



El Gato
y La Caja



Derechos sexuales y reproductivos para personas con discapacidad: un panorama regional

01/

Introducción

Este análisis está basado en la revisión legislativa de 13 países de Latinoamérica: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú y Uruguay. Tiene por objetivo examinar el panorama normativo y los retos que persisten en asegurar la igualdad de acceso a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de Personas con Discapacidad (PcD). Para eso, se enfoca en identificar el ajuste y las brechas existentes entre los estándares comprometidos para la garantía de los derechos de las PcD en el acceso a la SSR y en particular en el acceso al aborto.

Evolución de la perspectiva de discapacidad

Históricamente, la autonomía y capacidad jurídica de las personas con discapacidad han sido cuestionadas o ignoradas debido a la persistencia de barreras que a veces fueron físicas (como la falta de adaptaciones edilicias), a veces actitudinales y, otras veces, comunicacionales. Los estereotipos siempre tuvieron peso en la sociedad, y a la hora de tratar a esas personas o comunicarse con ellas, al personal de salud le han faltado herramientas. Pero el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad no fue estático. Como todo, fue modificándose.

A partir de la década de 1990, los derechos sexuales y reproductivos comenzaron a reconocerse para toda la población como derechos humanos universales. Sin embargo, su integración con las necesidades específicas de las personas con discapacidad tomó fuerza recién a principios del siglo XXI. Como suele

ocurrir, esta integración se pensó primero para un sujeto ideal, con ciertas condiciones y aptitudes, que marginaban la experiencia de un grupo de muchas personas.

El modelo que prevalecía era el médico-rehabilitador, que comprende a la discapacidad como un impedimento o deficiencia que condiciona y restringe la experiencia vital de la persona con discapacidad. En este modelo, la discapacidad es atribuida al individuo y es vista como una variación negativa de la norma biológica. Se basa en la idea de que los problemas y dificultades que sufren las personas con discapacidad están directamente relacionados con su impedimento físico, sensorial o intelectual.

Durante las décadas de 1960 y 1970 en el mundo comenzó a gestarse un movimiento de personas con discapacidad que luchaban por la ampliación de sus derechos. En el siglo XXI, se adoptó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CPDP), la cual generó un cambio radical de paradigma al adoptar el modelo social de la discapacidad. En 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el texto de la Convención y, con ese visto bueno, se abrió a la firma a los Estados que la conforman. Pero no pudo entrar en vigor –es decir, volverse obligatoria para los que la firmaron– hasta que fue ratificada por al menos 20 países. Ello ocurrió en 2008, cuando la CPDP fue ratificada por 29 países. Asimismo, la Convención se aprobó junto con el Protocolo Facultativo que permite a las personas con discapacidad a demandar a sus Estados para reclamar por el incumplimiento de sus derechos. A este Protocolo solo 18 países se suscribieron en aquel momento.

El modelo social de la discapacidad se aleja de la explicación basada en la “deficiencia individual” y se enfoca en las “deficiencias” de la sociedad para incluir y adaptarse a la diversidad funcional de las personas. Comprende a la discapacidad no como una deficiencia del cuerpo, sino como una deficiencia social: es la sociedad la que no está preparada para interactuar con la diversidad humana. De este modo, se comprende que existen barreras discapacitantes que impiden que todas las personas se desarrollen en igualdad de condiciones.

Según la Convención, las personas con discapacidad son “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. En otras palabras, apunta a reconocer y fortalecer la autonomía de las PcD para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades (Palacios, 2008).

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) fue creada bajo la órbita del Sistema Universal de Derechos Humanos y se trata del primer tratado internacional que explicita el derecho a la autonomía, la capacidad legal y el derecho a decidir sobre la propia vida de las personas con discapacidad. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, el Comité) es el órgano encargado de supervisar su aplicación.

Desde su creación, el Comité realizó observaciones específicas sobre la implementación de la Convención en relación a la protección de los derechos de SSR en varios países de Latinoamérica. También expresó su preocupación por la falta de adecuación de la normativa interna de los países a los estándares de la Convención y el uso del lenguaje peyorativo de las leyes, incluyendo la jurisprudencia, al referirse a las

personas con discapacidad. Además, recomendó a los Estados adoptar todas las medidas necesarias para revertir dicha situación.

02/

Marcos normativos y derechos humanos

La ratificación de una convención es lo que la hace obligatoria para los países. Una vez ratificada, la convención se integra en el ordenamiento jurídico nacional, con la jerarquía y según el procedimiento que el modelo regulatorio vigente le haya asignado a este tipo de instrumentos.

Entre 2007 y 2009 todos los países de la región que integran este informe ratificaron la Convención, otorgándole un nivel de compromiso relevante en su ordenamiento interno. En 11 de los 13 países, la CDPD tiene mayor jerarquía que una ley; en 5 de ellos tiene jerarquía constitucional, es decir, la máxima jerarquía normativa. Ello supone que los compromisos asumidos en ese instrumento prevalecen frente a otras disposiciones del ordenamiento jurídico local que, además, debe armonizarse con los mandatos de la Convención. Por su parte, seis países le reconocen estatus supralegal a la CDPD, es decir, que tiene una jerarquía superior a las leyes ordinarias pero inferior a la Constitución Nacional. Finalmente, dos países le otorgan un estatus legal ordinario.

Adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

| Legal | Supralegal | Constitucional |
|---------|-------------|----------------|
| Ecuador | El Salvador | Perú |
| Uruguay | Honduras | Argentina |
| | México | Chile |
| | Paraguay | Botivia |
| | Guatemala | Brasil |
| | Colombia | |

Capacidad jurídica

Todos los países de este análisis regulan la capacidad jurídica –que es la aptitud legal para ser sujeto de derechos y obligaciones de forma personal– en el código civil. Sin embargo, solo algunos países (Brasil, Colombia, El Salvador y Perú) tienen disposiciones sobre la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en sus leyes marco de discapacidad.

Todos los países analizados regulan la capacidad jurídica en el Código Civil. Algunos, además, tienen disposiciones sobre la capacidad jurídica de las PcD en sus leyes marco de discapacidad, como es el caso de Brasil, Colombia, El Salvador, y Perú. En relación con los regímenes de protección del derecho a la capacidad jurídica de las PcD y su adecuación a los mandatos de la CDPD, existe una variación importante. Sin embargo, solo dos países tienen normas que reconocen de forma adecuada la capacidad jurídica: Argentina y Colombia. Por su parte, siete países tienen una importante inconsistencia normativa, producto de la convivencia de reglas que responden al modelo médico-rehabilitador con algunas leyes más recientes que siguen el modelo social de la discapacidad. Estos son Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Perú y Uruguay. Por último, cuatro países más persisten con el modelo médico rehabilitador y no han realizado una armonización normativa: Bolivia, Honduras, Guatemala y Paraguay. Aunque puedan existir avances en materia de capacidad legal, esto no implica necesariamente que el Estado haya transformado por completo sus prácticas ni que haya realizado una transición integral al modelo social. Al igual que el hecho de que se mantengan con disposiciones propias del modelo médico, tampoco implica que no hayan avanzado en otras normativas relativas a la discapacidad. Es importante destacar que el análisis se centra exclusivamente en la capacidad legal y no en una armonización normativa de las demás aristas analizadas.

Regulación de la capacidad jurídica por país

| | Código civil | Disposiciones para PcD |
|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Argentina | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bolivia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brasil | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Chile | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colombia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ecuador | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El Salvador | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Guatemala | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Honduras | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| México | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paraguay | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perú | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Uruguay | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Modelos por país

Modelos adoptados por país

| Médico-Rehabilitador | Ambos modelos | Social |
|----------------------|---------------|-----------|
| Bolivia | Chile | Argentina |
| Honduras | México | Colombia |
| Paraguay | Uruguay | |

Guatemala

Brasil

Perú

Ecuador

El Salvador

La región queda dividida en 3 grandes grupos: los países que adoptaron el modelo social de la discapacidad, los países en los que conviven ambos modelos y aquellos que aún tienen el modelo médico-rehabilitador.

