidad encuestadas fueron víctimas de violencia y acoso sexual, y las que presentan discapacidad intelectual son las que se encuentran más expuestas a la violencia sexual. Los agresores suelen ser los padres, padrastros, hermanos, primos, tíos, cuñados, abuelos y personas de acceso frecuente al hogar.

El Estudio Nacional sobre Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes en Bolivia “No le digan a nadie lo que les conté” de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, Instituto de Investigación en Ciencias de Comportamiento y Visión Mundial (2019), detalla:

- Existen adolescentes entre 12 a 15 años que no reconocen como violencia el acoso sexual por algún miembro de la familia (12,4%) ni los actos sexuales forzados (9,4%).
- Las mujeres (54,6%) perciben el hogar como más peligroso en comparación a los hombres (34,7%).
- Se identifican como principales agresores al padre (34%), padrastro (21%), personas desconocidas (12%), madre (10%), otros familiares (10%). Los abuelos, la madrastra o los maestros obtuvieron porcentajes que apenas sobrepasan el 5%.
- Consideran que el miedo (42,7%) es uno de los principales impedimentos para que la gente denuncie hechos de violencia, seguido de la falta de conocimiento (28%).



Los modelos adultocéntricos y estilos de crianza basados en el uso de poder y fuerza física sobre niñas, niños y adolescentes plantean relaciones asimétricas que no reconocen el ejercicio de derechos. Las mujeres son las principales víctimas de la violencia sexual, ratificando a los hombres, vinculados al hogar, como principales agresores.

a) Municipio de La Paz

El Informe la Defensoría de la Niñez y Adolescencia en el Municipio de La Paz (2019), para el periodo 2014 y 2018, indica haber atendido 1.087 casos de violación a niñas, niños y adolescentes. También refiere los siguientes datos complementarios:

- Para el periodo 2014 - 2018, el 68% de los casos de violación corresponde a adolescentes entre 12 y 17 años, el 20% a niñas y niños de 7 a 11 años y el 12% al rango etario entre 0 a 6 años.
- El 94% del total de casos de violación atendidos corresponde a niñas y adolescentes mujeres, mientras el 6% corresponde a niños y adolescentes hombres.
- El Distrito de Cotahuma cuenta con el más alto porcentaje de atención de casos de violación (39%), mientras Hampaturi reporta el menor número (2%).

No se tuvo acceso a una estadística precisa y oficial de la situación de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad en el Municipio de La Paz.

La información proporcionada por funcionarios del Gobierno Municipal indica que, durante esta gestión, está iniciando –con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil– un proyecto para la identificación de indicadores de la violencia sexual que pretende ser operativizado por equipos móviles calificadores. Estos equipos, además de desarrollar actividades para la carnetización, realizarán acciones de tipo preventivo o de intervención en casos de violencia.

Para las madres de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad entrevistadas, la violencia sexual es un fenómeno presente y una amenaza constante, ya que puede ocurrir en cualquier momento; por tanto, están en un estado de alerta permanente y altamente estresante.

Igualmente, se percibe la necesidad de compartir espacios colectivos y terapéuticos de manera sistemática, pero también de apoyo individualizado para lidiar con su realidad (agotamiento físico y



emocional) de cuidadoras y responsables de sus hijos e hijas con discapacidad. Estos espacios serían oportunos para agendar la prevención de la violencia sexual, con sus aspectos conexos, y para desarrollar acciones de incidencia política.

Las diferentes instancias estatales a las que se ha recurrido, muestran expectativa sobre los abordajes que se hagan en torno a la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad y disposición para el trabajo conjunto.

b) Municipio de Riberalta

Según la UMAPEDIS de Riberalta, en la gestión 2021 se registró 6 casos de violencia sexual hacia menores de 18 años con discapacidad que representa el 33% de las denuncias por violencia en general. Complementariamente, la información provista sobre el número de casos atendidos por la FELCV de Riberalta en la misma gestión (2021), refleja lo siguiente:

CUADRO N. 4
CASOS DE VIOLENCIA ATENDIDOS POR LA FELCV RIBERALTA
TRIMESTRE OCTUBRE - DICIEMBRE 2021

Nº	Tipo de caso	Cantidad
1	Violación infante, niña, niño y adolescente	14
2	Estupro	4
3	Abuso sexual	6
4	Violación	7
5	Violación en grado de tentativa	3
6	Acoso sexual	1
7	Acoso sexual atentando contra la libertad de trabajo	1
8	Violencia familiar o doméstica	66
TOTAL CASOS DE ATENDIDOS		102

Fuente: Elaboración en base a información proporcionada por la FELCV Riberalta.

El número de casos de violación a infante, niña, niño o adolescente que se denunció en la FELCV alcanza a un 13.7% y es el segundo tipo de agresión sexual con mayor volumen, después del de violencia familiar o doméstica (64.7%). Los casos de estupro llegan a un 3.9% y el resto de casos de diferentes tipos de agresión sexual al 17.64%. Los datos también muestran la ausencia de registro sobre violencia sexual a niña, niño o adolescente con discapacidad.

Los aspectos comunes incluyen el déficit de información estadística relacionada a niñas, niños y adolescentes con discapacidad (víctimas de violencia sexual), la falta de capacitación y realización de adaptaciones necesarias para la reducción de barreras que garanticen el acceso inclusivo a los servicios de atención y restitución de derechos.

Las personas que proporcionaron información en Riberalta indican que el hogar es el lugar de mayor riesgo para la ocurrencia de hechos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad. Entre los aspectos predisponentes se encuentran:

- El trabajo del beneficiado o zafra de la castaña (almendra amazónica) que implica la dedicación de las familias, en un período concreto del año, generalmente, de noviembre a enero (CIPCA, 2016), tiempo que en ocasiones puede extenderse un par de meses más. En el transcurso de la ausencia de madres y padres, las niñas, niños y adolescentes con discapacidad se encuentran al cuidado de hermanos menores, abuelos, abuelas, tíos, tías o vecinos.
- La gran mayoría de las familias convive en un solo ambiente que funciona también como dormitorio.
- Consumo excesivo de alcohol de los padres.

También se recabó testimonios de casos de violencia sexual fuera del hogar, relacionados específicamente con mototaxistas: “... *Cuando el taxista volvió ya no había la niña [con discapacidad intelectual], se la había llevado otro taxista y ahí la había violado...*” (Representante de organización que trabaja con personas con discapacidad, Riberalta).



2. CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

¿Conoce casos de violencia sexual hacia niñas, niños o adolescentes con discapacidad?

SUCEDE Y NO DICEN



Sí, la verdad sí. En mi primer trabajo... llegué al centro y conocí a la mamá que era mi alumna. Luego con el tiempo me enteré que había tenido un hijito... pero no se llega a saber qué es lo que realmente pasó, solamente se ve lo que ya está hecho. Ella sufrió, quedó embarazada, tuvo su niño que también tiene discapacidad. Me cambié de centro, y lo propio, una niña de 18 años y su mamá tiene casi 30, pero las dos van al centro de educación especial. Yo pienso que las familias ocultaban todo esto... a la persona que ha hecho la violación. No se sabe, puede ser un pariente de ahí mismo de la casa, un familiar...

(Madre de NNA¹³ con discapacidad, La Paz).



He visto como persona, como viviente de esta ciudad de Riberalta, que ahí pues están en la familia y sucede y no dicen, no denuncian, no ayudan y eso cuando uno tiene un hijo con discapacidad, me molesta, me duele...

(Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).



118

¹³ Niña, niño o adolescente.

SUCEDE Y NO DICEN

Existen niñas, niños y adolescentes con discapacidad que viven en ambientes familiares potencialmente peligrosos para su integridad personal y sexual.

Es muy posible que la cifra gris¹⁴ de hechos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad sea mayor al registrado porque las personas en la familia guardan silencio (“*No se sabe...*”) para evitar la compleja situación que se desencadena con la denuncia.

Cada familia y persona enfrenta la violencia sexual de forma particular, muchas veces desde la reserva y el mutismo, hecho que resta fuerza a la movilización para la restitución de derechos.

¹⁴ La cifra gris es el porcentaje de delitos que no se denuncian.



AGRESORES IMPUNES

“

Yo, por ejemplo, en mi familia, tenía un primo que venía a jugar y siempre quería estar tocándome, alguna vez se quedaba para querer tocarme. Yo fui víctima de ese abuso. Mi primo se fue al campo por miedo que lo denuncien. No lo volví a ver más.

(Mujer adolescente con discapacidad auditiva, Riberalta).

”



AGRESORES IMPUNES

Integrantes de la familia de niñas, niños o adolescentes con discapacidad son parte del contexto de riesgo, por eso las víctimas callan y los agresores pueden escapar impunes.

Las personas agresoras conviven en ambientes que toleran y encubren comportamientos y hechos de violencia sexual, razón por la que no son imputadas.



CALLAN POR VERGÜENZA



Cuando uno se enfrenta a un caso de violencia sexual, la mayoría de las mamás de personas con discapacidad te dicen 'pero eso ya ha pasado, no puedes hacer nada', o 'no hagas nada en contra de otra persona con discapacidad'. En el caso mío fue difícil, tuve que enfrentarme ante el mismo consejo ciudadano... porque como dije ya hay denuncias. Los chismes anteriores decían 'hay chicas que han salido embarazadas de estos grupos', chicas con discapacidad y lo malo es que los padres por evitar la vergüenza, o evitarles un rato de dolor, lo callan...

La vergüenza es tuya, como madre, porque te sientes fracasada en el sentido de que no has podido proteger a tu hija... Lo callas y la condenas a tu hija a una violación o un abuso impune, que ni siquiera haces justicia ni por ella y te callas porque no te digan '¡Ay qué mala mamá!'. Hasta la misma familia inclusive te dice. En muchas ocasiones, las madres, '¿Qué voy a hacer? Voy a tener no más que criar al bebé, ¿Dónde voy a ir a denunciar? Nadie me va a creer'. Y es la verdad cuando se va a la policía nadie te cree y aparte revictimizan a la persona que ha pasado...

(Madre de NNA con discapacidad, La Paz).



CALLAN POR VERGÜENZA

La infravaloración del hecho de violencia sexual y su impacto (“... *ya ha pasado, no puedes hacer nada*”), refuerzan la situación de indefensión de las mujeres (víctima directa y su madre) ante la violencia y el embarazo. Se percibe la frustración e impotencia ante la recurrencia de violaciones a los derechos.

El silencio cómplice (“... *por evitar la vergüenza... lo callan*”) valida la ocurrencia de la violencia sexual como comportamiento individual y social porque no se denuncia ni se sanciona.

