SALUD SIN DERECHOS

Estudio sobre la vulneración de derechos
de las mujeres y niñas con discapacidad física
y orgánica en el sistema sanitario.

Resumen ejecutivo

2026

El derecho a la salud no debería depender de superar barreras

¿Qué aporta esta investigación?

- ECOM impulsa esta investigación desde un enfoque participativo, situando en el centro las experiencias y conocimientos de las propias mujeres con discapacidad.
- El estudio ha sido cocreado por las propias mujeres, que identificaron la problemática, contribuyeron al diseño metodológico y participaron activamente en todas las fases del proceso de investigación.
- Esta metodología permite que los resultados respondan directamente a las necesidades, demandas y realidades vividas por las mujeres.

¿Qué evidencia la investigación?

- Los derechos a la salud, la accesibilidad y la no discriminación están reconocidos normativamente, pero no siempre se garantizan en la práctica.
- Persisten barreras físicas, comunicativas, informacionales y actitudinales en los servicios sanitarios. Estas barreras limitan la autonomía, la capacidad de decisión, la seguridad y el acceso a una atención sanitaria digna y de calidad para las mujeres con discapacidad.
- La investigación pone de manifiesto la necesidad de reforzar las políticas públicas, la accesibilidad universal y la formación de los y las profesionales sanitarias desde una perspectiva de género, discapacidad e interseccionalidad.
- Avanzar hacia un sistema sanitario verdaderamente inclusivo requiere pasar del reconocimiento formal de los derechos a su garantía efectiva en la atención cotidiana.

Una pregunta atraviesa todo el estudio:

¿Hasta qué punto el sistema sanitario se adapta a las mujeres con discapacidad física y orgánica?

¿Cómo hemos construido la investigación?

Metodología

Una encuesta cuantitativa y tres grupos focales permiten conocer la extensión de las vulneraciones de derechos y comprender cómo se producen y qué significado adquieren en la experiencia de las mujeres.

418

Respuesta iniciales

402

Casos incluidos en el análisis

3

Grupos focales temáticos

TRIANGULACIÓN DE DATOS

ENCUESTA

¿Qué ocurre y con qué frecuencia?

Cuantifica experiencias, barreras, vulneraciones e impactos. Permite comparar perfiles y estudiar la acumulación de situaciones.

GRUPOS FOCALES

¿Cómo y por qué se producen?

Profundizan en los relatos, los contextos y las prácticas que pueden generar o mantener las vulneraciones de derechos.

¿Cómo se seleccionaron las respuestas?

De las 418 respuestas recibidas se excluyeron 16 por no cumplir los criterios de inclusión: ocho por el tipo de discapacidad, cuatro de mujeres sin discapacidad y cuatro de hombres que respondían desde su experiencia personal. Se conservaron 402 casos para el análisis general. Muestra representativa del estudio con un nivel de confianza al 95% con un margen de error del 0,05

De las experiencias a los resultados

01

Describir las experiencias

Se calcularon frecuencias, porcentajes, intervalos de confianza y otras medidas estadísticas para dimensionar las barreras, las vulneraciones y sus consecuencias.

02

Comparar perfiles

Se examinaron diferencias entre grupos, considerando la significación estadística, el tamaño del efecto y el número de respuestas de cada perfil.

03

Estudiar la acumulación

Se construyeron índices y un modelo de regresión logística, con 375 casos válidos, para identificar factores asociados a una alta vulneración de derechos.

04

Interpretar los relatos

Los tres grupos focales se analizaron temáticamente. Después, sus resultados se contrastaron con la encuesta para encontrar coincidencias, matices y diferencias.

¿Cómo se ha definido la alta vulneración de derechos?

El estudio analiza diez situaciones distintas de vulneración de derechos durante la atención sanitaria. Las participantes que han vivido **cuatro o más de estas situaciones** se incluyen en el grupo de alta vulneración.

Este indicador cuenta los tipos de situaciones experimentadas, independientemente de cuántas veces hayan ocurrido o de su gravedad.

ALCANCE Y LIMITACIONES

Muestra no probabilística: el 76,4 % de las respuestas procede de Cataluña, el 90,5 % recoge la experiencia propia y el 9,2 % corresponde al entorno de cuidados. La muestra cuantitativa se refiere a mujeres adultas. No permite estimar prevalencias poblacionales ni establecer causalidad.

¿Qué hemos descubierto?

La falta de escucha es la vulneración más extendida

La falta de escucha condiciona algo esencial en la atención sanitaria: poder explicar los síntomas, aportar información sobre el propio cuerpo y participar en las decisiones clínicas. Para algunas mujeres con discapacidad, esta dificultad se agrava cuando la atención se fragmenta entre especialidades.

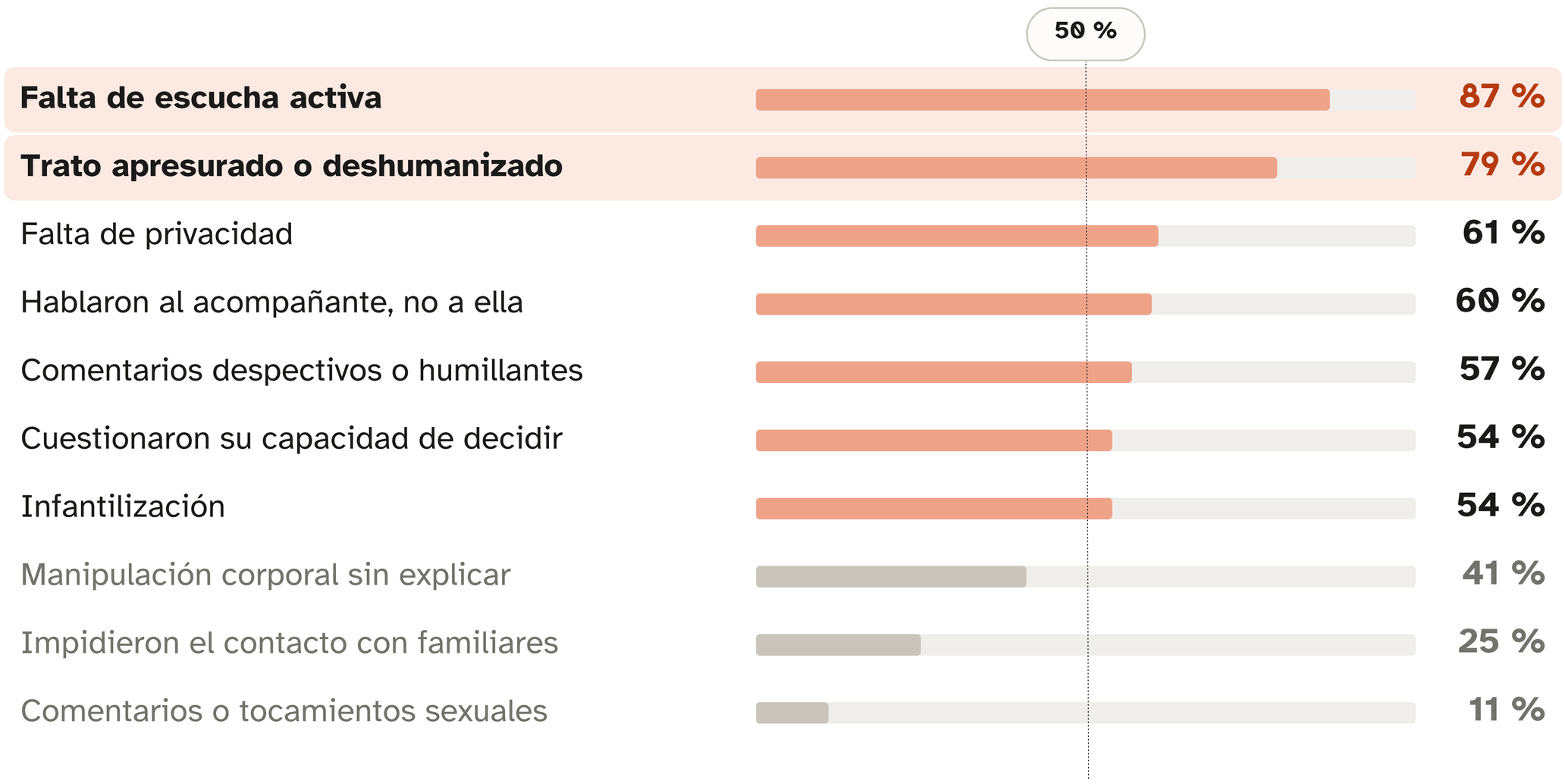
No ser escuchada es la norma, no la excepción