La Convención determina la adopción del modelo social de la discapacidad, sin embargo solo dos de los países analizados lo incorporaron: Argentina y Colombia. En 7 de los 13 países analizados (Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Perú y Uruguay) convive el modelo social con el médico-rehabilitador, y eso es un problema porque genera una inconsistencia importante entre la normativa antigua y las leyes más recientes. Los 4 países restantes se atañen a un solo modelo, el médico-rehabilitador, y aún no realizaron una armonización normativa; estos son: Bolivia, Honduras, Guatemala y Paraguay.

Las consideraciones particulares de las normas de cada país muestran que existe una importante variación y, en muchos casos, una tensión que origina una inseguridad jurídica.

2 países

Modelo social de la discapacidad

ARGENTINA

En Argentina, el [Código Civil y Comercial \(Ley 26.994 de 2015\)](#) establece la presunción de capacidad plena para todas las personas, incluso aquellas que se encuentran internadas. Las limitaciones a esta capacidad son excepcionales y solo se aplican cuando están orientadas al beneficio de la persona. Este marco legal abarca el acceso a la SSR y se fortaleció con normativas específicas como la [Ley 27.610, de 2020](#), que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE), y la reforma de 2021 de la [Ley 26.130](#) sobre anticoncepción quirúrgica.

COLOMBIA

En Colombia, existe la [Ley 1.996, de 2019](#), en la que se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. Además, la [Resolución 1.904, de 2017](#) regula la toma de decisiones en salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad. Esta normativa garantiza que este sector de la población tenga capacidad jurídica en igualdad de condiciones que el resto.

Países en los que conviven ambos modelos:

BRASIL

En Brasil, la [Ley de discapacidad \(Ley 13.146, de 2015\)](#) establece que las personas con discapacidad tienen plena capacidad civil, incluyendo derechos fundamentales como contraer matrimonio, ejercer derechos sexuales y reproductivos, decidir sobre la cantidad de hijos, y participar en decisiones relacionadas con la familia y la adopción en igualdad de condiciones. Sin embargo, existe una falta de armonización en las normas específicas sobre el acceso a la SSR, que suelen requerir la intervención de representantes legales, limitando la autonomía de las personas con discapacidad en la práctica.

CHILE

En Chile, el [Código Civil \(DFL 1 de 2000\)](#) regula la capacidad legal con un enfoque tutelar: si bien reconoce que toda persona es legalmente capaz, establece excepciones que incluyen a las personas con discapacidad sin considerar la posibilidad de apoyos o ajustes. Se menciona que son absolutamente incapaces los "dementes", "los impúberes" y "las personas sordas o sordomudas que no pueden comunicarse claramente", invalidando sus actos jurídicos.

ECUADOR

En Ecuador, el [Código Civil \(Ley 46 de 2005\)](#) reconoce la capacidad legal de todas las personas, pero califica como incapaces a los "dementes", "los impúberes" y las personas sordas que no pueden comunicarse de manera verbal, escrita o mediante lengua de señas. Además, la [Ley Orgánica de 2022](#) incluye algunas consideraciones para las personas con discapacidad que reflejan el modelo médico rehabilitador. Por ejemplo, el art. 22 inc. 4 dispone que "las personas con discapacidad deberán prestar su consentimiento informado por medio de su representante legal. En caso de que exista conflicto de interés con su representante legal por ser el representante o cuidador de la persona con discapacidad quien presuntamente ha cometido el delito de violación que dio lugar al embarazo, podrá acompañarle cualquier otra persona que ejerza informalmente roles de cuidado, respecto a ella."

EL SALVADOR

En El Salvador existe una contradicción entre la [Ley Especial de Inclusión de las Personas con Discapacidad de 2020](#) y el [Código Civil de 1859](#) en relación con la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. La ley de discapacidad, en su art. 29, reconoce a este sector de la población como plenamente capaces en igualdad de condiciones con el resto de la población y establece que el Estado debe proporcionar mecanismos de apoyo para garantizar su autonomía y derechos. En contraste, el Código Civil, en los arts. 1317 y 1318, mantiene un régimen de representación y la figura de incapacidad absoluta para personas descritas como "dementes" y "sordas que no puedan darse a entender". Aunque el Código Civil fue reformado por última vez en 2022, los artículos relativos a la capacidad jurídica no han sido modificados desde su aprobación en el siglo XIX.

MÉXICO

En México, se aprobó la reforma al [Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares](#) en 2023, por medio del cual se reconoce la capacidad jurídica plena de las personas con discapacidad, se elimina la figura de la interdicción y se establece la toma de decisiones con apoyos en casos excepcionales. De esta manera, el artículo 445 garantiza que todas las personas mayores de edad puedan ejercer su capacidad jurídica con asistencia en comunicación y la comprensión del acto jurídica, sus consecuencias y la manifestación de su voluntad, cuando así lo requieran, mientras que el artículo 446 dispone que “La autoridad jurisdiccional, en casos excepcionales, puede determinar los apoyos necesarios para personas de quienes no se pueda conocer su voluntad por ningún medio y no hayan designado apoyos ni hayan previsto su designación anticipada. Esta medida únicamente procederá después de haber realizado esfuerzos reales, considerables y pertinentes para conocer una manifestación de voluntad de la persona, y de haberle prestado las medidas de accesibilidad y ajustes razonables, y la designación de apoyos sea necesaria para el ejercicio y protección de sus derechos.

PERÚ

En Perú, el [Decreto Legislativo 1384 de 2018](#) reformó el Código Civil para reconocer la capacidad de ejercicio pleno de todas las personas a partir de los 18 años, incluidas aquellas con discapacidad, permitiendo que soliciten ajustes razonables o apoyos para expresar su voluntad, los cuales pueden ser elegidos libremente por cualquier persona mayor de edad. No obstante, el decreto mantiene la interdicción y curatela en casos excepcionales, como los pródigos, quienes incurren en mala gestión, los ebrios habituales y los toxicómanos. Además, persiste un lenguaje peyorativo en el artículo 44 al referirse a los “retardados mentales” y, aunque el artículo 45 permite la libre elección de apoyos y ajustes razonables, el artículo 45-A establece que las personas con capacidad de ejercicio restringida, deberán contar con un representante legal que ejercerá sus derechos conforme a las normas de patria potestad, tutela o curatela, lo que limita el respeto irrestricto a la autonomía de las personas con discapacidad.

URUGUAY

En Uruguay, el Código Civil ([Ley 16.603 de 1994](#)) sujeta a curaduría general a las personas con discapacidad declaradas incapaces, incluyendo a los “dementes” aunque tengan intervalos lúcidos, y a las personas sordomudas que no pueden comunicarse por escrito o mediante lengua de señas.

4 países

Modelo médico-rehabilitador

BOLIVIA

En Bolivia, el [Código Civil](#) aborda las limitaciones parciales a la capacidad jurídica, pero no menciona explícitamente a las personas con discapacidad ni establece una presunción de capacidad jurídica. Además, las normas de acceso a la SSR en Bolivia siguen exigiendo la intervención de representantes legales y se

enfocan en la rehabilitación, perpetuando un enfoque paternalista que limita la autonomía de las personas con discapacidad.

GUATEMALA

En Guatemala, la legislación sobre discapacidad se basa en una [norma marco de 1996](#), y su [Código Civil](#) (arts. 9 a 14) tampoco se ha adaptado a los estándares de la CDPD.

HONDURAS

En el caso de Honduras, su [Código Civil de 1989](#) pertenece al modelo médico-rehabilitador, por cuanto establece en su capítulo VIII institutos tales como la “interdicción” y la “curaduría”, además de utilizar términos peyorativos para referirse a las personas con discapacidad como “dementes”.

PARAGUAY

Paraguay cuenta con un Código Civil establecido por la [Ley 1.183 de 1985](#), que reconoce la plena capacidad de las personas que hayan alcanzado los veinte años y no hayan sido declaradas incapaces judicialmente. Sin embargo, este código mantiene la incapacidad absoluta para las personas con enfermedades mentales y para aquellas sordomudas que no pueden comunicarse por escrito o por otros medios. Este enfoque perpetúa un modelo de representación para las personas declaradas incapaces de hecho (aquellas que no tienen la aptitud legal para ejercer derechos de manera autónoma), donde sus curadores ejercen los derechos en su nombre, incluso en decisiones relacionadas con derechos personalísimos como el acceso a la salud.