Los hechos de violencia y revictimización se amplían a la madre; y las instituciones del Estado, llamadas por ley, no se constituyen en una alternativa de restitución de derechos efectiva (“... *es la verdad, cuando se va a la policía nadie te cree y aparte revictimizan a la persona que ha pasado*”).

La estigmatización de las madres como “únicas” cuidadoras de niñas, niños y adolescentes con discapacidad y portadoras de la “vergüenza”, ante una situación de violencia sexual, solo hace visible la ausencia de la corresponsabilidad de los padres (hombres) y desvía la atención del agresor como perpetrador del delito.



ÉL ME ESTABA MIRANDO... YO NO SABÍA



En mi casa, mi primo siempre se ponía en la parte de atrás de mi casa, de la ventana, a molestarme, hasta que cuando me estaba bañando, él me estaba mirando, claro, yo no sabía, yo no podía escuchar, hasta que ya me llama mi primo, mirá mi celular molestándome y yo me enojé. ¡No! le dije porque él quería llevarme a la parte oscura...

(Mujer adolescente con discapacidad auditiva, Riberalta).



Yo pienso que algunas mujeres no quieren estar con alguien y hay algunos oyentes que nos han engañado a los sordos. Nosotros nos amamos entre nosotros, pero algunos oyentes, es bien difícil porque no saben las señas, entonces nosotros nos sentimos aparte, nos protegemos entre nosotros.

(Mujer joven con discapacidad auditiva, Riberalta).



ÉL ME ESTABA MIRANDO... YO NO SABÍA

Existen niñas, niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad que conviven con expresiones de violencia sexual en su cotidiano.

Aprovechando alguna discapacidad sensorial, los agresores sexuales cometen acoso sin que la víctima se percate (*“él me estaba mirando, claro yo no sabía”*) en ambientes, aparentemente, seguros e íntimos.

Niñas, niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad por la falta de accesibilidad a información sobre el desarrollo de su sexualidad, no tienen herramientas para disfrutar relaciones respetuosas y responsables con otras personas, hecho que incrementa el riesgo de sufrir violencia sexual.

El refugio en la comunidad de personas con discapacidad (auditiva, en este caso), como marco de seguridad, revela las barreras de comunicación en una sociedad que les excluye de relaciones diversas e inclusivas.



CONTEXTOS DE RIESGO



Mayormente ocurre en la familia, desde ahí yo pienso que es en la familia, porque si no es el padre, el padrastro, el primo. A veces porque los padres... no tienen con quien dejarlos por el trabajo..., lo dejan con el vecino, cuando confiamos en esa persona, no sabemos cómo será en su casa, lo que otra puede hacer, puede abusar. Entonces viene desde ahí, desde la familia y, a veces, las personas más cercanas a esa persona con discapacidad es la que le hace el mal.

(Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).



Podría ser en el mismo entorno familiar, también en un centro de salud o en un colegio quizás, hasta en la calle, la verdad. A mí me da miedo soltarla a mi hija, no la suelto. Aquí en la casa está, no sale fácil, al menos ella sola no sale. Tengo miedo hasta de los mismos vecinos. Yo creo que en todo lado corren riesgos nuestros hijos.

(Madre de NNA con discapacidad, La Paz).



Por ejemplo, mi niño iba al centro de rehabilitación, a mí no me gustaba que un joven me lo lleve al baño... no por discriminarlos... pero si soy susceptible... estoy de acuerdo que me lo acompañe, pero no en otras cosas... Podría pasar esta violencia, violación contra los niños, no tienen como defenderse...

(Madre de familia de NNA con discapacidad, Riberalta).



CONTEXTOS DE RIESGO

El hogar es el principal escenario para la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, y algunos de sus miembros, de sexo masculino, los potenciales agresores.

La negligencia al confiar el cuidado de niñas, niños y adolescentes con discapacidad a terceros, les expone de sobremanera a la violencia sexual. En el caso específico de Riberalta, los relatos indican que las jornadas de recolección de la castaña requieren encargar el cuidado a hermanos menores u otras personas, en condiciones muy precarias.

Las madres de niñas, niños y adolescentes con discapacidad en La Paz observan una amenaza permanente, para los hechos de violencia sexual, en cualquier lugar, incluso en los supuestamente seguros como el entorno familiar, centros educativos, de salud y de rehabilitación.

El miedo y estrés que experimentan las madres motivan el encierro y la sobreprotección, en desmedro de la autonomía y la autoconfianza de niñas, niños y adolescentes con discapacidad. Esta situación incrementa las barreras de socialización para la inclusión y el desarrollo de habilidades de autocuidado.



CONTEXTOS SEGUROS



En mi casa me siento libre. Afuera sí es peligroso, ahí hay que tener cuidado. En la noche es peligroso.

(Hombre adolescente con discapacidad auditiva, La Paz).



Con mi mamá nos cuidamos, nos protegemos. Yo sola, sin mi mamá, me cierro con la llave dentro de mi casa, me quedo callada y estoy sola haciendo mis cosas. Soy libre en mi casa, ahí descanso.

(Mujer adolescente con discapacidad auditiva, La Paz).



Yo estoy con mi perrito, dentro de la casa nos quedamos con mi perrito, ahí jugamos, ahí nos cuidamos.

(Niño con discapacidad auditiva, La Paz).



En mi casa no tenemos perritos, en mi casa tengo miedo también porque mi perrito ya no está, ha muerto.

(Niña con discapacidad auditiva, La Paz).



CONTEXTOS SEGUROS

La mayoría relaciona la seguridad con el “encierro en la casa” porque fuera de ella está el peligro. Es un mandato de madres y padres que no se cuestiona.

Las opiniones sobre entornos seguros están condicionadas por la edad de las niñas, niños y adolescentes (11 y los 15 años), ya que el nivel de relaciones sociales no se ha ampliado y, por la condición de discapacidad, se encuentra más limitada en comparación con sus pares sin discapacidad.

Esta situación implica cambiar la perspectiva de los entornos seguros para generar espacios protectores en función a las personas y proporcionar herramientas para el autocuidado y cocuidado entre niñas, niños y adolescentes con y sin discapacidad.

Madres, padres y demás personas cuidadoras necesitan elementos para evaluar los lugares de riesgo potencial, para prevenir la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, para el manejo del estrés y para el desarrollo de medidas alternativas de cuidado y protección que no impliquen el encierro y la negación de derechos.



SE TRANSA ENTRE CUATRO PAREDES



Este es un flagelo que está creciendo bastante, principalmente la violencia sexual hacia niñas o jóvenes con discapacidad intelectual. Sus propios padres no les creen o el agresor está dentro de la propia familia... También tiene que ver con algunos procesos de retardación de justicia donde este derecho está siendo transado entre cuatro paredes, dando coima, dinero, corrupción a nivel de la justicia que, pues al final, terminan silenciando estos hechos y las familias también por no verse señaladas por la comunidad... los hacen acallar.

(Representante de organización privada que trabaja con personas con discapacidad, La Paz).



Es todavía muy silencioso y muchas veces no se denuncia. En la experiencia que tengo, se denuncia, pero se llega hasta cierto nivel. En otros casos más extremos, la familia realiza transacciones con las personas... Más frecuente es en las chicas que tienen discapacidad intelectual, tal vez porque las convencen con cosas muy sencillas, desde un dulce, porque el mismo cuerpo ha despertado y la familia no ha sabido acompañar este proceso. Pero muy pocas familias se atreven a contarlo, si tenemos conocimiento, normalmente es porque ya hay un embarazo.

(Representante de organización privada que trabaja con personas con discapacidad, Riberalta).



SE TRANSA ENTRE CUATRO PAREDES

Existen casos en los que la violencia sexual llega a la denuncia, pero las instancias llamadas por ley terminan siendo el espacio de transacción entre partes, al margen de los derechos de la víctima como forma brutal de exclusión y negación.

Las niñas, niños y adolescentes con discapacidad intelectual destacan por el nivel de vulnerabilidad ante la violencia sexual. La educación integral en sexualidad, según tipo y grado de discapacidad, es una necesidad.

El desarrollo de la sexualidad y los cambios físicos y emocionales (*“despertar del cuerpo que la familia no ha sabido acompañar”*), se identifican como aspectos con valor para la ocurrencia y prevención de la violencia sexual. Pero, no se debe olvidar que quien comete el delito es el agresor y violentador.



DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD



Entonces, en relación a los cambios que le ha ido dando hasta la edad que él tiene... no se da cuenta, pero si presenta. Por ejemplo, él se masturba. En esa parte, la verdad, no sé cómo colaborarle, cómo ayudarle... Parece que se da cuenta que él está haciendo mal... y cuando se ha dado cuenta de que yo lo he visto, él se asusta y suelta la mano y queda paralizado...

(Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).



Alguna vez he hablado con ella, como le ha venido su menstruación... tengo que hacerle un tipo de cuento, algo didáctico para que ella pueda entender. Esa es la manera en la que interactúo con ella cuando hay que hablar de temas un poquito fuertes... Ahorita por ejemplo, está experimentando el enamoramiento, me dice 'me gusta ese chico'. Pero hay algo que me preocupa, ese apego que tiene ella. Conoce a alguien que le cae bien, inmediatamente ella se pega...

(Madre de NNA con discapacidad, La Paz).



Mi niño es pequeño tiene nueve años, o sea que no...

(Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).



DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad y todo lo vinculado a ella es un tabú, difícil de hablar y censurada: “... se da cuenta que él está haciendo mal”, “... hablar de temas un poquito fuertes”.

Se niega el desarrollo de la sexualidad en niñas y niños: “Mi niño es pequeño tiene nueve años, o sea que no”.

Las personas cuidadoras de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, no siempre cuentan con la información y los recursos necesarios para brindar orientación sobre la vivencia plena de la sexualidad.

Los múltiples exámenes médicos, diagnósticos y los procesos de rehabilitación que implican frecuentes visitas a los servicios de salud desde la niñez, les restan tiempo, espacio y experiencia de contacto corporal con otras personas (mayormente solo con la madre¹⁵), el descubrimiento del cuerpo y las sensaciones placenteras de la sexualidad. De ahí que la demostración de afecto se sobredimensione como “apego”.

La focalización de la sexualidad en los elementos y cambios físico-biológicos, no permiten interrelacionar las dimensiones afectivas (enamoramamiento), eróticas y de socialización como aspectos naturales de la vida.