7 de las 10 situaciones de vulneración las ha vivido más de la mitad

87,4 %
No se ha sentido escuchada alguna vez

79,1 %
Ha recibido un trato apresurado o deshumanizado

7 de 10
Situaciones superan la línea del 50 %



La escucha requiere algo más que tiempo para hablar. El testimonio describe una atención en la que cada especialidad se ocupa de una parte del cuerpo sin integrar suficientemente los tratamientos, los antecedentes y las necesidades de la paciente. La falta de coordinación puede hacer que información relevante quede fuera de las decisiones.

> *Yo me siento en tensión, en riesgo y troceada. [...] Es como que aquí cada cual se ocupa solo de la parte que le toca. [...] Y que además se toman decisiones sin tener en cuenta que todo está metido entre el mismo cuerpo.*

Tener que defender la propia voz en una consulta

La desautorización de las mujeres con discapacidad también se produce en gestos cotidianos: tratarlas como a niñas, cuestionar sus palabras o dirigirse a sus acompañantes en lugar de hablar directamente con ellas. Estas prácticas, junto con los comentarios humillantes, cuestionan su capacidad para expresar sus necesidades y tomar decisiones sobre su propia salud.

54,1%
Infantilización

54,2%
Cuestionar su capacidad de decisión

56,9%
Trato despectivo o humillante

La credibilidad de la paciente, puesta en cuestión

Algunas mujeres explican que sus síntomas y sus decisiones dejan de discutirse en términos clínicos y pasan a cuestionarse como si ellas fueran exageradas, incapaces o poco fiables. Este cuestionamiento, descalificación e infantilización, lleva a las mujeres a defender su propia palabra, experiencias y dolor durante las consultas.

> *Me trató como una niña y, aparte, me hizo sentir culpable de todo lo que me había pasado, llamándome mentirosa [...] Y le dije, no se equivoque, no soy una niña, tengo cincuenta y [...] años y sé lo que me pasó.*

Tener acompañante no debería significar perder la voz

59,8% **señala que el personal sanitario se dirigió, al menos alguna vez, a quien las acompañaba en lugar de hablar directamente con ellas.**

> *«A mí me pasó en una consulta [...]. Iba con mi hija y a quien le explicaban las cosas era a mi hija. La doctora a mí ni me miraba. O sea, ni me miraba. Todo se lo explicó a mi hija».*

Los relatos muestran una tensión añadida: algunas mujeres prefieren acudir solas para evitar que se desplace su interlocución; otras necesitan o desean apoyo, incluso como protección frente a experiencias previas. Lo decisivo es que la paciente pueda elegir quién la acompaña y qué papel tiene esa persona.

Tener apoyo no debería implicar perder la interlocución, la privacidad ni el derecho a decidir sobre la propia salud.

La accesibilidad sigue siendo una asignatura pendiente del sistema sanitario

Más de 9 de cada 10 chocan con barreras

Las que más pesan son las de la organización del sistema, más que las físicas

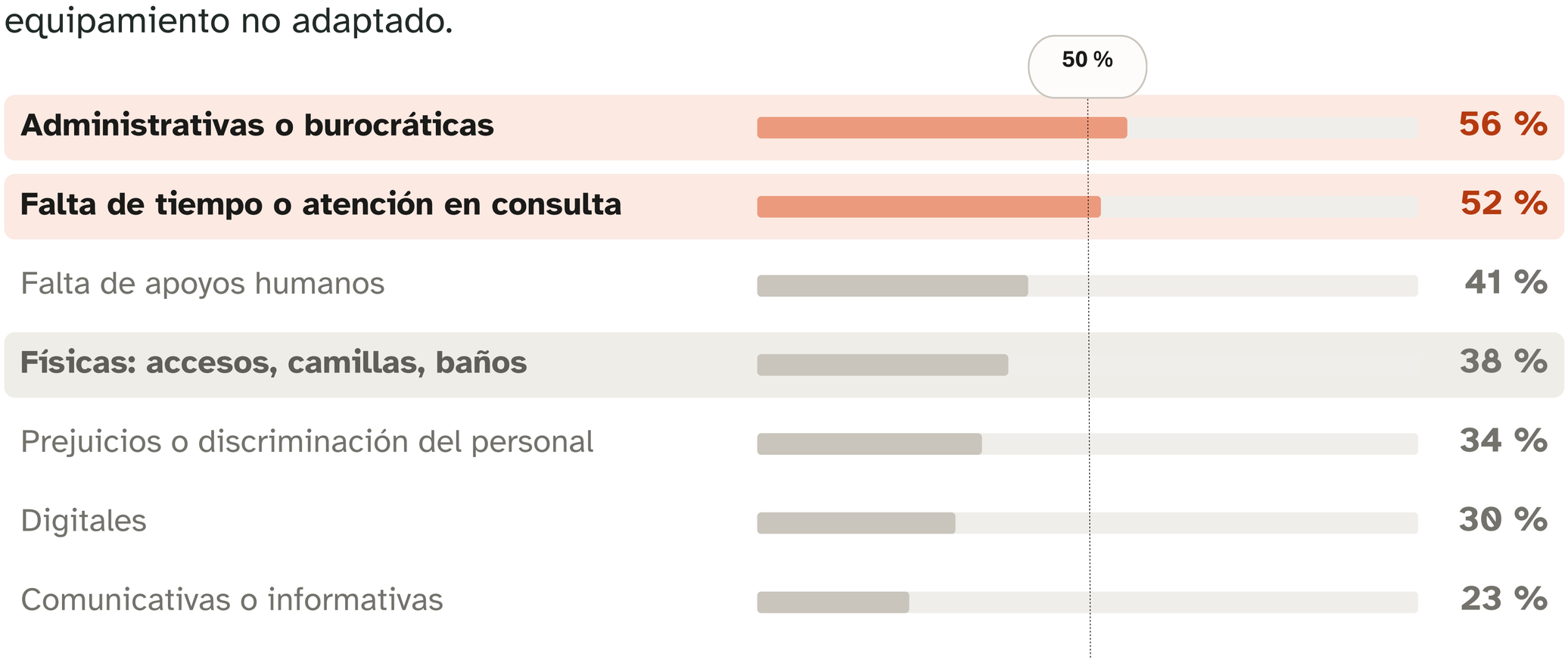
56 %
Barreras administrativas o burocráticas