Hoy en día, en nuestra región, las leyes sobre capacidad jurídica de las personas con discapacidad reflejan un proceso de transición desde el modelo médico-rehabilitador hacia el modelo social de la discapacidad, con un enfoque más inclusivo y basado en los derechos humanos. Sin embargo, aún resta armonizar muchísimas normativas para asegurar las condiciones adecuadas de su ejercicio.

Políticas públicas

La CDPD establece que los países deben asegurar la igualdad de condiciones para la participación de las personas con discapacidad en la vida política y pública [art 29](#). Como ya señaló el Comité: “la participación activa e informada de todas las personas en las decisiones que afectan a sus vidas y derechos está en consonancia con el enfoque de derechos humanos en los procesos de adopción de decisiones en el ámbito público y garantiza una buena gobernanza y la responsabilidad social”. Desde este punto de vista, la intervención directa de las personas sobre las cuales recaen los efectos de las políticas públicas es una de las condiciones indispensables, tanto para conseguir la eficacia deseada como para su legitimidad social. Las medidas y los resultados de las políticas deben garantizar los derechos considerando el plan de vida y las preferencias de las personas, además de su supervivencia biológica. La inclusión verdadera solo se puede lograr sobre la base de sus propias consideraciones de reconocimiento y ejercicio de sus derechos.

Todos los países de la región se comprometieron a garantizar la participación de las personas con discapacidad en todos los asuntos de orden público. 11 de los 13 incluidos en este análisis reforzaron ese compromiso a través de normativas que reconocen expresamente el derecho de este sector de la población a participar en la formulación y ejecución de políticas públicas. Por fuera de ese reconocimiento expreso a través de su normativa interna, quedan Argentina y Paraguay (que hasta ahora no tiene una ley marco de discapacidad, y las leyes generales de elaboración de políticas no mencionan a este colectivo). De todos modos, todos los países estudiados establecieron órganos específicos para promover la participación y representación de las personas con discapacidad en la formulación y aplicación de políticas públicas. Aunque todos los países analizados cuentan con normas generales que reconocen el derecho de las PcD a participar en la formulación y ejecución de políticas públicas, no existen medidas específicas para su inclusión en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Ninguna normativa de SSR menciona explícitamente a este colectivo: entonces, su presencia no está institucionalizada y no es obligatoria. Un ejemplo de esto es el Consejo Asesor de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) del Ministerio de Salud de Argentina, donde hasta 2023 participaba la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI) y que actualmente queda sujeta a cambios que sucesivos gobiernos podrían implementar en la composición del Consejo.

Normas marco sobre derechos de las personas con discapacidad

El modelo médico-rehabilitador aún persiste en varias normas. El gran problema de este enfoque es que plantea la idea de que las personas con discapacidad siempre requieren intervención externa para tomar decisiones y se centra en tratar a la discapacidad como una condición que debe ser corregida.

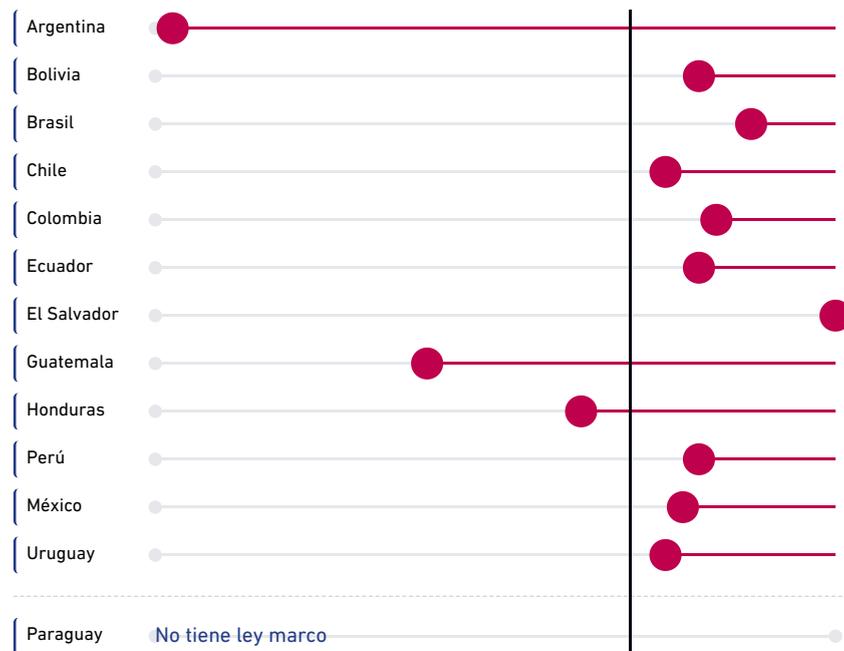
Todos los países que integran este análisis, salvo Paraguay, cuentan con leyes que protegen e incluyen a las personas con discapacidad. Pero todos los casos precisan armonización: o bien porque la normativa quedó desactualizada o porque el enfoque es inconsistente con las demás normas de ordenamiento interno.

Así, por ejemplo, en 3 países persisten normativas marco previas a la aprobación de la CDPD: Argentina (1981), Guatemala (1996) y Honduras (2005). Argentina, sin embargo, actualizó su normativa sustantiva para el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad, mejorando las condiciones para el cumplimiento de la CDPD en relación con el ejercicio autónomo de derechos y el acceso a la SSR. Por el contrario, tanto en Honduras como en Guatemala, tal como lo indicó el Comité de la CDPD, persisten modelos desactualizados y regulaciones que requieren armonización.

Los demás países estudiados que aprobaron normas generales lo hicieron entre 2010 y 2015, es decir, en la primera década de la aprobación de la CDPD. A su vez, sólo tres 3 países incorporan normativa relativa a la SSR de las personas con discapacidad específicamente: Bolivia, Chile y Perú. Mientras que Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Uruguay no tienen referencia a la SSR en su normativa general sobre discapacidad.

Creación de leyes marcos para PCD por país





Por su parte, Paraguay no tiene ley marco de discapacidad, pero sancionó normativas particulares para atender diferentes aspectos relacionados con los derechos de las personas con discapacidad, como la [Ley 5.136 de 2014 de Educación Inclusiva](#), que se centra en la creación de un modelo educativo inclusivo para integrar a todos los estudiantes, eliminando barreras para el aprendizaje y la participación; la [Ley 4.934 de 2013](#), que regula la accesibilidad al entorno físico para las personas con discapacidad y la [Resolución 758 de 2021](#), que aprueba una *Guía de Atención en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con Discapacidad*.

Es vital que la normativa interna de cada país se adecue a los estándares establecidos por la CDPD, especialmente en lo que respecta a la SSR. Esto implica la transversalización de la perspectiva de discapacidad en todas las leyes y políticas relacionadas.

Una legislación marco sobre salud sexual y reproductiva

Leyes de Salud Sexual y Reproductiva por país

| | Derechos SSR | Leyes macro | Disposiciones para PcD |
|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Argentina | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bolivia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brasil | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chile | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colombia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ecuador | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El Salvador | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Guatemala | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Honduras | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| México | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paraguay | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perú | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uruguay | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

En todos los países estudiados se reconocen los derechos sexuales y reproductivos, pero el desarrollo y la alineación con las recomendaciones internacionales varían. En líneas generales hay dos estrategias regulatorias en materia de SSR: por un lado, algunos países cuentan con normas marco de protección de estos derechos, de las cuales surgen luego políticas generales y normativas. Otros desarrollaron normas específicas para abordar los diferentes aspectos y prácticas de la SSR, pero su nivel de especificidad es más alto y no se enmarcan dentro de una legislación general que las preceda.

En el primer grupo, encontramos 5 países que cuentan con una ley marco ordenadora de las políticas: Argentina ([Ley 25.673 de 2002](#)), Brasil ([Ley 9.263 de 1996](#)), El Salvador ([Acuerdo No. 1181 de 2012 y Resolución Ministerial No. 278 de 2013](#)), Guatemala ([Decreto 87 de 2005](#)), y Uruguay ([Ley 18.426 de 2008](#)). Mientras que, en el segundo grupo, se encuentran 8 países: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Paraguay, Perú y México han desarrollado marcos normativos difusos con leyes y normas que contienen disposiciones específicas sobre SSR. En el caso de Colombia y México se ha dado también un importante desarrollo a través de la jurisprudencia de sus máximos tribunales.