El desarrollo físico y el intelectual generan, con frecuencia, incertidumbre, desconcierto e inacción en madres y padres de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, ya que el desarrollo físico, que prepara al cuerpo para la reproducción (deseo y la excitación sexual), no siempre acompaña al desarrollo intelectual, o no quieren que lo haga para mantenerles en la eterna niñez.

15 La mención responde a la participación principalmente de madres en las entrevistas y grupos focales, pero también a las ausencias paternas en las actividades de cuidado.



MIEDO Y ABSTINENCIA



Tenía muchas dudas. Yo sufría a mis 14 o 15 años. Yo no tenía enamorada y todas las personas sordas tenían sus enamorados. También había las relaciones y he visto sordas que se han embarazado muy jóvenes... Yo preferí cerrarme y cuando tenía mi enamorada yo decía ¿Cómo me puedo proteger? El tema de sexualidad yo no sé, entonces preferí limitarme a tener alguna pareja... preferí seguir soltero hasta ahora.

(Hombre joven con discapacidad auditiva, La Paz).



Yo cuando tenía unos 12 años, tenía unos amigos oyentes que llamaban para jugar y un chico de unos 14 años en los juegos me llamaba y me decía, mira mi celular y me mostraba el pene y yo decía qué cosa más fea, qué cosa más horrible, no me muestres eso. Ya cuando me iba a la escuela tenía esa curiosidad de preguntar qué era eso, y ya los profesores comenzaron a mostrar videos..., entonces yo comencé a aprender. Antes nunca había visto... Tenía miedo de quedar embarazada, tenía miedo hasta de que me den un beso...

(Mujer adolescente con discapacidad auditiva, Riberalta).



MIEDO Y ABSTINENCIA

De manera general, la experiencia de la sexualidad durante la adolescencia de la persona con discapacidad se vive en medio del desconocimiento, la curiosidad y el descubrimiento, ante la ausencia de orientación confiable y responsable

La ausencia de información fiable y acompañamiento en el desarrollo de la sexualidad termina haciendo que, algunas personas con discapacidad, tomen la decisión de limitar o abstenerse del contacto sexual por miedo a un embarazo no deseado.

Las preguntas de las y los adolescentes que a menudo quedan sin respuesta son: ¿Cómo me protejo si no sé establecer una relación con otra persona?, ¿cómo me protejo si no comprendo los cambios que sufre mi cuerpo?, ¿cómo me protejo si hablar de sexualidad es malo?



HABLAR DE SEXUALIDAD



Yo creo que tenemos que aprender dentro de los colegios, a los niños no privarles, a ellos enseñarles... No estar callados y poco a poco ellos van a ir aprendiendo y van a entender claro y así nos ayudarían. Algunos papás no nos enseñan, algunos son malos y se les respeta, pero dentro de los colegios sí es necesario aprender el tema de sexualidad y poco a poco. Antes yo sentía vergüenza...

(Hombre joven con discapacidad auditiva, La Paz).



Cuando, por ejemplo, a las mujeres las violan en algún lugar, no sabemos el por qué muchas veces, el tema de la sexualidad no lo conocen. Entonces, llegan a tener relaciones y no saben ellas. Papá y mamá también nos dicen tienes que llegar temprano a la casa. Entonces muchas veces nosotros tenemos problemas afuera, ellos no saben. Nosotros no podemos pasear muchas veces con algunas personas, llegamos a conocerlos, pero mamá, papá siempre nos controlan, 'tienes que llegar temprano a la casa', 'tienes que estar a una hora'...

(Mujer joven con discapacidad auditiva, La Paz).



HABLAR DE SEXUALIDAD

“Normalmente” se excluye a las personas con discapacidad de los derechos sexuales y reproductivos, pero la demanda, verbalizada o no, recuerda su universalidad y obligatoriedad (como derecho humano) para todas y todos.

La referencia “Algunos *papás no nos enseñan, algunos son malos...*”, refleja el temor de hablar de sexualidad en la familia y la ausencia de recursos y herramientas para abordarla con niñas, niños, adolescentes y jóvenes, según tipo y grado de discapacidad.

El control de madres y padres, como expresión de sobreprotección sin información sobre el autocuidado y la autonomía, restringe las oportunidades de prevenir la violencia sexual y experimentar (entrenar) el establecimiento de relaciones interpersonales y de pareja responsables e inclusivas.



DERRIBAR BARRERAS SOBRE LA SEXUALIDAD



Aquí venían los jóvenes y ya querían enamorarse... Los jóvenes ya quieren tener sus propias alas y los papás no entienden que un niño, un joven con discapacidad pueda pensar en eso... Todavía sigue siendo un tema muy difícil de abordar. Para el papá es un niño y va a ser un niño eterno... Los papás necesitan soltar a sus niños para que puedan lograr independencia. Peor un niño que tiene una discapacidad más leve, necesita ir avanzando.

(Representante de organización privada que trabaja con personas con discapacidad, Riberalta).



Considero que todavía la educación integral sexual, está siendo un tabú. Es una barrera que no estamos pudiendo derrumbar. Es complicado hablar sobre el tema con padres y madres de familia porque tienen una mirada muy de cuidado de sus hijos, donde incluso se les prohíbe enamorarse. Pero hay algo que se tiene que trabajar con mucha fuerza que es la accesibilidad, vamos a hablar de programas de salud sexual... Estas instituciones de salud tienen que ser accesibles para personas con discapacidad, trabajar en un lenguaje inclusivo, en lengua de señas, iconografía... y el acceso físico, etc.

(Representante de organización privada que trabaja con personas con discapacidad, Riberalta).



DERRIBAR BARRERAS SOBRE LA SEXUALIDAD

La actitud y posición sobre la sexualidad y la educación integral en sexualidad de algunas personas adultas, se convierte en otra barrera para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, especialmente, leve. Se les reduce las posibilidades de socialización y autonomía con información pertinente.

Instituciones públicas y privadas con recursos humanos, materiales y técnicos para la información y acompañamiento integral en sexualidad son una necesidad para el desarrollo pleno de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

Los procesos de orientación para la sexualidad saludable, acompañamiento y prevención de la violencia sexual, deben considerar el tipo y grado de discapacidad para ajustarse a los ritmos, características y necesidades de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.



EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD: NECESIDAD, PERO NO DEMANDA



Esto todavía no se ha vuelto una demanda del sector. Una cosa es la necesidad y otra cosa es la demanda. Al interior de los tipos de discapacidad igual es un tema tabú, cliché que tienen miedo de hablarlo. Está ahí como necesidad, pero no como demanda... Al interior de los mismos sectores hay miedo, 'la sexualidad', 'tener relaciones', el tema patriarcal cruza ahí... Es un tema muy, muy delicado y tampoco yo he visto estudios, por decirte, como en el campo laboral, el asociativismo, de eso hay hartos, pero en esto no, porque no es demanda todavía... 'No, yo quiero que reconozcan mis derechos sexuales y derechos reproductivos, porque soy un disca trans'...

(Representante de organización gubernamental, La Paz).



EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD: NECESIDAD, PERO NO DEMANDA

En las comunidades de las personas con discapacidad no se aborda la sexualidad con enfoque integral, los derechos sexuales y derechos reproductivos ni las diversidades sexuales.

Para transformar la necesidad en una demanda ante la sociedad y el Estado, es necesario, tratar estas temáticas de manera interseccional y no contribuir a la invisibilización de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad.



3. PRÁCTICAS Y RESPUESTAS ANTE LA VIOLENCIA SEXUAL

ETERNA NIÑEZ



Ellos no pueden defenderse... si no hay una persona que esté con ellos, que pueda comprenderlos, que los pueda ayudar... porque, al menos en el caso de mi hijo, yo lo veo de mi punto de vista, es más que una persona con discapacidad física, es como un niño... Los padres que tienen niños con discapacidad intelectual, tenemos que estar con ellos siempre porque no tienen ni voz, ni voto para nada.

(Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).



Para ellos no existe la maldad, ellos son tan blancos que vamos a decir que no aceptan que haya una mancha en su vida o que se le pueda parecer algo así. Entonces, esa su inocencia es la que ellos eternamente la tienen.

(Madre de NNA con discapacidad, La Paz).



ETERNA NIÑEZ

Las personas con discapacidad viven una eterna niñez, en la percepción de algunas personas adultas (*“es más que una persona con discapacidad física, es como un niño”, “Para ellos no existe la maldad, ellos son tan blancos”*), este convencimiento se forja de acuerdo a la menor o mayor necesidad de apoyos en las tareas cotidianas. Empero, disminuyen las posibilidades de realizar la prevención de la violencia y la educación integral en sexualidad desde un enfoque inclusivo y no tradicional.

La sobreprotección limita la autonomía y el autocuidado en la convivencia entre personas con y sin discapacidad, a partir de la diversidad.



TODO LUGAR ES PELIGROSO



Una persona con discapacidad no siempre va a tener lugares específicos porque siempre visita médicos, etc.; tal vez con más frecuencia que otros adolescentes... Todo lugar es peligroso... Uno ya no puede confiar ni en el mismo esposo, ni en el mismo hijo, yo tengo sumamente desconfianza de todo el mundo. Entonces, trato de llevar a mi hija... trato de que socialice con todos, lamentablemente ella socializa con personas mayores...

(Madre de NNA con discapacidad, La Paz).



La verdad en este mundo no sé qué pasa. Dicen que en estos tiempos ya no hay que tener confianza, hasta con los padres, peor si uno tiene otra pareja. Entonces, yo me he criado con esa susceptibilidad, no he sido violada, pero he sido tensionada..., no es bonito, se siente con una adrenalina de susto y lo mismo le digo a mis niños...

(Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).



Yo no las dejo salir. Si tienen que ir a cumpleaños, ellas van donde las tías porque las invitan, a tal hora va una y las recogen. Ellas no van a fiestas... no se deja que salgan a la calle...

(Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).



TODO LUGAR ES PELIGROSO

La difusión del “incremento” de hechos de violencia sexual también acrecienta la desconfianza sobre los espacios y las personas que representan peligro para niñas, niños y adolescentes con discapacidad, incluso en el núcleo familiar con integrantes de sexo masculino.

El miedo se refleja en el estrés permanente de las personas cuidadoras, sobre todo, de las madres, cuyas repercusiones afectan a su vida y normalizan el “sacrificio”, olvidándose de su propio bienestar físico, mental y emocional.

La sobreprotección, que establece un estilo de crianza, se intensifica, impide el desarrollo oportuno de habilidades sociales para la autonomía y se convierte en un obstáculo para la inclusión.



ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN



Siempre le he dicho los peligros que hay y que ella no tiene que callar, que tiene que avisarme en la primera que ella se sienta incómoda, para que yo también pueda ayudarle y parar eso desde el principio... Cuando la dejo, la dejo aquí con mi mamá, con mis hermanas, nunca le dejo así solita... Si es que la tengo que dejar solita, entonces la llevo no más conmigo. Mayormente está en casa, pero está bajo llave... Por ejemplo, su licenciada de fisioterapia es mujer, entonces más confío en ella.

(Madre de NNA con discapacidad, La Paz).



Por ejemplo, nosotros vivimos solos. Yo me lo llevo a mi hijo, mayormente ando con él. Siempre estoy pendiente de cuando es necesario dejarlo, dejarlo con mi hermana...

(Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).



Le hablé algo simple y sencillo, cuando mamá no está contigo nadie te toca todo lo que está cubierto por tu ropa. Y a mi hija le dije lo mismo, tú en el colegio vas a estar sola, nadie te toca, ni tú tocas a tus compañeros. Cuando le baño, le hago que él se revise su cuerpo con guantecitos: 'creciendo tú, te tienes que bañar', ¿qué se llama eso?, tiene su nombre, lávate tu pene, lávate tú...

(Madre de NNA con discapacidad, La Paz).



ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Ante la falta de garantías para el ejercicio de derechos, las madres adoptan las siguientes medidas para precautelar la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes con discapacidad:

- Desplazarse con la hija o hijo con discapacidad constantemente. Esta decisión implica un esfuerzo físico y emocional sostenido, inversión de recursos económicos para la movilización y elevados niveles de estrés.
- Dejar a las hijas e hijos al cuidado de familiares de sexo femenino, al igual que buscar servicios de salud con atención de profesionales mujeres.
- Usar lenguaje claro y accesible para hablar sobre el cuidado del cuerpo y sus partes privadas. Es clave el mensaje que nadie les puede tocar.
- Se contempla como última opción el encierro, bajo llave en casa. Por precautelar el derecho a la integridad sexual se vulnera otros.



EL MIEDO SE TRANSMITE A HIJAS E HIJOS

“

Por ejemplo, yo me protejo y me oculto en mi casa, esa es mi protección, encerrarme, porque siento mucho miedo. Me cierro las puertas y así estoy tranquilo...

(Hombre adolescente con discapacidad auditiva, La Paz).



Quando me molestan, lo que mi mamá me ha enseñado es que, tengo que cuidarme, en qué amigos puedo confiar y en qué amigos no...

(Mujer adolescente con discapacidad auditiva, La Paz).

”

ACCESO DIGITAL DE LA VIOLENCIA SEXUAL

“

Yo estaba trabajando en mi computadora y demás actividades que tenía que hacer y, de repente, escucho una video llamada al teléfono de mi hija. Mi hija contesta y aparece un hombre adulto diciéndole hola mi amor, mostrame tu boca, mostrame tu cuerpo...

(Madre de NNA con discapacidad, La Paz).

”



EL MIEDO SE TRANSMITE A HIJAS E HIJOS

Las y los adolescentes expresan el mismo miedo al peligro fuera del hogar que sus madres.

Prefieren la autorreclusión porque no confían en nadie, ni en las amistades. Este criterio delata la ausencia de herramientas para discriminar situaciones y personas fiables.

El miedo y la reclusión generan desconfianza en sus propias habilidades para construir círculos y relaciones sociales respetuosas. Esta tendencia presagia repercusiones en su vida inmediata, ya que al optar por la soledad ante los peligros “externos”, paradójicamente, también les expone a situaciones de vulnerabilidad ante la violencia sexual.

ACCESO DIGITAL DE LA VIOLENCIA SEXUAL

El mundo digital y la interacción en redes sociales, así como brindan acceso a la información útil, también facilitan los medios para la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, aún en la “seguridad” del hogar.

La aparente distancia de la persona agresora, que se esconde detrás de una pantalla, no la exime de cometer delitos sexuales; por ello, tanto personas cuidadoras como niñas, niños y adolescentes con discapacidad deben poseer información para la autoprotección ante vulneraciones que pasan fácilmente de la violencia sexual digital a la física.



FAMILIAS AUTOEXCLUIDAS

“

Nosotros es como si nos hubiéramos adaptado [a la discapacidad], es como si nos hubiéramos aislado casi de la civilización. Cumplimos nuestro trabajo no más... pero, después, eso de relacionarnos con otra persona, no... En realidad nos hemos adaptado casi a él, nosotros hacemos lo esencial no más...

(Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).

”

PRECARIEDAD FAMILIAR

“

Aquí en la familia, la gran mayoría de ellas conviven todas en un solo ambiente, para vivir, para dormir, entonces no hay cuarto para los hijos... A veces hasta duermen en la misma cama todos los hermanos y los papás a un lado...

(Representante de organización privada que trabaja con personas con discapacidad).

”



FAMILIAS AUTOEXCLUIDAS

El aislamiento de niñas, niños y adolescentes con discapacidad supone también el de la familia. La dinámica familiar de cuidado demanda esfuerzo físico, emocional y económico. Por ende, la inclusión social de la hija o hijo, se ve interrumpida por la autoexclusión de la familia que no tiene tiempo ni energía para las relaciones sociales.

Las familias se ven afectadas por la noticia de la discapacidad de la niña o niño y, a su vez, requieren tiempo de adaptación. En algunos casos, la situación sirve para justificar el abandono del progenitor (padre).

PRECARIEDAD FAMILIAR

La pobreza económica y la precariedad no permiten guardar intimidad en espacios reducidos y esta situación amplía las posibilidades de sufrir alguna forma de violencia sexual.



4. DESAFÍOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL

EDUCACIÓN Y SEXUALIDAD



El tema de la educación para la sexualidad en los colegios, sin ir mucho al cliché, pero creo que es una unidad, un subsistema que se podría aprovechar. Hay contenidos sobre salud sexual y salud reproductiva, hay contenidos a partir de cuarto, quinto de secundaria... Sería importante adecuar la currícula e incorporar educación para la sexualidad ligada a temas de prevención de la violencia sexual en adolescentes y niños con discapacidad..., todo lo que tenga que ver con el conocimiento del cuerpo...

(Representante de organización estatal que trabaja con personas con discapacidad, La Paz).



Se ha trabajado muy poco desde la prevención de violencias. Más se ha reaccionado desde la denuncia, cuando se han destapado los conflictos, los problemas, pero no se ha trabajado desde una mirada de prevención... En las escuelas sí se ha trabajado en prevención de las violencias, pero la pregunta es ¿Esta escuela cómo trabaja la prevención de las violencias además con niñas y niños con discapacidad? Ahí está el desafío.

(Representante de organización privada que trabaja con personas con discapacidad, La Paz).



EDUCACIÓN Y SEXUALIDAD

Una demanda al Estado, como garante de derechos, es un currículo de educación integral en sexualidad para niñas, niños y adolescentes con discapacidad y formación certificada al personal de educación para abordar la sexualidad en todos sus ámbitos y no sólo desde el biológico y reproductivo.

Hablar de educación integral en sexualidad, en el ámbito educativo, requiere la participación de madres y padres para superar prejuicios personales sobre la sexualidad y actitudes de desconfianza, bajo la creencia de que este tipo de información incentiva las relaciones sexuales tempranas de sus hijas e hijos.

El tabú de abordar la sexualidad y la prevención de la violencia sexual es mayor cuando se trata de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.



LA JUSTICIA NO ESTÁ DE NUESTRA PARTE



Para mi todo es pantalla, hacen la demanda, la denuncia pero qué es lo que pasa, cuando hay dinero de por medio... la persona agresora... paga por debajo y el caso queda ahí. A veces la persona deja el caso, entonces trajina y trajina y... la verdad no solo en Riberalta, sino en toda Bolivia. Mayormente da pena... por eso hay personas que no denuncian, se quedan ahí y si denuncian el caso, no lo llevan más adelante. (Madre de NNA con discapacidad, Riberalta).



También hay casos que están por tiempo y hay gente que paga al juez, paga al abogado y puede pasar 2, 3 años y no se hace el juicio nunca. El año pasado pagaron a la psicóloga... para que haga otro veredicto aparte del abuso y que diga que no fue abuso. La psicóloga hizo un informe diferente, como que la chica por voluntad propia y que le molestaba a la persona. Vemos que la justicia tampoco está de nuestra parte. Nos cuesta ir a la justicia y lograr justicia para la persona.

(Representante de organización privada que trabaja con personas con discapacidad, Riberalta).



LA JUSTICIA NO ESTÁ DE NUESTRA PARTE

El sistema de justicia es una institución sin credibilidad en la restitución de derechos para personas con discapacidad, en especial en los casos de violencia sexual.

La corrupción y burocracia institucional del sistema judicial desalientan la denuncia e impiden los procesos justos y sin retardación para las víctimas de violencia sexual con discapacidad. Los agresores aprovechan las grandes fisuras del sistema para pagar su libertad y vivir impunes, amenazando a sus víctimas y/o cometiendo los mismos delitos con otras personas.



ATENCIÓN PROFESIONAL DEFICIENTE



Yo hice la denuncia en la Defensoría, pero lamentablemente falta mucha formación en los psicólogos forenses que atienden casos de violencia y más cuando es sexual y más todavía cuando son personas con discapacidad... Yo creo que falta un manual de procedimiento.

(Madre de NNA con discapacidad, La Paz).



... No podían hacer ese tipo de análisis ni la psicóloga, ni la abogada, ni la ginecóloga porque para ellos era una violación. Y ha venido la señora del centro de educación especial y me dice 'señora ¿qué quiere?, ¿quiere plata?, el centro se va a desprestigiar'... Yo le dije, le comenté a la psicóloga, volvimos a recrear, lastimosamente, incluso en este caso, volvimos a revictimizar.

(Madre de NNA con discapacidad, La Paz).



ATENCIÓN PROFESIONAL DEFICIENTE

El buen trato con calidad y calidez es un derecho de las víctimas de violencia sexual con discapacidad que suele ser vulnerado, con frecuencia, por las personas operadoras de la red de atención y justicia.

La realidad que enfrentan las personas con discapacidad, desde que nacen, es una sociedad que no les toma en cuenta y que no prevé espacios accesibles para la exigencia del cumplimiento de derechos. A pesar de los avances en los marcos normativos, no existe una inclusión real y el ejercicio de derechos se topa con barreras, la mayoría de las veces, difíciles de derribar.