52 %
Falta de tiempo o atención en consulta

38 %
Barreras físicas, por debajo de la mitad

LAS BARRERAS TAMBIÉN ESTÁN EN LA ORGANIZACIÓN

Las dificultades administrativas y la falta de tiempo en consulta encabezan los obstáculos declarados. La organización de los servicios puede limitar la autonomía tanto como un equipamiento no adaptado.



38,6% **ha dejado de acudir a alguna cita o prueba por las barreras encontradas**

Mantener la continuidad asistencial puede exigir buscar alternativas, reclamar adaptaciones o cambiar de profesional. Ese esfuerzo añadido recae sobre las mujeres y puede retrasar la prevención, el diagnóstico o el tratamiento.

Una sanidad que no siempre se adapta a todos los cuerpos

Muchos procedimientos sanitarios siguen pensados para personas que pueden ponerse de pie, subir a una camilla o adoptar determinadas posturas. Los testimonios muestran cómo esta falta de adaptación puede dificultar pruebas médicas, limitar la prevención y comprometer necesidades básicas de higiene.

01 · EQUIPAMIENTOS QUE EL PERSONAL NO SABE ADAPTAR

«Le tuve yo que enseñar a la sanitaria cómo funcionaba la máquina, porque me decía que me pusiera de pie. […] Entonces digo "mira, ¿ves eso que hay aquí? La máquina baja"».

02 · UNA PREVENCIÓN QUE NO LLEGA A TODAS

«Cada año les contesto, yo no me puedo hacer una mamografía porque los mamógrafos no están adaptados. Ya lo he probado alguna vez […] y bueno, fue un intento horrible».

03 · LA HIGIENE TAMBIÉN ES ACCESIBILIDAD

«Yo me he cambiado muchas veces de compresa en el suelo de lavabos públicos. […] Es que habría que tener camillas de los lavabos adaptados o si no camillas cambiadores para adultos».

La atención sanitaria también puede convertirse en una fuente de daño

1 de cada 2 vincula una lesión a una mala práctica

4 de las 5 causas dependen de decisiones del personal, no de falta de recursos

4 de 5
causas son de práctica profesional

56 %
remarca que las lesiones son por negligencias

20 %
menciona equipamientos no adaptados

CÓMO SE PRODUJO LA LESIÓN

Práctica profesional Recursos

Negligencia	**56 %**
Mala manipulación en pruebas	**38 %**
Sin explicación o consentimiento	**26 %**
Movilizaciones incorrectas	**23 %**
Equipamiento no adaptado	**20 %**

LA DISCAPACIDAD COMO CONSECUENCIA

Entre las 197 participantes afectadas, algunas atribuyen a ese episodio una discapacidad posterior:

24,9 % TEMPORAL

38,6 % PERMANENTE

Cuando recibir atención también significa tener que protegerse

01 · ANTICIPARSE PARA EVITAR UNA LESIÓN

La vigilancia de los movimientos y la prevención del daño recaen en la propia paciente. Sus indicaciones sobre cómo debe ser movilizada forman parte de una atención segura.

«Lesionarme no ha llegado a pasar, pero porque tú te anticipas. Tú sabes antes cuando te van a tocar, cuando te van a coger, y ya paras. Entonces indicas cómo te tienen que movilizar […]. Lo que sí hacen es ponerte en riesgo, mucho riesgo».

02 · CUANDO EL RIESGO LLEGA A MATERIALIZARSE

Durante un ingreso, la participante relata una movilización inadecuada y una herida posterior. La situación muestra la importancia de prever riesgos cuando la paciente no puede advertirlos.

«[…] como llevas muchos calmantes, no te enteras de nada y me movieron la pierna. Además, nadie vigiló que al no poder moverla mucho me empezó a salir una herida muy grave en la zona del tobillo».

03 · DECISIONES CLÍNICAS CON CONSECUENCIAS DURADERAS

Otra participante atribuye el deterioro de su salud a la falta de revisión de información clínica aportada. El relato refleja las consecuencias que percibe de una oportunidad de atención perdida.

«Si me hubieran atendido en el momento no hubiera llegado a perder [la rodilla]. Pero me dijeron […] que ellos no miraban informes de otros médicos […]. Al cabo de siete años me dice el mismo médico que tenía toda la razón».

Escuchar las indicaciones de la paciente también es una cuestión de seguridad clínica.

Llegar al hospital no siempre significa poder moverse

Cuando una consulta o una prueba dependen de un transporte accesible y puntual, el desplazamiento se convierte en una condición para poder recibir atención.