De todos los países analizados, solo Uruguay incluye en su Ley Marco una normativa específica para regular y garantizar el acceso a la SSR de las personas con discapacidad. Si bien Brasil también hace referencia a este sector de la población, el Comité ha señalado que su normativa resulta perjudicial para este. Esto evidencia que no basta con incluir a las personas con discapacidad en la normativa, sino que es crucial considerar la perspectiva desde la cual se diseñan las leyes. Por último, Colombia cuenta con leyes que regulan el acceso a la SSR para la población en general, además de varios fallos del máximo tribunal que han sentado jurisprudencia sobre los derechos reproductivos de las personas con discapacidad.

5 países

Ley marco

ARGENTINA

En Argentina, la [Ley 25.673 de 2002](#) establece el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que busca alcanzar el nivel más elevado de SSR a través de garantizar que las personas puedan tomar decisiones libres de discriminación y violencia, disminuir la morbimortalidad materno-infantil, prevenir embarazos no deseados, y promover la salud sexual en la adolescencia. También establece la obligación de garantizar el acceso a información, orientación y servicios, y potenciar la participación de las mujeres en las decisiones sobre su SSR. No obstante, la norma no menciona disposiciones específicas sobre el acceso a la SSR de las personas con discapacidad.

BRASIL

Brasil sancionó la [Ley 9.263 de 1996](#), que reconoce la planificación familiar como servicio esencial de salud, ofreciendo asistencia en diversas etapas de la vida, desde la concepción hasta el control y prevención de enfermedades como el cáncer cérvico-uterino. Menciona a las personas “incapaces” y dispone que la esterilización quirúrgica debe realizarse con autorización judicial. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se ha expresado en sus observaciones finales al respecto y recomendó al Estado revisar la ley y prohibir explícita e incondicionalmente la esterilización de personas con discapacidad sin su consentimiento personal, previo, informado y libre.

EL SALVADOR

En El Salvador, la Política de Salud Sexual y Reproductiva, definida por el [Acuerdo No. 1181 de 2012](#), pretende garantizar la SSR en todas las etapas del ciclo de vida. Se basa en la Atención Primaria de Salud Integral y se enfoca en la inclusión, el género y los derechos, promoviendo un ambiente sano, seguro, equitativo y de calidad. Asimismo, la [Resolución Ministerial No. 278 de 2013](#) complementa esta política al establecer un plan para su implementación, reforzando el acceso sostenible a la promoción, prevención, atención y rehabilitación en SSR. En ninguna de las dos normas se contempla a las personas con discapacidad como un colectivo específico dentro de estas políticas.

GUATEMALA

En Guatemala, existe el [Decreto 87 de 2005](#), que aprueba la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Dicha norma tiene por objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre SSR y provisión de métodos de planificación familiar. No obstante, la norma no menciona disposiciones específicas sobre el acceso a la SSR de las personas con discapacidad.

URUGUAY

En Uruguay la [Ley 18.426 de 2008](#) defiende el derecho a la SSR y estipula que el Estado debe garantizar condiciones para el ejercicio pleno de estos derechos, promoviendo políticas nacionales y programas específicos. La política pretende la universalización de la cobertura en el nivel primario de atención, la garantía de calidad y confidencialidad de las prestaciones, la formación de recursos humanos y la incorporación de la perspectiva de género. También se enfoca en la educación en derechos sexuales y reproductivos. Uruguay es el único de los trece países que contiene disposiciones referidas a las personas con discapacidad. En el art. 2, inciso c), establece como objetivo “asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-psico-social de la persona”.

8 países

Marcos normativos difusos

BOLIVIA

En Bolivia la [Ley No. 475 del Sistema Integral de Salud](#) establece que la atención en SSR abarca la prevención y tratamiento de enfermedades como el cáncer de cuello uterino, así como la provisión de métodos anticonceptivos y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual. También cuenta con normas específicas como la [Ley 548 de 2014, Código del Niño, Niña y Adolescente](#), que enfatiza el derecho a recibir educación sexual.

CHILE

En Chile existe una gran variedad de normas que regulan aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción. Por ejemplo, la [Ley 20.418 de 2010](#) garantiza el derecho a la educación y orientación en regulación de la fertilidad; la [Ley 20.370 de 2010](#) asegura en el art. 11 que el embarazo no impida la educación; y la [Ley 20.533 de 2011](#) autoriza a las matronas a prescribir anticonceptivos. A su vez, tiene programas generales de salud que contemplan la SSR; por ejemplo, el [Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes 2023](#) se enfoca en mejorar la salud y calidad de vida de esta población.

COLOMBIA

En Colombia, la [Ley 115 de 1994](#) establece la educación sexual como una obligación en los niveles educativos básicos; la [Ley 823 de 2003](#) impulsa el acceso a servicios de salud integral, incluyendo SSR, para mujeres y grupos marginados; la [Ley 1.098 de 2006](#) asegura el acceso gratuito a servicios especializados para adolescentes, la [Ley 1.620 de 2013](#) crea un sistema para la educación en derechos humanos y sexualidad, entre otras. Sin embargo, fue la jurisprudencia del máximo tribunal la que se expresó respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en varias sentencias distintas. En la [Sentencia T-573-16](#), se estableció que es inadmisibles realizar procedimientos de esterilización sin el consentimiento de la persona con discapacidad y también debe asegurarse que haya sido precedido por apoyos y salvaguardias. Esta postura fue reiterada en la [Sentencia T-231-19](#), que señala que solo en casos de extrema gravedad, para proteger derechos fundamentales, es posible autorizar la sustitución del consentimiento, siguiendo los procedimientos y requisitos establecidos por la

jurisprudencia. Por último, en la [Sentencia T-357-23](#), el Tribunal reafirmó el derecho de autodeterminación en materia de SSR de las personas con discapacidad.

ECUADOR

Ecuador, a través de su [Constitución de 2008](#), garantiza el derecho a la salud y la educación en sexualidad desde un enfoque de derechos. Asimismo, la [Ley 67 del 2006](#) asigna al Ministerio de Salud Pública la responsabilidad de formular políticas para la SSR, asegurando la equidad y la prevención de conductas de riesgo. Sin embargo, no contempla específicamente los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

HONDURAS

En Honduras, el [Decreto 34-2000](#), [Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer](#) que integra la educación sexual en programas estatales y privados; el [Código de la Niñez y la Adolescencia actualizado en 2014](#) establece la obligación del Estado de proporcionar atención médica especializada a madres e hijos; y la [Resolución DGN PA 01-2016](#) fomenta la salud sexual y reproductiva a través de la educación y el ejercicio informado de estos derechos. A pesar de ello, la discapacidad no está contemplada específicamente en ninguna de estas normas.

MÉXICO

En México, la [Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 \(actualizada en 2021\)](#), en su art. 4, reconoce el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, garantizando así el ejercicio de su autonomía reproductiva. Por su parte, la [Ley General de Salud de 1984 \(actualizada en 2024\)](#) aborda la planificación familiar como una prioridad en su Capítulo VI, estableciendo en el art. 67 que deben proporcionarse servicios con información eficaz, oportuna y completa a hombres y mujeres sobre anticoncepción, riesgos del embarazo en edades extremas (antes de los 20 y después de los 35 años), y sobre la importancia de espaciar y reducir el número de embarazos. Además, establece la prohibición de la esterilización sin consentimiento. Además, la [Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2 de 2015](#) establece lineamientos para la atención integral de personas de 10 a 19 años, asegurando el acceso a métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/sida, destacando la relevancia de la SSR en adolescentes.