SOLO DISCURSO



Yo creo que el problema es que se trabaja de manera aislada, no de manera integral. Creo que es clave trabajar con un enfoque intersectorial donde todas estas instancias, que ya están creadas, deben dar un servicio y lo deben dar de manera inclusiva y desde un enfoque de derechos. El error está en que el enfoque de derechos se lo maneja solo en el discurso pero no en la práctica. También he notado en estos años, la falta de formación y experiencia en la temática, creo que es importante hacer procesos de actualización y formación permanente en todas estas instancias que son responsables de enfrentarse a todos estos casos de violencia... Es gente que no maneja la accesibilidad ni comunicacional, ni física, ni actitudinal; entonces no saben ni como relacionarse con la persona con discapacidad...

(Representante de organización privada que trabaja con personas con discapacidad, La Paz).



La [Ley] 548... no está funcionando, me parece que es demasiado centralista y que no ha distribuido funciones. Creo que la norma es algo que se debería evaluar y el tema de la violencia sexual tiene ahí un sistema y la Ley 223 que protege a todos, cómo se conecta, no hay un puente, claro el Código debería ser el elemento que direcciona y darle los insumos para poder prevenir, atender, restituir...

(Representante de organización estatal que trabaja con personas con discapacidad, La Paz).



SOLO DISCURSO

Específicamente, las personas operadoras de la red de atención de la violencia, no integran en su práctica cotidiana el enfoque inclusivo y el enfoque de derechos, posiblemente porque no los comprenden completamente; y no se implementan medidas efectivas para la accesibilidad física, comunicacional y actitudinal.

La percepción de que las leyes, referidas a la violencia, niñez y adolescencia y discapacidad, “no están funcionando” (aplicando) se relacionan con las falencias en la articulación entre ellas, hecho que tiene como resultado la vulneración de derechos de las víctimas y la impunidad de los agresores.



CAMINO RECORRIDO Y POR RECORRER



Si hablamos de 15 años atrás, se hablaba de mucha violencia, podía hablarse de violaciones pero no sé si ha disminuido... por lo que podemos ver es por el trabajo de Leyes, el trabajo del SLIM y todas esas unidades que están enfocados en niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

(Representante de organización privada que trabaja con personas con discapacidad, Riberalta).



Bueno ya llevamos todos estos años... ha mejorado enormemente la situación, en el sentido de que hay acceso a dos actores fundamentales que es salud y educación. El carnet de discapacidad les permite una atención... No tienen carnet de discapacidad, hay el SUS... les cubre un buen porcentaje. Incluso el Concejo Municipal ha sacado su propia Ley... Sigue habiendo discriminación sí, pero ha mejorado mucho. Los niños ya acceden a las escuelas regulares.

(Representante de organización privada que trabaja con personas con discapacidad, Riberalta).



El año pasado hemos iniciado un proceso... donde se nos ha realizado unos talleres para la identificación de los indicadores de violencia sexual... y toca que podamos instrumentalizar de manera específica.

(Representante del Gobierno Municipal de La Paz).



CAMINO RECORRIDO Y POR RECORRER

La lucha por los derechos humanos promovido por los movimientos de personas con discapacidad, a nivel global, nacional y local, ha logrado el reconocimiento de esta población marginalizada en los marcos legales.

Sin embargo, en el país, a pesar de los avances en el papel y el discurso, el “ingreso” (que no siempre es accesibilidad en su integralidad) a ciertos servicios de educación y salud, aún no se concretizan en igualdad de derechos y oportunidades para las personas con discapacidad. Como Estado y como sociedad falta mucho camino por recorrer para la inclusión real y efectiva.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

- El fenómeno de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad es invisible, para ello confluyen factores macro, meso y microsistémicos.

En el nivel macro se encuentra, por una parte, la estigmatización, exclusión, negación y discriminación de las personas con discapacidad; por otra, todos los mandatos del sistema patriarcal que construyen una cultura de privilegio para los hombres, posición desde la cual ejercen violencia sexual de manera impune (agresores desaparecen) y se asigna la responsabilidad exclusiva de cuidado de niñas, niños y adolescentes con discapacidad a las mujeres (madres, abuelas, tías, hermanas, etc.).



En el nivel meso operan los mecanismos de control social y silencio cómplice de la sociedad y atribuyen la “culpa” del hecho de violencia a la víctima y a la madre, ésta última como “responsable directa del cuidado”. Se vive vergüenza e indefensión, por ello se mantiene el hecho en el ámbito privado. Mientras las entidades garantes de derechos no asumen responsabilidad o, peor aún, contribuyen a la invisibilización, a través de prácticas institucionalizadas de transacción de la violencia (“conciliación”) con la desaparición del violentador.

En el nivel micro, la víctima y la madre (la familia) se desalientan y son desalentadas para presentar la denuncia como posibilidad de restitución de derechos.

- Una de las manifestaciones de la invisibilización de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad es la carencia de datos estadísticos que no permiten establecer la magnitud de la situación. Este factor se encuentra relacionado a los diferentes sistemas de recolección de datos sobre la violencia sexual, algunos habilitados para recoger información sobre personas con discapacidad y otros no. En ese sentido, es necesario unificar los criterios y articular dichos sistemas para lograr una sola base de datos.
- El marco normativo vinculado a la atención de la violencia sexual y las personas con discapacidad es complejo. Existe un marco legal y regulatorio relativamente amplio, pero que no incluye ni hace visibles a las niñas, niños y adolescentes con discapacidad con procedimientos específicos. Las principales dificultades para la implementación son la débil interarticulación y, fundamentalmente, un exiguo presupuesto para llevar adelante los planteamientos normativos. En ese sentido, la normativa se hace suficiente pero inútil.

Desde la óptica de las personas vinculadas al contexto de la discapacidad, existe desencanto sobre la normativa porque no se aplica y no es el espacio que se esperaría para la restitución de derechos.

- El Estado Boliviano, ante los compromisos internacionales y, específicamente, respecto a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, destaca el avance normativo como uno de sus principales logros, así como el éxito de los indicadores macroeconómicos que garantizarían la redistribución económica y, con ello, la mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad.



Sin embargo, los indicadores macroeconómicos no hacen visibles aspectos como el acceso de calidad a los servicios de salud, educación, justicia y otros. En ese sentido, la situación de las personas con discapacidad debe ser evaluada desde un enfoque multidimensional de la pobreza.

- La percepción de que el hogar es el lugar con mayor probabilidad de sucesos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad, tiene que ver con la cercanía de los agresores (padre, padrastro, hermano, primo, tío, etc.).

Para las madres de familia en La Paz, todos los lugares son potencialmente riesgosos, por ende, viven en estado de alerta y miedo constante; razón por la que sobreprotegen a sus hijas e hijos y restringen el desarrollo de habilidades para la interacción y las posibilidades de inclusión social.

En el caso de Riberalta, niñas, niños y adolescentes con discapacidad se dejan al cuidado de hermanos menores u otros familiares, en función a las jornadas de trabajo, en especial en la temporada de cosecha de la castaña.

- Niñas, niños y adolescentes con discapacidad están más expuestos a situaciones de vulnerabilidad ante la violencia sexual por falta de información integral sobre sexualidad, autocuidado y entrenamiento de habilidades sociales para establecer relaciones respetuosas y responsables con otras personas. En este ámbito, la familia actúa de manera restrictiva.

Los mandatos machistas y patriarcales fomentan la cosificación del cuerpo de las niñas y adolescentes con discapacidad para ejercer violencia sexual sobre ellas y mantener en el anonimato y libres de sanción a los agresores. Mientras las madres experimentan culpa y asumen todo el peso de la responsabilidad del cuidado.

- La violencia sexual en niñas, niños y adolescentes con discapacidad, y todos los aspectos relacionados a la sexualidad, no forman parte de la agenda de las personas con discapacidad, sus entornos más próximos y organizaciones. “Es una necesidad, pero no una demanda”. Posicionar la educación integral en sexualidad como demanda del sector contribuiría a la visibilización de la violencia sexual para la generación de políticas públicas efectivas y coherentes con la realidad de la discapacidad.

- Las entidades gubernamentales de atención a la violencia y sus mecanismos de operación desincentivan y deslegitiman la denuncia por su poca capacidad resolutive o por convertirse en espacios de “conciliación” o transacción entre el agresor y la familia de la víctima (de acuerdo a la Ley N° 348, en su artículo 46, la conciliación está prohibida en cualquier hecho de violencia contra la mujeres que comprometa su vida e integridad sexual). Esta realidad también devela la ausencia de estrategias que contemplan la accesibilidad para brindar un servicio de calidad a la población con discapacidad.
- Los mecanismos de prevención de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad aplicados por madres y padres, generalmente, implican no dejarles solas o solos, dejarles a cargo de familiares mujeres, movilizarse permanentemente con ellas o ellos, buscar la atención de profesionales mujeres en diferentes servicios y, en última instancia, encerrarles en la casa. Estas medidas “protectivas” y de “prevención” no fortalecen el ejercicio de la autonomía y la socialización para la inclusión.
- La atención de la violencia sexual en niñas, niños y adolescentes con discapacidad necesita una visión multidimensional porque responde a variables que deben ser tomadas en cuenta para el diseño de estrategias y políticas articuladas desde diferentes niveles de operación pública y privada.

2. RECOMENDACIONES

Sociedad en general

- Superar el modelo de prescindencia y el modelo médico de la discapacidad y reconocer a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y parte de la diversidad en la sociedad.
- Reconocer todos los derechos humanos de las personas con discapacidad.
- Garantizar la accesibilidad física, comunicacional y actitudinal a la población con discapacidad, superando los prejuicios y barreras que impone la sociedad.
- Reconocer todos los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad para la prevención de la violencia sexual.



- Superar prejuicios patriarcales que delegan la responsabilidad exclusiva del cuidado de niñas, niños y adolescentes con discapacidad a las mujeres (madres, abuelas, tías, hermanas, etc.) y que la culpabilizan ante la ocurrencia de hechos de violencia sexual. Este escenario encubre la ausencia de la corresponsabilidad paterna y al violentador como perpetrador de delitos.

Instituciones y autoridades del Estado

- Reconocer a las personas con discapacidad como titulares de derechos y no solo como “sujetos de protección”.
- Superar el asistencialismo e implementar el modelo social como referente guía para políticas públicas que promuevan y garanticen los derechos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Gratuidad en la obtención del carnet de discapacidad en todo el proceso (inicial y de renovación) y en todo el territorio nacional (área urbana y rural).
- Creación de *rutas* para la atención de la violencia sexual a niñas, niños y adolescentes, según tipo y grado de discapacidad, como mecanismos prácticos de articulación del marco normativo y la eliminación de barreras en el ejercicio y restauración de derechos.
- Respetar los derechos sexuales y reproductivos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en específico en la aplicación de la sentencia 0206/2014 y la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), tomando en cuenta el tipo y grado de discapacidad.
- Cumplimiento de las obligaciones de las personas operadoras de servicios públicos de la red de atención y denuncia de la violencia sexual, con acceso a recursos y herramientas inclusivas (Art. 17, Ley N° 223), a través de la coordinación con personas e instancias especializadas en discapacidad.
- Crear una plataforma con la participación de personas con discapacidad para establecer mecanismos de solución a las deficiencias detectadas en los informes de Derechos Humanos y el monitoreo de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).
- Incluir en la currícula de formación docente, la educación integral en sexualidad para la niñez y adolescencia, de acuerdo al tipo y grado de discapacidad, al igual que con el personal de salud.