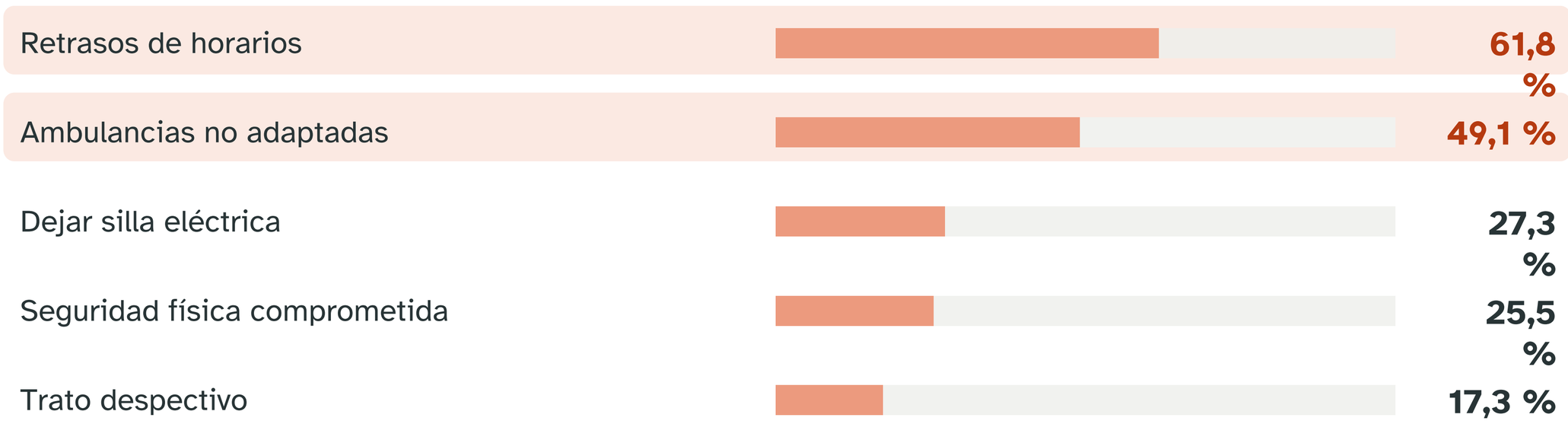
35,8%
No lo ha necesitado

36,8%
Lo ha utilizado sin dificultades

27,4%
Ha tenido problemas

42,6% **de quienes necesitaron transporte sanitario declaró dificultades**

PROBLEMAS ENTRE QUIENES TUVIERON DIFICULTADES



01 · Cuando una urgencia obliga a dejar atrás la silla

«Cuando tenemos una caída [...] y nos tienen que llevar al hospital en ambulancia porque nos han atropellado, la silla queda abandonada en la calle [...] Es que es muy grave.»

02 · La accesibilidad de ida no garantiza la de vuelta

«Y luego venir una ambulancia preparada para silla, pero a la vuelta no. [...] Nunca he ido a rehabilitación a la hora, nunca. Siempre venían tarde.»

03 · Cuando no hay alternativa accesible, el coste recae en la paciente

«Cuando te derivan a hacerte una prueba médica, y el transporte público no es accesible [...] te obligan a coger el vehículo privado [...] y si no encuentras plaza, te cobran el parking.»

La discapacidad no puede explicarlo todo

Cuando todo se explica por la discapacidad

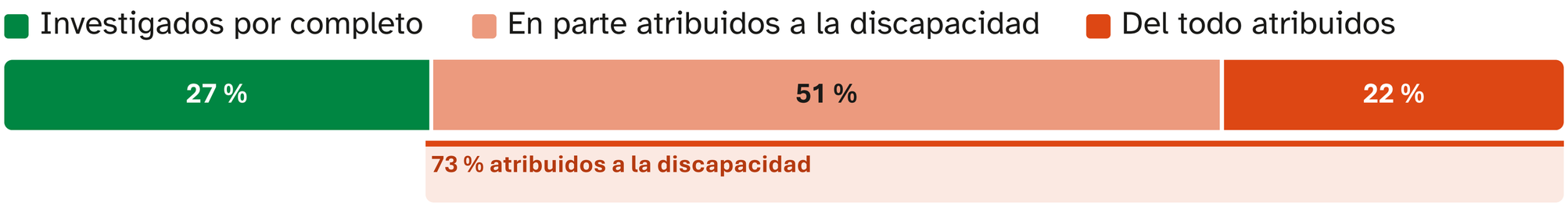
Más de 7 de cada 10 vieron sus síntomas nuevos achacados a ella, sin buscar otra causa

73 %
síntomas atribuidos a la discapacidad (51 % + 22 %)

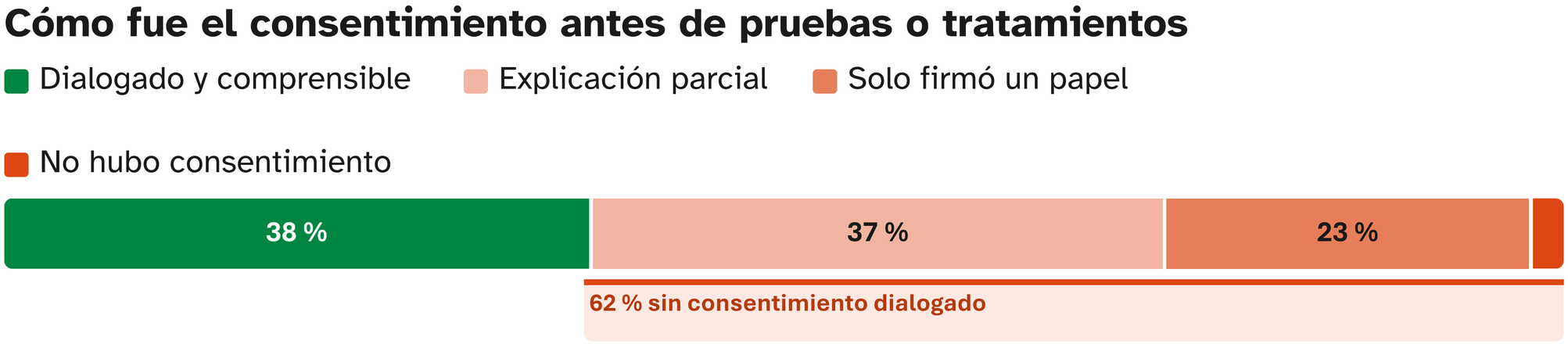
62 %
sin consentimiento dialogado (tramos rojos)

79 %
ha sentido presión alguna vez (tramos rojos)

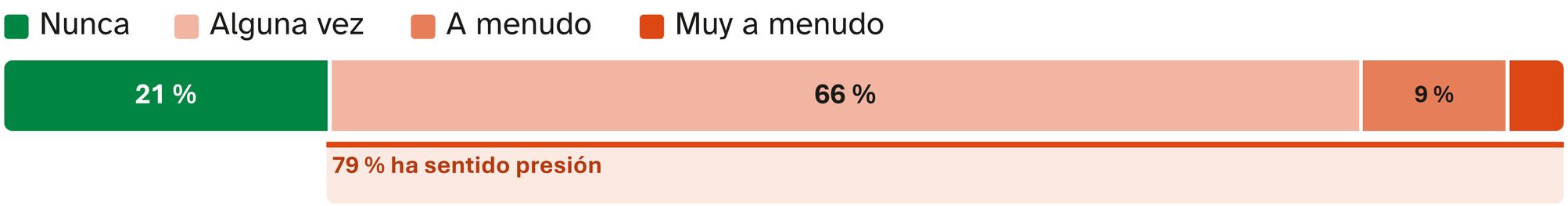
Qué pasó con los síntomas nuevos



Cómo fue el consentimiento antes de pruebas o tratamientos



Presión para aceptar decisiones sin alternativas



«Todo a lo mismo. […] O como tienes fibromialgia, pues es normal que te duela o tienes artrosis. […] Y ya está, ahí lo dejan».

La discapacidad y los diagnósticos previos son información relevante para la atención clínica, pero no pueden convertirse en una explicación automática de los síntomas nuevos ni limitar la información y la capacidad de decisión de la paciente.