PARAGUAY

En Paraguay, la [Constitución de 1992](#) reconoce el derecho a decidir sobre la procreación y a recibir educación y servicios adecuados en esta materia. Estos derechos han sido desarrollados en normas específicas como la [Ley 1.680 del 2001](#), que garantiza el derecho a la SSR para niños y adolescentes, entre otras. También existe la [Ley 4.313 de 2001](#), que asegura presupuesto para los programas de salud reproductiva y aprovisionamiento del kit de partos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Por último, la Resolución 597 de 2019, por la cual se aprueba el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019-2023, con un enfoque de inclusión social y derechos humanos. No obstante, de las regulaciones anteriores solo las normas específicas de niñez y adolescencia contienen disposiciones que hacen

referencia a las personas con discapacidad, y dichas disposiciones no son relativas a su SSR, sino a aspectos tales como su educación o su inclusión social.

PERÚ

En Perú, la [Ley 28.983 de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres](#) establece en su art. 6, inciso i) que el Estado debe garantizar el derecho a la SSR, la prevención del embarazo adolescente y el derecho a una maternidad segura, asegurando servicios disponibles, accesibles, aceptables y de calidad. Por otro lado, la [Ley 26.626 de 1996](#) encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA y las ETS, denominado CONTRASIDA, con el objetivo de coordinar estrategias de control, promover cooperación técnica y proponer cambios legislativos para combatir estas enfermedades. Asimismo, la [Ley General de Salud \(Ley 26.842 de 1997\)](#) reconoce el derecho de toda persona a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, previo consentimiento informado, y exige información adecuada sobre sus efectos y riesgos, estableciendo que en métodos definitivos el consentimiento debe constar por escrito. También, el [Código de los Niños y Adolescentes \(Ley 27.337 de 2000\)](#) garantiza en su art. 15 la inclusión de orientación sexual y planificación familiar en la educación básica, y protege a las adolescentes embarazadas o madres, asegurando su derecho a iniciar o continuar sus estudios. La [Ley 28.243 de 2004](#) declara de necesidad nacional la lucha contra el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS), destacando su interés público. Finalmente, la [Ley 29.600 de 2010](#), que fomenta la reinserción escolar por embarazo, ordena la adecuación de servicios educativos y la creación de sistemas de becas y ayudas para garantizar la continuidad educativa de alumnas embarazadas o madres, priorizando a aquellas con buen rendimiento académico y bajos recursos económicos.

Consentimiento informado

El consentimiento informado tiene un rol fundamental para garantizar la autonomía de las personas en el acceso a la salud. Se trata de un proceso que se requiere en todas las prácticas de salud. Este procedimiento comprende la entrega de información, el intercambio entre equipo de salud y personas usuarias de los servicios para promover una toma de decisión informada, y finalmente la expresión de la voluntad de la persona. Para que pueda llevarse adelante, se requieren tres condiciones en todos los sujetos que participan (tanto en profesionales de la salud como en personas usuarias de los servicios): “competencia”, “voluntariedad” y “comprensión informada”.

El consentimiento informado de las personas con discapacidad debe cumplir el principio de intermediación, es decir, se debe propender en la mayor medida posible porque sea la propia persona con discapacidad la que tome las decisiones. Se reserva la figura de la representación para situaciones en las cuales sea absolutamente imposible recabar este consentimiento. En tales casos, se deben agotar otros recursos antes de optar por esta medida extrema.

En todos los países analizados, existe la indicación general de que se debe respetar la “decisión del paciente” y de que nadie puede ser obligado a someterse a una práctica sanitaria. En ocho de los países estudiados existen regulaciones específicas para personas con discapacidad: Argentina, Brasil, Ecuador, Chile, El Salvador, México, Uruguay y Colombia. Sin embargo, en cinco de ellos persisten regulaciones sobre consentimiento informado en general, y en particular para el acceso a prácticas de SSR, incluyendo el aborto, que se basan en modelos de sustitución, en los cuales son representantes legales, jueces/as o

funcionarias/os administrativas quienes toman las decisiones relativas a la salud de las personas con discapacidad. Este es el caso de Brasil, Chile, Ecuador, México y Uruguay. En las regulaciones de Bolivia, Perú, Paraguay, Guatemala y Honduras que, si bien no contemplan normas específicas para el consentimiento informado, mantienen regímenes generales de sustitución de las decisiones para personas con discapacidad. La historia reciente de esterilizaciones, abortos y uso forzado de anticonceptivos en personas con discapacidad, especialmente intelectual y psicosocial, muestra la importancia de establecer reglas claras y reconocer su derecho a tomar decisiones sobre este tema. Es urgente promover mejoras en normas y prácticas para que se garantice el acceso a las personas con discapacidad.

Normativa sobre consentimiento informado en SSR

| | Consentimiento informado | Disposiciones para PcD | ¿Cómo se decide? |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Regulación que, en gran medida, cumple con los estándares de la CDPD | | | |
| Argentina | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Por intermediación |
| Colombia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Por intermediación |
| El Salvador | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Por intermediación |
| Con regulación específica que no cumple con los estándares de la CDPD | | | |
| Brasil | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Por sustitución |
| Chile | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Por sustitución |
| Ecuador | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Por sustitución |
| México | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Por sustitución |
| Uruguay | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Por sustitución |
| Con regulación general que no cumple con los estándares de la CDPD | | | |
| Bolivia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Honduras | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Guatemala | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paraguay | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perú | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En 8 de los 13 países estudiados existen regulaciones específicas para personas con discapacidad: Argentina, Brasil, Ecuador, Chile, El Salvador, México, Uruguay y Colombia. En particular las regulaciones de Colombia, Argentina y El Salvador han tenido un desarrollo acorde a los mandatos de la CDPD: en todas se establece la obligación de obtener el consentimiento informado de la persona con discapacidad sin mediaciones para las prácticas sanitarias. En Argentina, por ejemplo, la regulación del aborto, [Ley 27.610 de 2020](#), refuerza este deber para dicha práctica. Adicionalmente, tanto Colombia como Argentina explicitan la obligación de asegurar ajustes razonables, apoyos y establecer salvaguardas en estos casos.

Sin embargo, en algunos países (Brasil, Chile, Ecuador, México y Uruguay) persisten regulaciones sobre consentimiento informado en general y en particular para el acceso a prácticas de SSR, incluyendo el

aborto, que se basan en modelos de sustitución, en los cuales son representantes legales, jueces/as o funcionarias/os administrativas quienes toman las decisiones relativas a la salud de las personas con discapacidad. En los países restantes, Bolivia, Perú, Honduras y Guatemala, las regulaciones no contemplan normas específicas para el consentimiento informado y mantienen regímenes generales de sustitución de las decisiones para personas con discapacidad.

Esterilización

Las niñas y jóvenes con discapacidad se ven sometidas a esterilizaciones forzadas e involuntarias en una proporción mucho mayor que otros grupos de personas, especialmente con capacidad de gestar. Si bien las mujeres indígenas, afrodescendientes y las que viven en zonas rurales muchas veces también son víctimas de esta vulneración de su autonomía reproductiva, en el caso de la discapacidad resulta extremadamente frecuente en la mayoría de países del mundo. Motivos como la eugenesia, la gestión menstrual y la prevención de embarazos, entre otros, justifican en muchos lugares incluso la legalidad de estas prácticas. Esto es así porque se basan en paradigmas que entienden la discapacidad como una carga y como una condición que debe ser erradicada y, por lo tanto, consideran que las personas con discapacidad no deben reproducirse.

La CDPD establece en el art. 23 inc. b) que “se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos”. El sistema de Protección de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha reconocido que la esterilización forzada de personas con discapacidad es una modalidad de tortura y constituye una violación flagrante de los derechos humanos. Sin embargo, en muchos países las normas y los sistemas judiciales permiten que jueces, profesionales sanitarios, familiares y tutores otorguen su consentimiento a procedimientos de esterilización en nombre de personas con discapacidad.

En todos los países de la región se han constatado casos de esterilizaciones forzadas. Si bien en el caso de la población indígena la incidencia de estas vulneraciones resulta abrumadora, en el de personas con discapacidad la doble discriminación agrava significativamente la situación. En este siglo todas las cortes superiores de todos los países estudiados se han pronunciado sobre este fenómeno, por ejemplo, en Brasil ([caso Janaina](#), 2018), en Ecuador ([Corte Constitucional](#), 2021) y en México ([CSJN](#), 2019). Y en algunos casos las vulneraciones han causado incluso responsabilidad internacional para el Estado, como en Bolivia ([CIDH](#), 2016) y Perú ([CEDAW](#), 2024), o medidas cautelares para proteger a las mujeres de esta práctica como en Argentina ([CIDH](#), 2021).