- Incluir en la currícula educativa nacional la educación integral en sexualidad con enfoque integral para la niñez y adolescencia, de acuerdo al tipo y grado de la discapacidad.
- Para la recepción de denuncias de violencia sexual y la consolidación de datos oficiales nacionales y desagregados, adaptar un registro articulado con información como el tipo y grado de discapacidad.
- Contar con una base de datos de la población con discapacidad a nivel nacional, actualizada periódicamente y de libre acceso, aprovechando los mecanismos de censos nacionales y otros específicos, con asesoría profesional y multidisciplinaria para la medición y detección.
- Realizar un censo nacional de la población con discapacidad, dadas las falencias de los actuales registros.

Familias

- Promover la corresponsabilidad de ambos progenitores en la convivencia, y también después de la ruptura de la relación de pareja, garantizando los derechos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Deconstruir la creencia de que niñas, niños y adolescentes con discapacidad carecen de sexualidad y respetar sus derechos sexuales y reproductivos.
- Promover la autoimagen positiva y la autonomía por encima de la sobreprotección y reforzar la inclusión basada en las habilidades socioemocionales de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Reconocer a niñas, niños y adolescentes con discapacidad como integrantes de la familia con derechos y responsabilidades.
- Aprovechar las herramientas de disciplina positiva para fortalecer la autoestima, autocuidado y autonomía de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Valerse de información fiable y profesional sobre educación integral en sexualidad para la niñez y adolescencia con discapacidad.
- Fortalecer las redes de madres, padres, cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad y el acompañamiento profesional



para la contención emocional, específicamente, a madres de niñas, niños y adolescentes que sufrieron violencia sexual, ya que se convierten en víctimas paralelas.

Asociaciones de Personas con Discapacidad

- Crear autoconciencia ante la vulneración de los derechos sexuales y derechos reproductivos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Incluir como demanda concreta la prevención y atención de la violencia sexual hacia la niñez y adolescencia con discapacidad.
- Exigir educación integral en sexualidad dirigida a niñas, niños y adolescentes con discapacidad para la prevención de la violencia sexual.
- Promover propuestas para el ejercicio y restitución de derechos de la niñez y adolescencia con discapacidad que haya sido víctima de violencia sexual.
- Fortalecer redes nacionales, con alcance urbano y rural, de personas con discapacidad para la acción coordinada ante la exigibilidad de los derechos.
- Organizar acciones de control social para verificar la implementación de medidas de accesibilidad en la red de servicios de atención y prevención de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

Organizaciones de la sociedad civil

- Incorporar el enfoque inclusivo para superar las barreras físicas, comunicacionales y actitudinales; y promover la inclusión y participación de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Brindar plataformas para el empoderamiento de niñas, niños y adolescentes con discapacidad y organizaciones de personas con discapacidad.
- Realizar investigaciones y estudios que visibilicen la vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Promover propuestas para el ejercicio y restitución de derechos de la niñez y adolescencia con discapacidad.



- Establecer alianzas e instituir, en la agenda de las organizaciones e instituciones (públicas y privadas) políticas de prevención de la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes con enfoque inclusivo.
- Propiciar observatorios a nivel nacional como herramientas de control social ante la vulneración de los derechos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.



BIBLIOGRAFÍA

- Albó, X. y Galindo, F. (2012). *Interculturalidad en el Desarrollo Rural Sostenible. El Caso Bolivia*. La Paz, Bolivia: CIPCA.
- Alianza Libres sin Violencia. (2018). *Balance sobre la implementación de la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia 2013-2018*. La Paz, Bolivia: Alianza Libres sin Violencia.
- Bladés, J. (2020). *El abuso sexual en niñas/os con discapacidad: Consecuencias psicológicas*. Revista Científica de Humanidades Vol. 2 N° 2, 35-50. Tarija, Bolivia: Universidad Autónoma Juan Misael Saracho.
- Bonilla, L., Espejo, K., Galeano, L. y Montenegro, G. (2018). *Prevención de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva* [Trabajo de Grado]. Bogotá, Colombia: Universidad Católica de Colombia.
- Bravo, B. (2021). *Niños, niñas y adolescentes con discapacidad y el abuso sexual en Venezuela*. Caracas: Fundación Habla.
- Coalición de Organizaciones de la Sociedad Civil de los Derechos Humanos para el EPU y la Comunidad de Derechos Humanos. (2021). *Examen Periódico Universal - Estado Plurinacional de Bolivia. Tercer Ciclo 2019 - Sigamos la Agenda 2020 - 2024*. La Paz, Bolivia: Convergencia “Comunicación Global”/Huici.
- Comisión de Equidad de las Organizaciones de Personas con Discapacidad. (2019). *Investigación sobre la Situación de la violencia sexual y de género en relación a las personas con discapacidad en Bolivia*. Cochabamba, Bolivia: Comisión de Equidad de las Organizaciones de Personas con Discapacidad.



Comité Nacional de la Persona con Discapacidad - CONALPEDIS. (2018). *Informe estadístico trimestral sobre personas con discapacidad en Bolivia - Tercer Trimestre*. La Paz, Bolivia: CONALPEDIS.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2013). *Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 35 de la Convención - Estado Plurinacional de Bolivia*. s/l: Naciones Unidas. Obtenido de: <https://www.refworld.org/es/docid/57038eea4.html>

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad - ONU. (2016). *Observaciones finales sobre el informe inicial del Estado Plurinacional de Bolivia*. s/l: ONU. Obtenido de: <https://jurisprudenciaconstitucional.com/resolucion/113963-observaciones-finales-sobre-el-informe-inicial>

Comunidad de Derechos Humanos y Equal Rights Trust. (2020). *Balance de la implementación de la Ley contra el racismo y toda forma de discriminación - Ley N° 045*. La Paz, Bolivia: Comunidad de Derechos Humanos y Equal Rights Trust.

Confederación de Organizaciones de Productores Familiares del Mercosur Ampliado (COPROFAM). (05 de enero de 2022). *Estado Plurinacional de Bolivia trabaja con personas discapacitadas*. La Paz, Bolivia: COPROFAM. Obtenido de: [https://coprofam.org/2022/01/05/el-estado-plurinacional-de-bolivia-trabaja-con-personas-discapacitadas/#:~:text=EL%20ESTADO%20PLURINACIONAL%20DE%20BOLIVIA%20TRABAJA%20CON%20PERSONAS%20DISCAPACITADAS,-,Category%3ADAs%20CIOEC%20\(BO&text=La%20Paz%2C%2004%20de%20enero,52%20instituciones%20p%3ABAblicas%20y%20privadas](https://coprofam.org/2022/01/05/el-estado-plurinacional-de-bolivia-trabaja-con-personas-discapacitadas/#:~:text=EL%20ESTADO%20PLURINACIONAL%20DE%20BOLIVIA%20TRABAJA%20CON%20PERSONAS%20DISCAPACITADAS,-,Category%3ADAs%20CIOEC%20(BO&text=La%20Paz%2C%2004%20de%20enero,52%20instituciones%20p%3ABAblicas%20y%20privadas).

Defensoría del Pueblo - Estado Plurinacional de Bolivia. (15 de octubre de 2019). *15 de Octubre Día Nacional de las Personas con Discapacidad*. La Paz, Bolivia: Defensoría del Pueblo. Obtenido de: <https://www.defensoria.gob.bo/noticias/dia-nacional-de-las-personas-con-discapacidad#:~:text=En%20Bolivia%2C%20seg%3BAN%20datos%20del,%25%20tiene%20discapacidad%20f%3ADSica%2Dmotora%2C>

Defensoría del Pueblo - Estado Plurinacional de Bolivia. (2017). *Acceso a la salud de personas con discapacidad en el marco de la Ley 345*. La Paz, Bolivia: Defensoría del Pueblo.



- Defensoría del Pueblo - Estado Plurinacional de Bolivia. (2016). *Informe alternativo de la situación actual de los derechos de las personas con discapacidad en Bolivia*. La Paz, Bolivia: Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo - Estado Plurinacional de Bolivia. (2014). *Derechos de las Personas con Discapacidad*. La Paz, Bolivia: Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo y Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. (2011). *Estado de situación de los derechos de las mujeres con discapacidad. Recomendaciones Defensoriales*. La Paz, Bolivia: Defensoría del Pueblo y UNFPA.
- Delfín Lara, F. (1994). *La sexualidad en las personas con necesidades físicas especiales. Antología de la Sexualidad Humana Tomo 3*, 569-593. México D.F.: Consejo Nacional de Población.
- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. (2013). *Guía metodológica de “Transversalización del enfoque de interculturalidad en programas y proyectos del sector gobernabilidad” a partir de la experiencia del Programa “Buen Gobierno y Reforma del Estado” del Perú*. Lima, Perú: Cooperación Alemana al Desarrollo - Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado.
- FEAPS Madrid - Fundación Carmen Pardo-Valcarce. (2013). *Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación*. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.
- FEBOS - FENACIEBO - FEBOPDIF - FEBOLDI - FEBOLDIPSI. (14 de Marzo de 2022). *Informe Alternativo de las Cinco Federaciones Nacionales de Personas con Discapacidad de Bolivia*. La Paz, Bolivia: FEBOS - FENACIEBO - FEBOPDIF - FEBOLDI - FEBOLDIPSI. Obtenido de: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/BOL/INT_CRPD_NGO_BOL_23541_S.doc
- Fundación Educación y Cooperación. (2021). *Variables psicosociales que forman al violentador sexual comercial e identificación de factores prevenibles en la incidencia de la violencia sexual comercial*. La Paz, Bolivia: Fundación Educo.



Fundación Educación y Cooperación - Universidad Católica Boliviana “San Pablo” - Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento. (2021). *Análisis Situacional de los Derechos y Bienestar de la Niñez (ASDBN)*. La Paz, Bolivia: Fundación Educo - Universidad Católica Boliviana “San Pablo” - Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento.