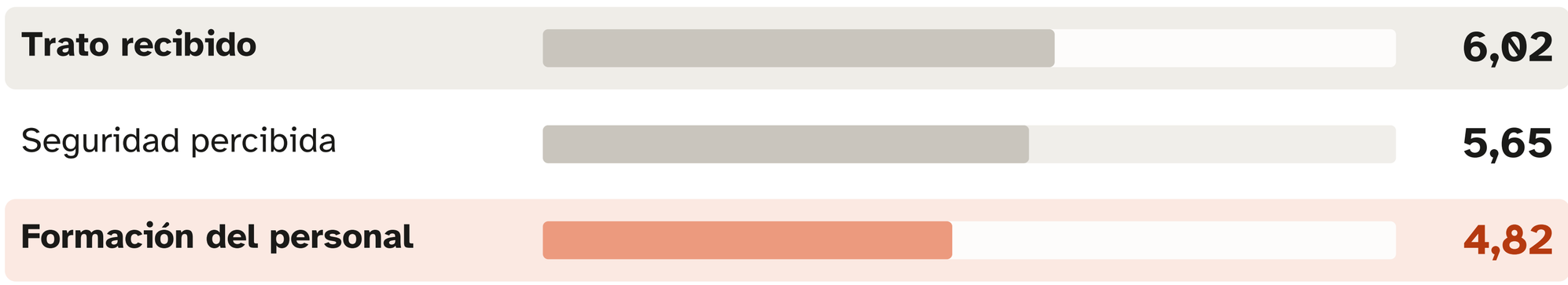
La preparación del personal recibe la valoración más baja

Le ponen una nota justa, y la formación del personal es lo peor valorado

6,02
de nota al trato recibido

4,82
de nota a la formación del personal

¿CÓMO VALORAN LA ATENCIÓN SANITARIA? Valoración, sobre 10



LA DIFERENCIA IMPORTA

El trato obtiene una puntuación 1,20 puntos superior a la formación. Esta diferencia sugiere que una atención percibida como correcta en el trato puede no responder adecuadamente a las necesidades específicas de las pacientes.

64,4% *de las participantes puntúa la formación del personal en discapacidad y género con un 5 o menos.*

«Ellas tienen como resistencia a seguir tus indicaciones porque no están acostumbradas [...]. Al final la enfermera me dijo: "bueno, [nombre], déjate hacer"».

Escuchar a las pacientes y tener en cuenta sus indicaciones sobre síntomas, movilidad y necesidades de apoyo forma parte de una atención más segura y respetuosa con su autonomía.

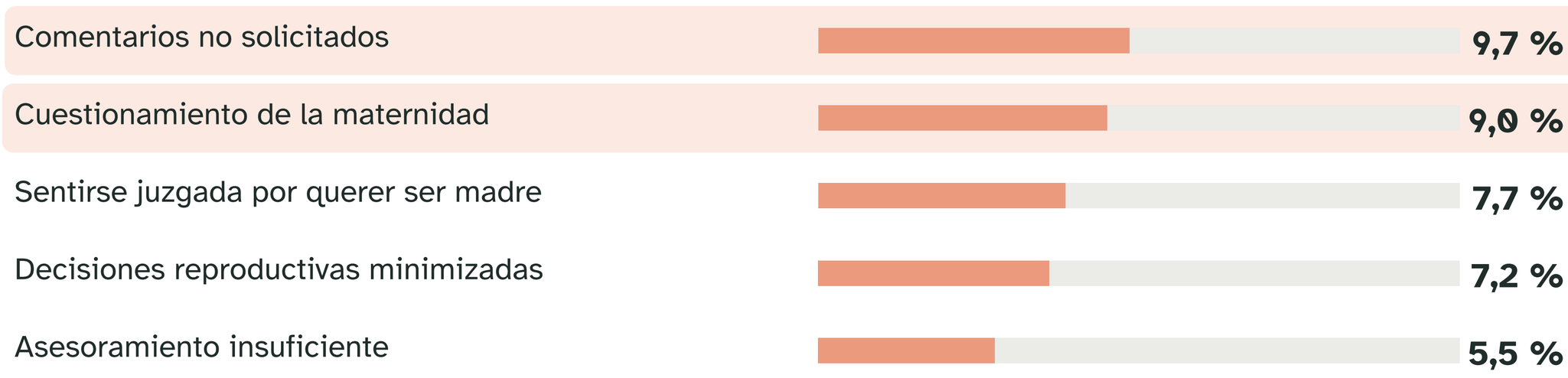
El derecho a decidir sobre la sexualidad y la maternidad también se cuestiona

Las barreras en la atención ginecológica se combinan con prejuicios sobre la sexualidad y la maternidad. Los relatos muestran cómo la falta de adaptación de las pruebas y el cuestionamiento de las decisiones pueden limitar el ejercicio de la autonomía.

20,6 % **declara alguna de las situaciones reproductivas analizadas**

27,8 % **declara violencia obstétrica (47 de 169 casos aplicables)**

SITUACIONES RELACIONADAS CON LA MATERNIDAD Y LAS DECISIONES REPRODUCTIVAS



01 · Exploraciones que no se adaptan

En las consultas ginecológicas, las camillas y posturas exigidas pueden dificultar la exploración o causar dolor.

«Me dijeron que me quitara la prótesis y que ellas me sujetaban la pierna... pero oiga, que mi pierna que no es de plástico [...] me duele».

02 · Una sexualidad que se presupone inexistente

Algunas mujeres explican que no reciben asesoramiento porque se da por hecho que no mantienen relaciones sexuales.

«Parten de la base de que no tienes relaciones. No hacen falta métodos anticonceptivos».

03 · La maternidad sometida a juicio

El deseo de ser madre puede cuestionarse por la discapacidad; también aparecen resistencias cuando deciden no tener más hijos.

«¿Y cómo te atreves a tener un segundo hijo tal como estás? [...] ¿Ya tienes alguien que te ayude?».