Sin embargo, es relevante mostrar algunas buenas prácticas que se han implementado en materia normativa para evitar la ocurrencia de estas vulneraciones de derechos y asegurar la autonomía reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar con discapacidad.

2 países

Casos de buenas prácticas

ARGENTINA

La [Ley 26.130](#) de Contracepción Quirúrgica fue sancionada en el 2006 para otorgar el derecho a acceder a la ligadura tubaria y a la vasectomía. Sin embargo, en sus disposiciones se permitía la esterilización forzada de personas con discapacidad, por lo que el acceso a esta práctica en esos casos dependía de la voluntad de representantes o de una orden judicial. En 2020, organizaciones de personas con discapacidad y de derechos humanos realizaron una campaña y acciones de incidencia para denunciar las esterilizaciones forzadas e incidir en la agenda política para la modificación de la ley. Producto de ese esfuerzo, la [Ley 27.655](#) fue sancionada a fines del año 2021. Esta norma modificó los dos artículos de la [Ley 26.130](#) de Contracepción Quirúrgica que habilitaban la sustitución del consentimiento de personas con discapacidad. A partir de esa reforma, se prohibió esta práctica, estableciendo que todas las personas con discapacidad pueden acceder autónomamente a la anticoncepción quirúrgica y que nadie puede consentir por ellas. Es decir, no se permite la sustitución de su consentimiento y, por lo tanto, las esterilizaciones forzadas están totalmente prohibidas en la Argentina.

Si bien desde el 2015 había quedado claro que las personas con discapacidad no pueden ser sometidas a prácticas forzadas a partir de la actualización del Código Civil y Comercial (CCyC) y la aprobación de la [Resolución 65](#) del Ministerio de Salud de la Nación que indica la interpretación del CCyC con relación a los derechos sexuales y reproductivos, lo cierto es que hasta la modificación normativa del 2021 las interpretaciones restrictivas siguieron avalando ese tipo de prácticas.

COLOMBIA

La [Ley 1.996 de 2019](#) establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad, otorgándoles la facultad de tomar sus decisiones, expresar su voluntad y preferencias, obligarse y cumplir con sus obligaciones de manera autónoma, haciendo uso de apoyos si así lo requieren, sin la autorización de otra persona. Con ello se prohíbe por regla general la realización de prácticas forzadas en personas con discapacidad. Sin embargo, la regulación sostiene, con carácter excepcional, mecanismos de asistencia para el consentimiento de la persona con discapacidad, en caso de que esta no pueda expresarse por sí misma. En estos casos, muy poco frecuentes, debe realizarse un proceso judicial y contar con la licencia de un juez para realizar la práctica ([Ministerio de Justicia, 2021](#)), pero la regla general es que ninguna práctica de salud se puede realizar sin el consentimiento de la persona y existen sanciones frente a la realización forzada.

La evolución de las reglas a este respecto ha sido sinuosa en Colombia. La Corte Constitucional ha modificado su jurisprudencia. En primer lugar, la [Sentencia T-850 de 2002](#) avaló la esterilización forzada de una niña con discapacidad intelectual bajo el argumento del bienestar familiar y la protección de la menor frente a posibles abusos o embarazos no deseados. Años después y tras la evolución de los estándares de protección de derechos de las PcD, mediante la [Sentencia C-182 de 2016](#) se viró esta postura al prohibir la esterilización sin consentimiento libre e informado para todas las personas, incluso en personas con discapacidad. Se argumentó que dicha práctica vulnera derechos fundamentales como la dignidad, la integridad corporal, y la autonomía reproductiva. De este modo, [la jurisprudencia de la Corte Constitucional en 2016](#) ha determinado que para que proceda la esterilización de personas con discapacidad sin que ellas soliciten la prácticas de forma autónoma, debe existir: (i) evidencia científica y clara sobre la imposibilidad del consentimiento futuro; (ii) la determinación de la pérdida de capacidad mediante un proceso de tutela que nombra un representante legal; y (iii) una autorización judicial previa. A su vez, indica que la misma jurisprudencia ha determinado que los jueces, al resolver sobre la solicitud de esterilización, deben verificar: (i) la existencia de una urgencia o imperiosa necesidad del procedimiento, (ii) las condiciones de vida concretas y el grado de vulnerabilidad; y (iii) una argumentación razonable sobre la decisión.

Accesibilidad al sistema de salud

Es importante considerar la situación de las personas con discapacidad cuando reciben atención en el sistema de salud. Existen varias formas de asegurar que puedan acceder a los servicios de manera adecuada:

- **Ajustes razonables** son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. [Art. 2 CDPD](#)
- El **diseño universal** supone productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El "diseño universal" no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten. (Art. 2 CDPD)
- Los **sistemas de apoyo** son servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal. (Art. 12 CDPD)
- Las **salvaguardas** son mecanismos que se emplean para evaluar, de forma permanente o periódica, la eficacia y resultados de los ajustes y apoyos establecidos en un caso concreto para promover el ejercicio autónomo de derechos de una persona con discapacidad.

Desafortunadamente, en nuestra región las regulaciones solo mencionan estas herramientas de forma general. En los países con leyes marco (todos, salvo Paraguay), la mayoría de las leyes sobre discapacidad incluyen disposiciones generales relacionadas con la accesibilidad. Sin embargo, en los capítulos específicos sobre salud, no se contemplan ni regulan los apoyos y ajustes necesarios para asegurar el acceso a la SSR, ni en lo que respecta al consentimiento informado. En los casos en que se mencionan, estos ajustes no cubren completamente los requisitos necesarios para garantizar la autonomía de las personas con discapacidad. En general, las leyes estudiadas incluyen apartados sobre accesibilidad al entorno físico y al transporte, con medidas como la eliminación de barreras mediante rampas, baños para personas con movilidad reducida, zonas de estacionamiento reservadas y señalizaciones adecuadas. También consideran la accesibilidad de la información y la comunicación a través del uso de braille, lengua de señas y subtítulos, pero no contemplan apoyos y ajustes para el caso de personas con discapacidad intelectual, por ejemplo. Específicamente para el caso del aborto, solo cuatro países de la región (Argentina, Chile, Colombia y Ecuador) han desarrollado disposiciones específicas sobre accesibilidad para personas con discapacidad.

Caso de interés

Colombia

La [Resolución 1904, de 2017](#) de Colombia constituye un avance significativo en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad porque garantiza el reconocimiento pleno de su capacidad jurídica y del consentimiento informado en el acceso a servicios de salud, incluido el aborto. Esta normativa se fundamenta en los principios de la CDPD y establece la igualdad de condiciones para que las personas con discapacidad tomen decisiones autónomas respecto a su SSR.

Antes de la promulgación de esta resolución, las normativas que regulaban los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad eran insuficientes y altamente problemáticas. La práctica predominante se enfocaba en la esterilización, regulada por una legislación desfasada que requería autorización judicial y, en el caso de personas con discapacidad, interdicción previa. Este sistema promovía procesos largos y burocráticos que limitaban la autonomía. La jurisprudencia de la Corte Constitucional intentó establecer estándares menos restrictivos y más individualizados, pero los jueces de familia solían otorgar autorizaciones basándose en estereotipos sobre discapacidad y sexualidad, priorizando el dictamen médico por sobre la expresión de voluntad.

El punto de inflexión llegó con la sentencia T-573 de 2016, que marcó un cambio en la jurisprudencia respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad. La Corte Constitucional falló en contra de la autorización de la esterilización de una adolescente con síndrome de Down, señalando que no se habían garantizado ajustes razonables ni información accesible. Esto vulneraba su dignidad y su derecho al libre desarrollo de la personalidad. A raíz de este caso, la Corte ordenó al Ministerio de Salud reglamentar el tema con la participación de organizaciones civiles y representantes del movimiento de discapacidad.