Fundación Machaqa Amawta. (2019). *Niñez y adolescencia con discapacidad en el municipio de La Paz*. La Paz, Bolivia: Fundación Machaqa Amawta.

Gobierno Autónomo Municipal de La Paz - Fundación Educo. (2019). *La Defensoría de la Niñez y Adolescencia en el municipio de La Paz durante el quinquenio 2014 - 2018*. La Paz, Bolivia: GAMLP - Fundación Educo.

Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. (26 de Febrero de 2022). *Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2018*. La Paz, Bolivia: GAMLP.

González, R. y Gonzalo, S. (2014). *Sexualidad y discapacidad psíquica*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.

Iniciativa Spotlight, UNFPA y Humanity & Inclusion. (2021). *Prácticas prometedoras en la respuesta a la violencia contra niñas y mujeres con discapacidad en América Latina y el Caribe Hispano*. s/l: UNFPA; Humanity & Inclusion.

International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region IPPF/RHO. (2018). *Informe del Monitoreo Social de los Compromisos en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Consenso de Montevideo - 2017*. México D.F.: IPPF/RHO

La Parra-Casado, D. y Tortosa, J. M. (2003). *Violencia estructural: una ilustración del concepto*. Documentación social 131, 57-72. Madrid: Cáritas Española.

Ley N° 348 - Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida libre de Violencia. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 09 de Marzo de 2013.

Ley N° 045 - Ley Contra el Racismo y toda Forma de Discriminación. Gaceta Oficial de Bolivia, 08 de Octubre de 2010.



- Ley N° 223 - Ley General para Personas con Discapacidad. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 02 de Marzo de 2012.
- Ley N° 548 - Código Niña, Niño y Adolescente. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 17 de Julio de 2014.
- Ley Municipal Autónoma N° 209 para las Personas con Discapacidad. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, 14 de octubre de 2016.
- Ley Municipal Amazónica N° 151 de las Personas con Discapacidad. Gobierno Autónomo Municipal de Ribalta, 18 de octubre de 2021.
- López, F. (2014). *Los abusos sexuales a menores y otras formas de maltrato sexual*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Martinez, A. (2016). *La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio*. Política y Cultura Núm. 46, 7-31. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional. (2016). *Guía sobre educación para la Sexualidad dirigida a personas con discapacidad*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional.
- Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional. (2017). *Protocolo de prevención, atención y sanción a toda forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional.
- Ministerio de Planificación del Desarrollo - Estado Plurinacional de Bolivia. (2021). *Plan de Desarrollo Económico y Social 2021- 2025*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Planificación del Desarrollo.
- Ministerio de Salud y Deportes - Estado Plurinacional de Bolivia. (15 de Enero de 2018). *Conoce los 39 centros de rehabilitación para personas con discapacidad*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes. Obtenido de: <https://www.minsalud.gob.bo/3015-conoce-los-39-centros-de-rehabilitacion-para-personas-con-discapacidad>.
- Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud - Unidad de Discapacidad, Rehabilitación y Habilidad Bio-Psico-Social. (2017). *Norma técnica de atención integral en salud sexual y salud reproductiva para personas con discapacidad*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud.



Ministerio de Salud - Dirección General de Servicios de Salud. (2015). *Modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud.

Ministerio de Justicia - Viceministerio de Igualdad de Oportunidades. (2010). *Normas, protocolos y procedimientos para la atención integral de violencia sexual*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Justicia - Viceministerio de Igualdad de Oportunidades.

Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. (2008). *Estudio sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en las personas con discapacidad: Conceptualización, acceso y restricciones*. La Paz, Bolivia: Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2022). *Base de datos de los órganos de tratados de las Naciones Unidas*. Ginebra, Suiza: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Obtenido de: <https://tbinternet.ohchr.org/SitePages/Home.aspx>

Oliván, G. (Febrero 2005). *¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia y el maltrato de los niños con discapacidades?* Anales de Pediatría Vol. 62 - Núm. 2, 153-157. Madrid: Asociación Española de Pediatría.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Whashington D.C.: OPS.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI.

Pereira, R. (2011). *Psicoterapia de la violencia filio-parental. Entre el secreto y la vergüenza*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.

Perpiñán, P., Ponte, J., Pegenaute, F., Millán, M., Poch, M. y Mayo, E. (2011). *La primera noticia: mejora del proceso de comunicación del diagnóstico de trastorno en el desarrollo o discapacidad en la primera infancia*. España: Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana - GAT.



- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia - Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Quiroz, G., Vos, V.A., Moreno, L.A. y Cárdenas, E.F. (2016). *Castaña, condiciones laborales y medio ambiente. Propuestas de incidencia pública desde el sector zafretero de la castaña de la Amazonía Boliviana*. Santa Cruz, Bolivia: CIPCA
- Red Equidad. (2022). *Presentación del resumen del análisis y listas de cuestiones sobre los artículos de la convención de los derechos de las personas con discapacidad*. La Paz, Bolivia: Red Equidad. Obtenido de: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/BOL/INT_CRPD_ICO_BOL_23263_S.doc
- Red en Derechos. (2011). *El enfoque basado en Derechos Humanos: Evaluación e indicadores*. s/l: Red EnDerechos.
- Red Equidad Por la inclusión de las Personas con Discapacidad. (2015). *Informe Alternativo de la Red Equidad al Comité de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. La Paz, Bolivia: Red Equidad.
- Rubio, E. (1994). *Introducción al estudio de la sexualidad humana*. Antología de la Sexualidad Humana - Tomo 1, 17- 46 [Monografía]. México D.F.: Consejo Nacional de Población.
- Stephens, B., Cusack, M., Perez, M., Keillor, D., Moran, C., Richard, W., . . . Montaña, J. (2012). *Denunciando la violencia sexual contra niñas adolescentes en Bolivia*. 144ª Sesión de Audiencias Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La Paz, Bolivia: s/e.
- Universidad Católica Boliviana “San Pablo” - Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento, IICC - Aldeas Infantiles SOS Bolivia. (2017). *Cada niño y niña cuenta. Situación de derechos de los niños y niñas que perdieron el cuidado familiar o están en riesgo de perderlo*. La Paz, Bolivia: Universidad Católica Boliviana.



Universidad Católica Boliviana “San Pablo” - Instituto de Investigación en Ciencias de Comportamiento - Visión Mundial. (2019). *No le digan a nadie lo que les conté. Violencia contra la niñez y la adolescencia: Una mirada desde las niñas, niños, adolescentes y el sistema formal e informal de protección en Bolivia*. La Paz, Bolivia: Universidad Católica Boliviana - Instituto de Investigación en Ciencias de Comportamiento - Visión Mundial.

Vásquez, A. (s/f). *La importancia del enfoque inclusivo en las escuelas en Aprender a convivir con las diferencias*. s/l: OPS. Obtenido de: https://www.paho.org/uru/dmdocuments/acce%20Convivir_con_diferencias.pdf#:~:text=Aprender%20a%20convivir%20con%20las%20Diferencias%20conlleve%20a%20entender%20que,Mel%C3%A9ndez%20R.

Viceministerio de Igualdad de Oportunidades - Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2009). *Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008. Informe general de resultados*. La Paz, Bolivia: UNFPA.

Visión Mundial - Instituto de Investigación de Ciencias del Comportamiento - Universidad Católica Boliviana “San Pablo”. (2019). *Análisis del fenómeno de la violencia contra niños, niñas y adolescentes desde el enfoque ecológico*. La Paz, Bolivia: Visión Mundial - Instituto de Investigación de Ciencias del Comportamiento - Universidad Católica Boliviana “San Pablo”.

Zapata, M., Cuenca, A. y Puga, I. (2014). *Guía desde un enfoque interseccional. Metodología para el Diseño y Aplicación de Indicadores de Inclusión Social y Equidad en Instituciones de Educación Superior en América Latina*. Alemania: MISEAL - ALFA.



ANEXO 1

NÚMERO DE ENTREVISTAS Y GRUPOS FOCALES DESARROLLADOS EN LA PAZ Y RIBERALTA

UNIDAD DE ANÁLISIS	LA PAZ				RIBERALTA			
	ENTREVISTA		GRUPO FOCAL		ENTREVISTA		GRUPO FOCAL	
	H*	M**	H	M	H	M	H	M
Madres y padres de familia de niñas, niños y adolescentes con discapacidad		6	1	16		5	1	5
Niñas, niños y adolescentes con discapacidad			6	5	2	1	2	4
Representantes de organizaciones privadas que trabajan con discapacidad		1			3	2		
Representantes de organizaciones públicas que trabajan con discapacidad	2	2					3	1
TOTALES POR REGIÓN	2	9	7	21	5	8	6	10
Detalle por actividades	TOTALES POR ACTIVIDAD							
	ENTREVISTAS				GRUPOS FOCALES			
	24				7			
	ENCUESTAS							
	La Paz				Riberalta			
	20				10			

* Hombre

** Mujer

ANEXO 2

GUÍAS DE ENTREVISTA Y GRUPOS FOCALES

Guía de entrevista a padres y madres de NNA con discapacidad

A. Características Generales

- Población objetivo: Padres y madres de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Duración: 45 a 60 minutos.
- Objetivo: Conocer la percepción de la persona entrevistada respecto al fenómeno de la violencia sexual en NNA con discapacidad, factores predisponentes y formas de prevención.

B. Guía de Entrevista

- Saludo y presentación ante la persona entrevistada.
- Presentación de objetivos y metodología de la entrevista (Garantizar el uso de la información exclusivamente en el contexto del estudio y la libertad de expresión, no existen respuestas acertadas o equivocadas).
- Respuestas ante dudas y preguntas respecto al desarrollo de la entrevista.

C. Entrevista – Preguntas guía

1. Solicitar:
 - a) Edad
 - b) Nivel de escolaridad
 - c) Ocupación
 - d) Pareja (si tiene o no, casado, divorciado, viudo)
 - e) Familia (composición general)
2. Podría comentarme ¿Qué tipo de discapacidad tiene su hijo o hija y cómo ha sido su experiencia en la crianza de una NNA con discapacidad?
3. ¿Cómo se comunica usted generalmente con su hijo o hija (con autismo)?