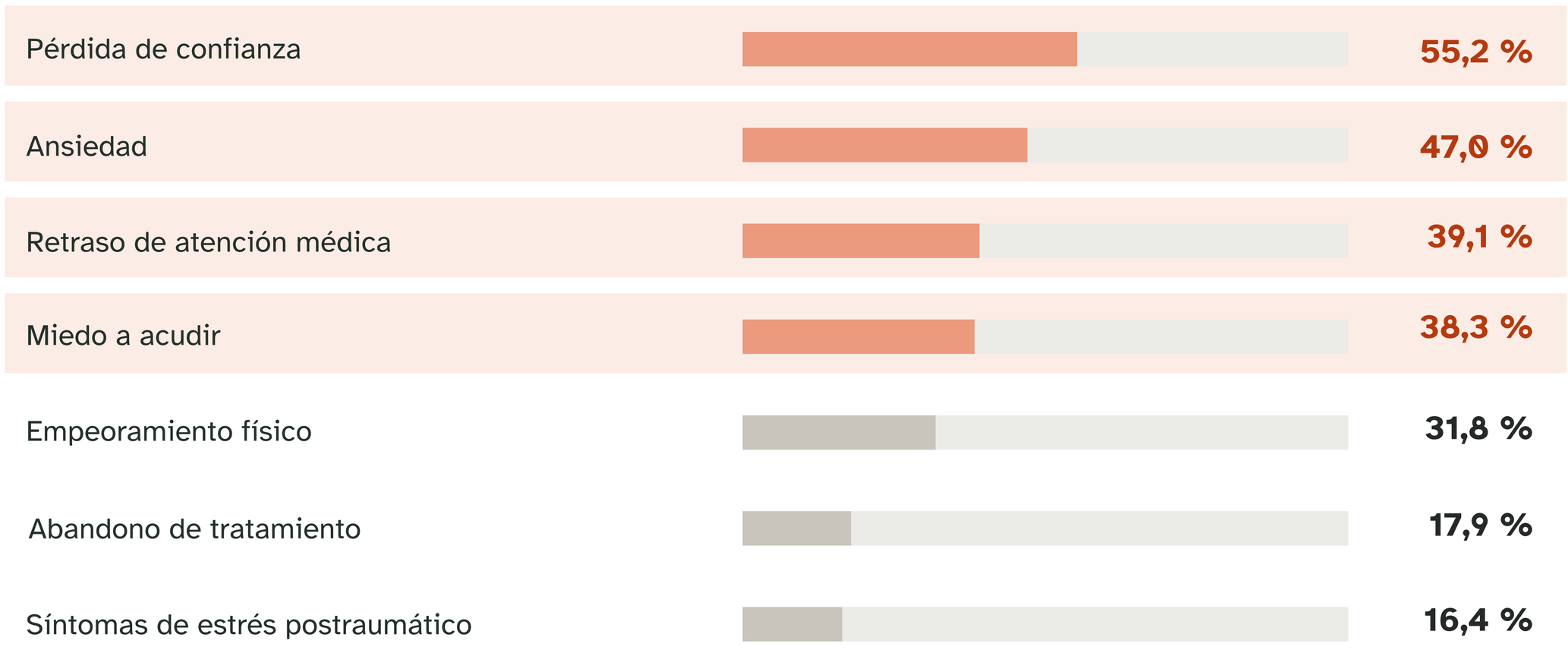
Las consecuencias de una mala experiencia no terminan en la consulta

Las vulneraciones declaradas pueden modificar la manera en que las mujeres se relacionan con el sistema sanitario.

83,1% declara que estas experiencias tuvieron consecuencias en su vida

CONSECUENCIAS DECLARADAS DESPUÉS DE LA ATENCIÓN

Los cuatro impactos más frecuentes se destacan en naranja.



La pérdida de confianza y la ansiedad son las consecuencias más habituales. Además, el retraso de consultas y el abandono de tratamientos muestran que el impacto de estas experiencias puede afectar a la continuidad de la atención.

«A veces ya tengo tanta desconfianza que no quiero ni ir»

«Yo algunas las he retrasado y le he dado muchas vueltas, porque se te hace muy cuesta arriba»

LOS IMPACTOS SE ACUMULAN EN DETERMINADOS PERFILES

3,15 **Impactos medios**

entre quienes tienen dos o más discapacidades (frente a 2,16 entre quienes presentan una sola)

4,12 **Impactos medios**

entre quienes tienen discapacidad psicosocial asociada (frente a 2,27 entre quienes no la presentan)

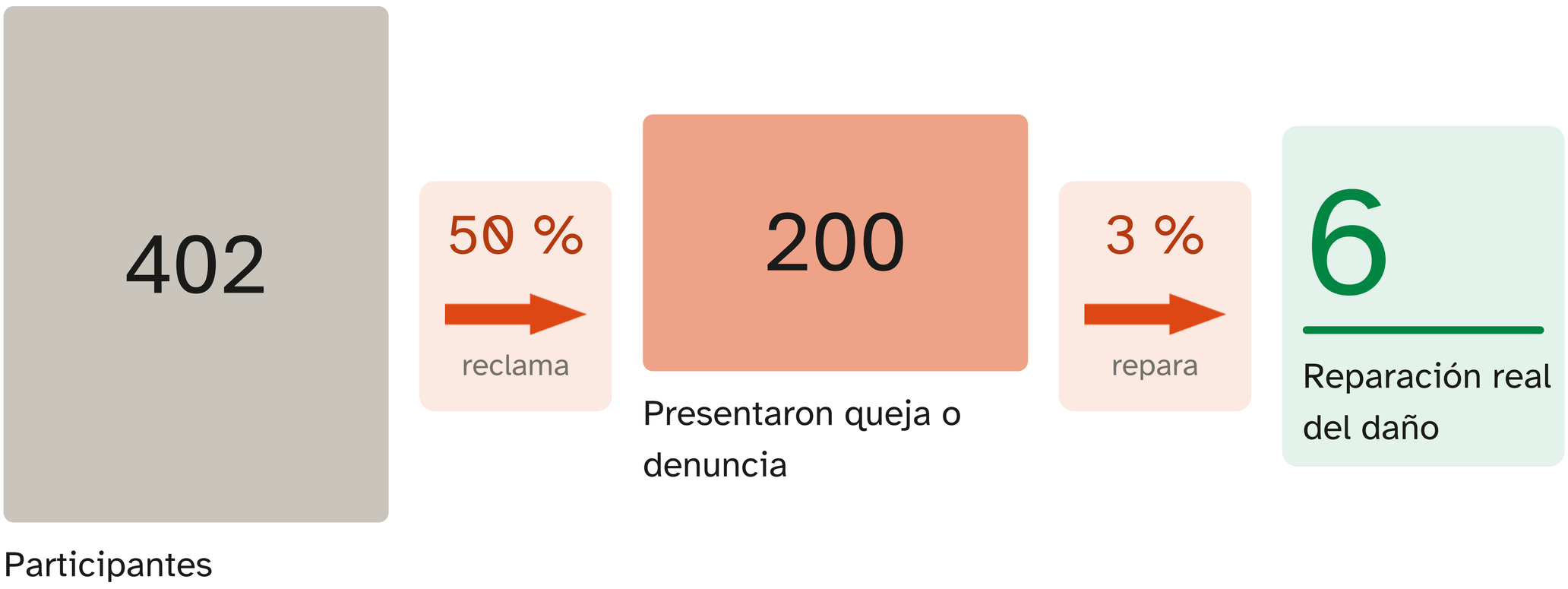
Reclamar casi nunca repara

Solo 6 de las 200 mujeres que reclamaron lograron una reparación real

50%
presenta una queja o denuncia

3%
de quienes reclaman logra una reparación real

6
mujeres reparadas de 402 participantes



QUÉ RESPUESTAS RECIBIERON TRAS RECLAMAR

68,0%
Sin respuesta o respuesta burocrática

38,5%
Reconocimiento limitado

15,0%
Respuesta perjudicial

13,5%
Medidas concretas o alguna respuesta reparadora

POR QUÉ MUCHAS MUJERES NO RECLAMAN

62,2 % Cansancio emocional

44,8 % Desconfianza

Después siguen la falta de información (23,3 %) y el miedo a represalias (22,1 %).