Para definir el texto de la resolución se llevaron a cabo mesas de trabajo con amplia representación de personas con discapacidad, aunque con menor participación de organizaciones de derechos reproductivos. Las discusiones abordaron las recomendaciones del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y se centraron en cómo implementar apoyos y ajustes razonables en contextos médicos con recursos limitados, especialmente en servicios de atención primaria de la salud.

La resolución incorporó avances notables como la excepcionalidad del consentimiento sustituto y el fomento de un enfoque interdisciplinario que respete la voluntad de las personas con discapacidad. Asimismo, introdujo conceptos innovadores como las directivas anticipadas, para permitir a las personas con discapacidad registrar sus decisiones previamente. Aunque este concepto tomó mayor fuerza con la legislación posterior sobre capacidad legal, en su momento representó un avance visionario. La resolución también abordó cómo proceder en casos extremos en los que, tras agotar todas las estrategias de apoyo, la persona no pudiera expresar su voluntad, estableciendo el consentimiento asistido como un mecanismo que respete su autonomía en la mayor medida posible.

En términos normativos, la resolución logró enfrentar el modelo de interdicción que aún era vigente en Colombia, dejando claro que una sentencia de interdicción no podía usarse para sustituir la capacidad jurídica en la atención de salud. También delineó obligaciones específicas para garantizar que la voluntad de las personas fuera consultada siempre, diferenciando los apoyos dirigidos a la comunicación de los necesarios para la toma de decisiones. A pesar del escepticismo inicial, el anexo técnico de la resolución demostró que estas prácticas eran viables, y logró superar resistencias a través de modelos exitosos y testimonios de profesionales de la salud y personas con discapacidad.

A pesar de los avances logrados, persisten vacíos normativos y desafíos en la implementación de la resolución, especialmente en contextos complejos como interrupciones del embarazo en etapas gestacionales avanzadas, donde el criterio médico puede ser determinante. Además, la prohibición de la esterilización forzada contrasta con las barreras culturales que aún consideran esta práctica como una solución para prevenir la violencia sexual, reflejando una percepción social errónea y profundamente arraigada. El consentimiento asistido, aunque implementado en algunas instituciones mediante juntas médicas y protocolos específicos, carece de un estándar nacional que garantice su aplicación uniforme. Esto deja decisiones complejas sujetas a los recursos y capacidades de cada entidad de salud, lo cual evidencia la necesidad de continuar avanzando hacia una implementación integral y efectiva de los derechos reconocidos en esta normativa.

Aborto y discapacidad

Los modelos regulatorios que adoptan los países latinoamericanos con relación al acceso al aborto son diversos, pero se los puede categorizar en tres grupos: los que penalizan todos los abortos, los que permiten algunos abortos por una razón de salud, legal o social específica —conocidas como causales— y los que, además de admitir el aborto por causales, tienen legalizado el aborto voluntario hasta determinada edad gestacional.

Normativa de regulación del aborto por país

| | Aborto por causales | Aborto por plazo | Disposiciones para PcD |
|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Argentina | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Bolivia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brasil | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Chile | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Colombia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ecuador | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| El Salvador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Guatemala | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Honduras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| México | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paraguay | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perú | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uruguay | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Solo cuatro países regulan el acceso al aborto por plazo: Argentina ([Ley 27.610 de 2020](#), art. 9), Chile ([Ley 21.030 de 2017](#), art. 1), Colombia ([Resolución 051/2023](#), art. 4.2.5.9) y Ecuador ([Ley Orgánica que Garantiza la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de Violación de 2022](#), art. 13).

La mayoría de los países relevados reconoce en alguna medida el derecho a la interrupción inducida del embarazo, salvo Honduras y El Salvador que lo prohíben de forma absoluta. Pero solo 5 contemplan de forma específica el derecho al aborto de las personas con discapacidad. Estos son Argentina ([Ley 27.610 de 2020](#), art. 9), Brasil ([art. 128 de su Código Penal](#)), Chile ([Ley 21.030 de 2017](#), art. 1), Colombia ([Resolución 051/2023](#), art. 4.2.5.9) y Ecuador ([Ley Orgánica que Garantiza la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de Violación de 2022](#), art. 13).

5 Países

Derecho al aborto para personas con discapacidad

ARGENTINA

En Argentina, la [Ley 27.610 de 2020](#), de acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y la atención posaborto, indica en el art. 9 que deben respetarse sus derechos en igualdad de condiciones.

BRASIL

En Brasil, las previsiones específicas restringen los derechos que deberían estar reconocidos de acuerdo con la CDPD. El [art. 128 de su Código Penal](#) dispone que el representante legal debe brindar el consentimiento de la mujer “incapaz” que desee acceder a un aborto en caso de violación.

CHILE

En Chile la [Ley 21.030 de 2017](#) ordena en su art. 1 medidas de apoyo para asegurar la autonomía en el acceso al aborto, aunque la norma se asienta en un modelo médico-rehabilitador que mantiene interdicciones e inhabilitaciones generales.

COLOMBIA

En Colombia no existe una ley de aborto, pero las sentencias de la Corte Constitucional se han referido específicamente a los derechos de las personas con discapacidad. El Ministerio de Salud y Protección social regula específicamente el acceso a la interrupción del embarazo de las personas con discapacidad, a través de la [Resolución 051/2023](#) (que reproduce la Res. 1904/2017).

ECUADOR

La [Ley Orgánica de Ecuador que garantiza la interrupción voluntaria del embarazo para niñas, adolescentes y mujeres en casos de violación](#) establece en su art. 7, inciso g) que para las personas con discapacidad se implementará un sistema de apoyo para la toma de decisiones, priorizando la voluntad y preferencias de la persona, y respetando las normas de derechos humanos. Además, el art. 13 de la ley estipula que el acceso al aborto consentido en casos de violación, solicitado por personas con discapacidad mental, debe basarse en los principios de independencia y autonomía de la persona, garantizando la igualdad de condiciones con el resto de la población. No obstante, en su art. 22.4 dispone que las personas con discapacidad deberán prestar su consentimiento informado por medio de su representante legal.

Ecuador

Antes de la sanción de la [Ley Orgánica de Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de Violación de 2022](#), la regulación del aborto contenida en el art. 150 del Código Orgánico Integral Penal establecía una distinción injustificada en relación con el acceso al aborto en casos de violación. El código penal criminalizaba el aborto salvo en dos excepciones: cuando el embarazo ponía en riesgo la vida o la salud de la mujer embarazada y no podía ser evitado por otros medios, y en los casos de violación solo si la víctima tenía discapacidad mental. Es decir, el derecho estaba restringido y no podían acceder a esta práctica el resto de las mujeres víctimas de violencia sexual.

En el año 2021, la Corte Constitucional de Ecuador declaró inconstitucional [en la sentencia 34-19 IN/21](#) la parte del art. 150 del COIP, relativa al aborto en casos de violación exclusivamente a mujeres con discapacidad mental. La Corte basó su decisión en derechos constitucionales como la igualdad, la autonomía y la SSR, citando el art. 66, inciso 10, de la Constitución, que protege el derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre la reproducción. Este fallo obligó a la Defensoría del Pueblo a presentar un proyecto de ley que garantizara el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación para todas las personas con capacidad de gestar.

Sin embargo, la Corte Constitucional no se pronunció al respecto en su fallo. Ante ese hecho, la sociedad civil solicitó una aclaración (34-19-IN/21) a través de una demanda de inconstitucionalidad para que, entre otras cuestiones, la Corte revisara las disposiciones sobre los derechos de las personas con discapacidad en el acceso a la interrupción del embarazo en casos de violación y aclarara el estándar de consentimiento para esos casos. En respuesta, la Corte emitió un auto en el que sostuvo que no rechazaba la procedencia de esas solicitudes en particular.

Finalmente, el 17 de febrero de 2022, la Asamblea Nacional aprobó la Ley Orgánica de Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de Violación, en la cual se incorporan disposiciones relativas a las personas con discapacidad. Muchas de ellas son contrarias al marco de derechos humanos, y sobre tales artículos, la sociedad civil ha iniciado diversas demandas de inconstitucionalidad y medidas cautelares para suspender su vigencia. Varias de ellas han sido acogidas, pero hasta el momento, la Corte no analizó las relativas a este sector de la población.