4. Desde su punto de vista ¿Qué es la sexualidad?
5. ¿Cómo ha sido su experiencia respecto a la sexualidad de su hijo o hija?
6. ¿Qué hace usted o que ha hecho para canalizar las manifestaciones de la sexualidad de su hijo o hija?
7. ¿Qué diría usted que es más útil trabajar con NNA respecto a su sexualidad?
8. ¿Qué cosas cree que ayudarían a un mejor desarrollo y vivencia de la sexualidad de su hijo o hija y de las NNA con discapacidad en general?
9. ¿Conoce o ha escuchado de algún caso de violencia sexual hacia NNA con discapacidad?, ¿Podría contarme sobre ese caso?
10. ¿Cuáles cree que son los factores (individuales, familiares, sociales) que influyen para que un NNA con discapacidad sea víctima de violencia sexual?
11. ¿Cuáles considera que son los espacios o lugares de mayor riesgo de violencia sexual para las NNA con discapacidad?
12. ¿Cómo influye el hecho de ser niña, niño o adolescente, hombre o mujer con discapacidad en ser víctima de violencia sexual?
13. ¿Qué aspectos o prácticas culturales cree que influyen en que haya violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
14. ¿Qué medidas usted toma para que su hijo o hija no sea víctima de violencia sexual en su hogar?
15. ¿Ha escuchado o conoce de otras medidas que las personas tomen para proteger a NNA con discapacidad de la violencia sexual?
16. ¿Sugeriría usted otra forma de prevenir la violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
17. ¿Algo más que quiera decir?

Guía de entrevista a representantes de organizaciones que trabajan con NNA con discapacidad

A. Características Generales

- Población objetivo: Representantes de organizaciones públicas o privadas que trabajan con niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Duración: 45 a 60 minutos.
- Objetivo: Conocer la percepción de las personas entrevistadas respecto al fenómeno de la violencia sexual en NNA con discapacidad, factores predisponentes y formas de prevención.

B. Guía de Entrevista

- Saludo y presentación ante la persona entrevistada.
- Presentación de objetivos y metodología de la entrevista (Garantizar el uso de la información exclusivamente en el contexto del estudio y la libertad de expresión, no existen respuestas acertadas o equivocadas).
- Respuestas ante dudas y preguntas respecto al desarrollo de la entrevista.

C. Entrevista – Preguntas guía

1. Solicitar:
 - a) Nombre
 - b) Puesto o cargo en la organización
2. ¿Podría comentarme sobre su experiencia en el trabajo con personas con discapacidad y especialmente con NNA?
3. ¿Cuál es su perspectiva respecto a la situación de los derechos de los NNA con discapacidad?
4. ¿Cuál es su perspectiva respecto a la normativa existente a favor de NNA con discapacidad y su aplicación?
5. ¿Cuál es su perspectiva respecto a la situación de la salud sexual y salud reproductiva de los NNA con discapacidad?
6. Desde su perspectiva ¿Qué es la sexualidad y en qué formas se manifiesta?



7. ¿Cómo ha sido su experiencia de trabajo en relación a la sexualidad de las personas con discapacidad y especialmente la sexualidad de las NNA?
8. ¿Cuál es su perspectiva respecto a la situación de la violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
9. ¿Cómo evaluaría el rol de las instancias estatales en la prevención y atención de la violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
10. ¿Cuáles cree que sean los factores que influyen en la vulnerabilidad de NNA con discapacidad para que sean víctimas de violencia sexual?
11. ¿Cómo influye el género en la presencia u ocurrencia de la violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
12. ¿Qué aspectos o prácticas culturales cree que influyen en que haya violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
13. ¿Conoce algún tipo de programa de prevención sobre violencia sexual en Bolivia?
14. ¿Cuál es el rol de las asociaciones de padres, madres y personas con discapacidad en la prevención de la violencia sexual?
15. En su experiencia ¿Cuáles cree que sean las mejores formas de prevenir la violencia sexual hacia NNA con discapacidad en el nivel individual, familiar y comunitario?
16. A partir de su experiencia ¿Cuáles cree que sean las lecciones aprendidas respecto al trabajo en sexualidad y violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
17. ¿Qué recomendaciones haría para mejorar el trabajo en torno al ámbito de la sexualidad y la prevención de la violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
18. ¿Algo más que quisiera decir?



Guía de entrevista a NNA con discapacidad

A. Características Generales

- Población objetivo: NNA con discapacidad.
- Duración: 90 minutos.
- Objetivo: Conocer la percepción de las personas entrevistadas respecto al fenómeno de la violencia sexual en NNA con discapacidad, factores predisponentes y formas de prevención.

B. Guía de Entrevista

- Saludo y presentación ante la persona entrevistada.
- Presentación de objetivos y metodología de la entrevista (Garantizar el uso de la información exclusivamente en el contexto del estudio y la libertad de expresión, no existen respuestas acertadas o equivocadas).
- Respuestas ante dudas y preguntas respecto al desarrollo de la entrevista.

C. Entrevista – Preguntas guía

1. Solicitar:
 - a) Nombre
 - b) Edad
2. ¿Cómo es un día habitual en tu vida?, ¿Qué cosas haces?
3. ¿Qué es para ti la sexualidad y en qué formas se manifiesta?
4. ¿Cómo dirías que las personas con discapacidad viven su sexualidad?
5. ¿Cómo vives tu propia sexualidad?
6. ¿Conoces o has escuchado de algún caso de violencia sexual hacia una NNA con discapacidad?, ¿Puedes contarme sobre ese caso?
7. ¿Cuáles crees que son los factores (individuales, sociales, familiares) que influyen para que una NNA con discapacidad sea víctima de violencia sexual?



8. ¿Cómo influye el hecho de ser niña, niño o adolescente, hombre o mujer con discapacidad para ser víctima de violencia sexual?
9. Donde vives ¿Existe alguna costumbre o tradición que crees influye en que haya violencia sexual contra una NNA con discapacidad?
10. ¿Cómo crees que se puede prevenir la violencia sexual sobre NNA con discapacidad?
11. ¿Qué medidas tomas tú o tu familia para prevenir la violencia sexual?
12. ¿Qué recomendaciones harías para mejorar el trabajo en sexualidad y violencia sexual en NNA con discapacidad?
13. ¿Algo más que quieras decir?



Guía de grupo focal con NNA con discapacidad

A. Características Generales

- Población objetivo: NNA con discapacidad.
- Duración: 90 minutos.
- Objetivo: Conocer la percepción de las personas de grupo respecto al fenómeno de la violencia sexual hacia NNA con discapacidad, factores predisponentes y formas de prevención.
- Características del grupo:
Posibilidad A: 6 NNA hombres y mujeres con discapacidad, de entre 13 y 15 años.
Posibilidad B: 6 NNA hombres y mujeres con discapacidad, de entre 16 y 18 años.

B. Guía de grupo focal

- Saludo y presentación ante el grupo.
- Presentación de objetivos y metodología del grupo (Garantizar el uso de la información exclusivamente en el contexto del estudio y la libertad de expresión, no existen respuestas acertadas o equivocadas).
- Respuestas ante dudas y preguntas respecto al desarrollo de la sesión.

C. Grupo focal – Preguntas guía

1. Solicitar que cada persona se presente:
 - a) Nombre
 - b) Edad
2. Podrían comentar ¿Cómo es un día habitual en sus vidas?, ¿Qué cosas hacen?
3. ¿Para ustedes qué es la sexualidad y cómo se manifiesta?
4. ¿Cómo dirían que las personas con discapacidad viven su sexualidad?
5. ¿Conocen o han escuchado de algún caso de violencia sexual hacia una NNA con discapacidad?, ¿Pueden hablar sobre ese caso?



6. ¿Qué cosas en la sociedad, la familia o de ustedes creen que influyen para que una NNA con discapacidad sea víctima de violencia sexual?
7. ¿Cómo influye el hecho de ser niña, niño o adolescente, hombre o mujer con discapacidad para ser víctima de violencia sexual?
8. ¿En este contexto (donde viven) existe alguna costumbre o tradición que creen influye en que haya violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
9. ¿Cómo creen que se puede prevenir la violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
10. ¿Qué recomendaciones harían para mejorar el trabajo en sexualidad y la prevención de la violencia sexual en NNA con discapacidad?
11. ¿Algo más que quieran decir?



Guía de grupo focal con madres y padres de NNA con discapacidad

A. Características Generales

- Población objetivo: Madres y padres de NNA con discapacidad.
- Duración: 90 minutos.
- Objetivo: Conocer la percepción de las personas de grupo respecto al fenómeno de la violencia sexual en NNA con discapacidad, factores predisponentes y formas de prevención.

B. Guía de grupo focal

- Saludo y presentación ante el grupo.
- Presentación de objetivos y metodología del grupo (Garantizar el uso de la información exclusivamente en el contexto del estudio y la libertad de expresión, no existen respuestas acertadas o equivocadas).
- Respuestas ante dudas y preguntas respecto al desarrollo de la sesión.




C. Grupo focal – Preguntas guía

1. Solicitar que cada persona se presente:
 - a) Nombre
 - b) Edad
 - c) Tipo de discapacidad que tiene su hijo o hija
2. ¿Cómo ha sido su experiencia en la crianza de su hijo o hija con discapacidad?
3. ¿Cómo ha sido su experiencia respecto al desarrollo sexual y a la sexualidad de su hijo o hija?
4. ¿Qué les hubiera ayudado a manejar de mejor manera el desarrollo sexual y sexualidad de sus hijos o hijas?
5. ¿Conocen o han escuchado de algún caso de violencia sexual sobre una NNA con discapacidad?, ¿Qué es lo que saben o han escuchado?
6. ¿Cuáles creen que son los factores que influyen para que NNA con discapacidad sean víctimas de violencia sexual?
7. ¿Qué factores de riesgo existen en el ámbito familiar?



8. ¿Qué factores de riesgo existen en el ámbito educativo?
9. ¿Qué factores de riesgo existen en el ámbito de salud?
10. Desde su punto de vista ¿Quiénes corren más riesgo de ser víctimas de violencia sexual: NNA, hombres o mujeres?
11. ¿Qué factores culturales de nuestra sociedad influyen para que ocurran casos de violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
12. ¿Qué medidas toman para que sus hijos o hijas no sean víctimas de violencia sexual en sus hogares?
13. ¿Han escuchado o conocen de otras medidas que las personas toman para proteger de la violencia sexual a sus hijos e hijas?
14. ¿Qué otras sugerencias tienen para prevenir la violencia sexual hacia NNA con discapacidad?
15. ¿Cuál es su opinión sobre las normas que existen a favor de las personas con discapacidad?, ¿Cómo ayudan a prevenir la violencia sexual?
16. ¿Qué recomendaciones harían respecto a la normativa y las acciones del Estado?
17. ¿Algo más que quieran decir?



-  www.fmachaqa.org
-  amawta@fmachaqa.org
-  [Fundación Machaqa Amawta](#)