«Muchas veces [...] no denunciamos porque estamos tan cansadas. [...] Te faltan fuerzas»

«No la puse porque pensé: ¿para qué? ¿Para qué?»

El cansancio y la desconfianza ayudan a entender por qué muchas mujeres no reclaman, especialmente cuando deben continuar utilizando los mismos servicios.

No son experiencias aisladas: las vulneraciones se acumulan

Las vulneraciones en la atención sanitaria no siempre se producen de forma aislada. Una misma mujer puede experimentar distintas situaciones de trato inadecuado a lo largo de su trayectoria asistencial. Los resultados muestran hasta qué punto estas experiencias se acumulan: el 71 % de las participantes ha vivido cuatro o más de las diez situaciones analizadas.

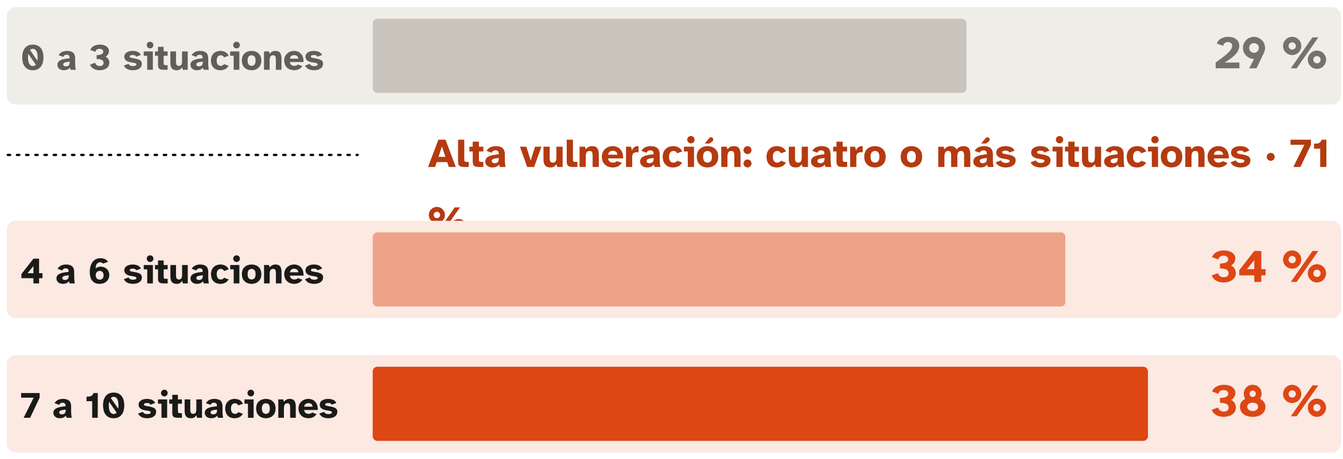
Más de 7 de cada 10 acumulan 4 o más vulneraciones

Quien vive una situación suele vivir otras: las vulneraciones se encadenan

71 %
vive cuatro o más situaciones distintas

38 %
llega a siete o más de las diez

29 %
vive entre cero y tres



La acumulación permite relacionar los resultados presentados: una misma mujer puede haber experimentado falta de escucha, ausencia de privacidad o cuestionamiento de sus decisiones en distintos momentos.

Las vulneraciones se acumulan durante la atención sanitaria

El estudio analiza cómo coexisten diez situaciones de vulneración y qué experiencias mantienen una asociación con su acumulación.

71,2 % **ha vivido cuatro o más de las diez situaciones de vulneración analizadas.**

Alta vulneración = 4 o más tipos de situaciones (N = 375). No mide su frecuencia ni gravedad.

Lo que más pesa ocurre dentro del sistema

Vulnerar su autonomía multiplica por 4 las probabilidades de alta vulneración

Cuántas veces aumentan las probabilidades de alta vulneración

×1 = no cambia nada

Se vulnera su autonomía y su consentimiento **×4,34**

Se siente discriminada por ser mujer con discapacidad **×3,57**

Ha dejado de ir a citas o pruebas por las barreras **×2,52**

Ha sufrido una lesión por mala práctica **×2,29**

Por cada barrera más que encuentra **×1,66**

LA CLAVE ES LA RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO

Las asociaciones más intensas corresponden a la autonomía y el consentimiento, seguidos de la discriminación percibida. El análisis no demuestra causalidad ni establece qué experiencias ocurrieron primero.

Las barreras no afectan a todas las mujeres por igual

Un mayor grado de discapacidad se asocia con más barreras

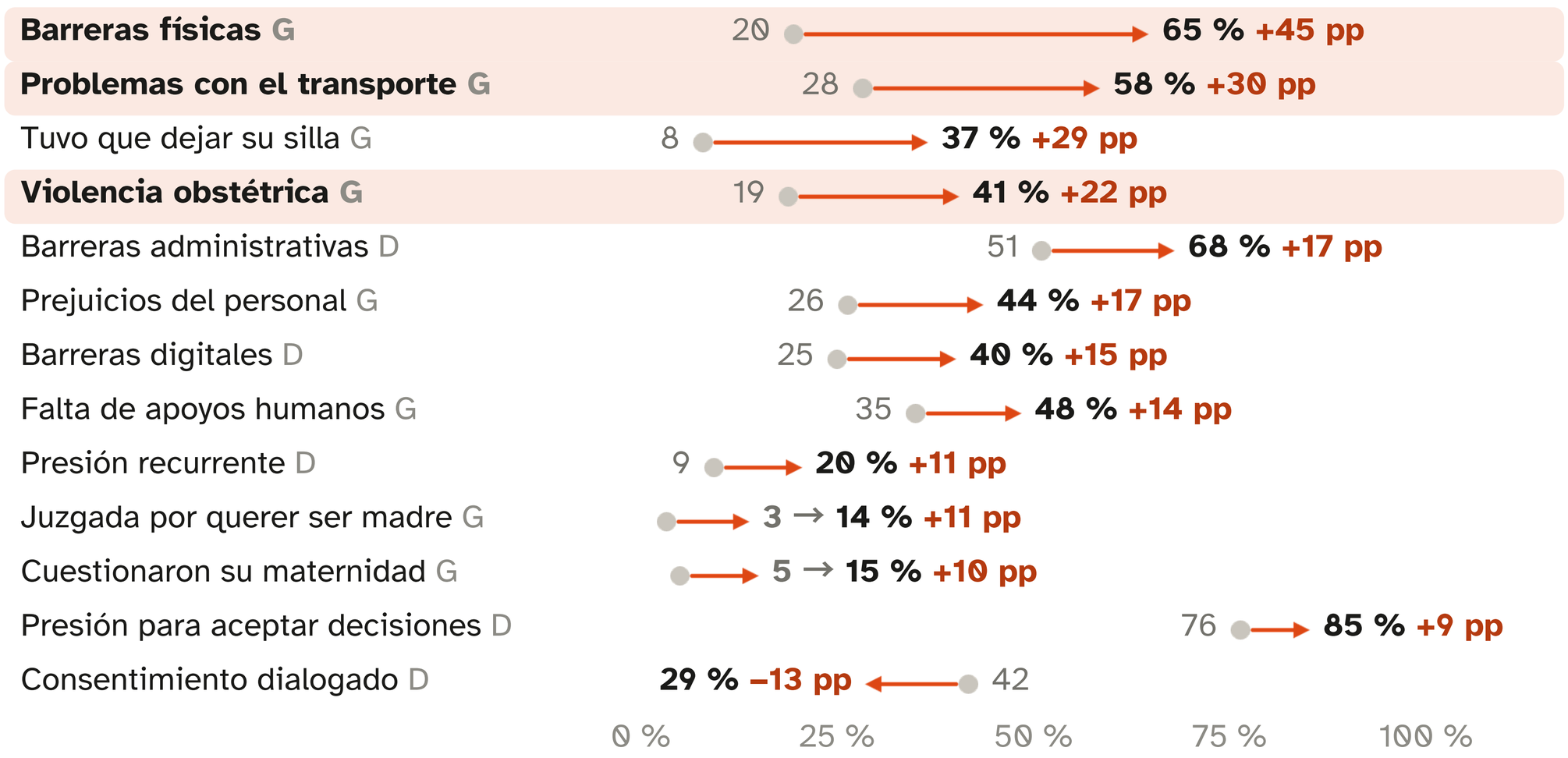
Las barreras físicas pasan del 20 % al 65 % con un grado del 65 % o más

+45 pp
barreras físicas

+30 pp
problemas con el transporte sanitario

+ 22 pp
violencia obsétrica

De gris (grupo de referencia) a rojo (más afectado). G: grado 65 % o más frente a hasta 64 %. D: dos o más discapacidades frente a una.



¿QUÉ NOS DICEN ESTAS DIFERENCIAS?

Las mujeres con un grado reconocido de discapacidad del 65 % o superior encuentran más barreras físicas y dificultades con el transporte sanitario. Por su parte, quienes presentan dos o más discapacidades declaran más obstáculos administrativos y mayores dificultades para participar en las decisiones clínicas.
Estas diferencias muestran que las desigualdades afectan tanto a la accesibilidad de los servicios como al reconocimiento de la autonomía de las pacientes.

Conclusiones

El derecho a la salud sigue encontrando barreras

Los resultados de Salud sin derechos muestran que las vulneraciones experimentadas por las mujeres con discapacidad física, orgánica y múltiple no son episodios aislados.

Las barreras aparecen en distintos momentos del recorrido asistencial, pueden acumularse y condicionan tanto el acceso a los servicios como la calidad de la atención y el ejercicio efectivo de los derechos.

01 UNA ACCESIBILIDAD QUE ACOMPAÑE TODO EL PROCESO

La accesibilidad sigue entendiéndose con demasiada frecuencia como una cuestión de espacios y equipamientos. Sin embargo, las dificultades también aparecen al solicitar una cita, realizar una prueba, comunicarse con el personal o recibir los apoyos necesarios. Los procedimientos continúan respondiendo a un modelo de paciente estándar, y son las propias mujeres quienes deben explicar sus necesidades y buscar alternativas para poder recibir atención.

02 LA AUTONOMÍA COMO CONDICIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL

La falta de escucha, la atribución automática de síntomas a la discapacidad y las limitaciones del consentimiento informado muestran que el conocimiento de las pacientes no siempre recibe suficiente reconocimiento. Sus indicaciones sobre el propio cuerpo pueden ser esenciales para interpretar síntomas, adaptar procedimientos y prevenir lesiones. Garantizar su autonomía exige una relación clínica en la que puedan comprender, preguntar y participar efectivamente en las decisiones sobre su salud.

03 CONSECUENCIAS QUE SE PROLONGAN DESPUÉS DE LA CONSULTA

Las experiencias negativas pueden deteriorar la confianza en el sistema sanitario, generar ansiedad y miedo o llevar a retrasar consultas y abandonar tratamientos. Cuando las mujeres deciden reclamar, las dificultades para obtener una respuesta adecuada pueden añadir nuevas situaciones de desgaste. La falta de reparación puede prolongar el impacto de las vulneraciones y reforzar la desconfianza hacia los servicios sanitarios.

La atención no puede seguir dependiendo de la capacidad de adaptación de las mujeres

LA RESPONSABILIDAD CORRESPONDE AL SISTEMA SANITARIO

Los testimonios muestran el esfuerzo que asumen las mujeres para explicar cómo deben ser movilizadas, localizar servicios accesibles, solicitar información suficiente o recurrir a acompañantes para protegerse. Estas estrategias revelan capacidad de adaptación, pero también una transferencia de responsabilidades que deberían asumir las instituciones y los servicios.

LA FORMACIÓN ES IMPRESCINDIBLE PARA TRANSFORMAR LA ATENCIÓN

La formación de los equipos sanitarios debe ser una prioridad institucional. Es necesario incorporar de manera continuada los derechos de las mujeres con discapacidad, la accesibilidad, la perspectiva de género y la prevención de las prácticas capacitistas en la formación inicial y continua del personal sanitario. Esta formación debe traducirse en cambios concretos en la comunicación, el trato, la toma de decisiones y la atención cotidiana, con mecanismos que permitan evaluar su aplicación.

LA PARTICIPACIÓN DEBE PERMITIR INCIDIR EN LAS DECISIONES

Las mujeres con discapacidad deben participar en el diseño, seguimiento y evaluación de los servicios sanitarios. Sus experiencias permiten identificar barreras que no siempre quedan reflejadas en los procedimientos institucionales y comprobar si las medidas adoptadas producen cambios efectivos.

ECOM RECLAMA UN CAMBIO DE PARADIGMA EN EL SISTEMA SANITARIO

Los resultados del estudio evidencian la necesidad de transformar las prácticas profesionales y las condiciones organizativas que perpetúan las vulneraciones de derechos. ECOM reclama un modelo de atención que asuma la accesibilidad como una responsabilidad institucional, elimine las prácticas capacitistas y garantice que las mujeres con discapacidad puedan ejercer su autonomía y participar en las decisiones sobre su salud en igualdad de condiciones.

El derecho a la salud no puede depender de la insistencia de cada mujer, de los apoyos de los que disponga ni de la buena voluntad de un profesional concreto. Garantizarlo exige transformar las condiciones que siguen haciendo posible su vulneración.