Accesibilidad

Para garantizar la accesibilidad para las personas con discapacidad respecto a prácticas de SSR, como el aborto, es necesario seguir algunos estándares de la Convención aclarados por el Comité para generar ambientes donde estas personas puedan moverse libremente.

Por ejemplo: asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad. Es muy importante ofrecer a todas las personas involucradas en el sistema de salud formación en los problemas de accesibilidad a los que se enfrentan las personas con discapacidad para que puedan garantizar el acceso autónomo de ese sector de la población. Otra de las pautas que recomienda el Comité es dotar de señalización en braille y en formatos de fácil lectura y comprensión a los

edificios y otras instalaciones abiertas al público; también que estos lugares ofrezcan formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas. Por otra parte, promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información; además, promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet; y también promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

Solo cuatro países incluyen disposiciones respecto a la accesibilidad para personas con discapacidad: Argentina, Chile, Colombia y Ecuador.

4 países

Disposiciones sobre accesibilidad

ARGENTINA

Argentina cuenta con una regulación en el art. 9 de la [Ley 27.610](#) que indica que la persona con capacidad restringida puede ejercer su derecho al aborto sin necesidad de autorización previa y, si así lo desea, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el [Código Civil y Comercial](#). Además, aclara que las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos, y que es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para evitar abusos, garantizando que las decisiones sean tomadas por la persona titular del derecho.

No obstante, en [2023](#) el Comité sobre los Derechos de las personas con discapacidad observó con preocupación que la Ley 27.610 establece que, si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para interrumpir el embarazo, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal, o a falta de este, una persona allegada. En respuesta a esta recomendación se emitió la [Nota Técnica 11. Interpretación de las normas para el acceso de las personas con discapacidad a la interrupción voluntaria y legal del embarazo IVE-ILE](#). En esta se aclara la interpretación de la norma para asegurar que todas las personas, con y sin discapacidad, puedan ejercer siempre su capacidad jurídica y decidir sobre el ejercicio de sus derechos.

CHILE

En Chile, la [Ley 21.030](#) establece que en los casos de personas con discapacidad sensorial, visual o auditiva, o discapacidad mental, psíquica o intelectual que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan expresarse por escrito, se dispondrá de medios alternativos de comunicación para que puedan prestar su consentimiento, en virtud de lo dispuesto en la CDPD.

COLOMBIA

En Colombia, la [Resolución 051/2023](#) del Ministerio de Salud y Protección Social, que adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), establece en

el art. 4.2.5.9 que las mujeres, niñas, adolescentes o personas gestantes con discapacidad pueden ejercer su derecho a la IVE. Si es necesario, la atención debe ajustarse de manera razonable para que puedan tomar una decisión libre e informada.

ECUADOR

Finalmente, en Ecuador, la [Ley Orgánica que garantiza la interrupción voluntaria del embarazo para niñas, adolescentes y mujeres en caso de violación](#) dispone en su art. 13.1 que el Estado proveerá sistemas de apoyo para la toma de decisiones, considerando las necesidades particulares de las personas gestantes con discapacidad mental o condiciones discapacitantes, a fin de que puedan acceder a información veraz y decidir, sin discriminación, si interrumpir el embarazo en casos de violación o continuar con él.

Salud fetal

El abordaje de la causal de salud fetal en la legislación sobre aborto varía significativamente entre países y fue un punto de controversia dentro del movimiento por los derechos reproductivos. En algunos países, como Bolivia, Chile, Colombia, Uruguay y ciertos estados de México, se permite el aborto cuando se diagnostican condiciones fetales incompatibles con la vida en sus regulaciones. Brasil, aunque no tiene una regulación específica sobre esta causal, ha tenido fallos judiciales que permiten la interrupción del embarazo en casos de anencefalia y otras malformaciones fetales graves (ver: [ADPF 54/DF de 2012](#)).

La inclusión de la salud fetal como causal de aborto generó críticas, especialmente en aquellas regulaciones donde se usa un lenguaje discriminatorio como “anormal” o “malformación fetal”. Si bien este tipo de normas buscan aplicar a situaciones en las que las condiciones del embarazo son incompatibles con la vida extrauterina, en algunos casos se ha utilizado para evitar el nacimiento de personas con discapacidad, perpetuando así estigmas y discriminación hacia esta población.

En contraste, países como Argentina, Ecuador, Guatemala, Perú, y Paraguay no reconocen la salud fetal como una causal específica para el aborto. Solo en el caso de Argentina se interpreta la causal de salud de manera integral, abarcando aspectos físicos, psíquicos y sociales de la persona gestante. Este enfoque permite que la decisión de interrumpir el embarazo se base en la autonomía de la persona gestante, sin necesidad de justificar la interrupción en términos de la salud o las condiciones del feto. De esta manera, el foco está puesto en la salud de la persona gestante, evitando la imposición de llevar a término embarazos en situaciones donde el feto no tiene posibilidad de sobrevivir fuera del útero.

Caso de interés

Argentina

Antes de la sanción de la [Ley 27.610 en 2020](#), el aborto estaba regulado en el Código Penal Argentino (reformado en 1921) y se establecían los casos en los que no se debe penar la interrupción del embarazo: cuando se practicaba con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando

se interrumpa un embarazo producto de una violación o de un atentado contra el pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.

En 2012, la Corte Suprema se pronunció en el fallo “F.A.L s/ medida autosatisfactiva” indicando que todas las mujeres víctimas de violencia sexual podían interrumpir un embarazo sin autorización judicial previa.

En diciembre de 2020, después de un amplio debate, se aprobó la Ley 27.610 de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que estableció un régimen mixto de causales y plazos. Con relación a las personas con discapacidad, la norma contiene previsiones específicas en los arts. 7 y 9. Reafirma en primer lugar que ninguna persona puede ser sustituida en el ejercicio de su derecho de acceso a la IVE/ILE y brindar su consentimiento. En los casos de personas con plena capacidad jurídica o personas con capacidad jurídica restringida con restricciones que no tienen relación con la IVE/ILE, pueden prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna y, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo (por ejemplo, un intérprete de señas). La ley también refiere a los casos de personas con capacidad jurídica restringida con restricciones al ejercicio de los derechos reconocidos en la ley y a los casos de personas declaradas incapaces. En tales casos, el art. 9 dispone que la persona con discapacidad deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada.

Por su parte el [Decreto 516/2021](#), que reglamenta la ley, en su art. 9 establece que si existiera una sentencia judicial de restricción a la capacidad que impida prestar el consentimiento para interrumpir el embarazo o la persona hubiera sido declarada incapaz judicialmente en virtud del Código Civil y Comercial de la Nación, el consentimiento deberá ser prestado, en los términos en que se haya dispuesto en la sentencia, por la persona designada o nombrada representante o a falta o ausencia de esta, la de una persona allegada, en los términos del CCyCN. Ante esta previsión, el Comité sobre los Derechos de las personas con discapacidad en sus [Observaciones Finales de 2023](#) sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados sobre Argentina, recomendó que se revisara la legislación para garantizar que todas las mujeres con discapacidad puedan otorgar de manera autónoma su consentimiento previo e informado para la interrupción voluntaria del embarazo, en igualdad con otras mujeres.

En respuesta a lo anterior, el Ministerio de Salud de la Nación emitió en 2023 la [Nota Técnica 11](#) con el objetivo de aclarar el alcance de la normativa y garantizar una interpretación adecuada de esta. En este marco, se enfatizó que la autonomía debe ser entendida como independencia con apoyo, reconociendo la naturaleza interdependiente de las relaciones humanas. Esto implica que las personas con discapacidad tienen derecho a tomar decisiones con el acompañamiento de apoyos, si así lo desean, sin que su voluntad sea sustituida ni condicionada por la autorización de terceros. En este sentido, las decisiones judiciales únicamente pueden designar apoyos, pero no limitar el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas para decidir sobre cuestiones como la interrupción del embarazo. Los sistemas de apoyo no deben ser confundidos con representantes legales, ya que su función no es reemplazar la voluntad de las personas con discapacidad. En situaciones donde una persona no pueda expresar su voluntad, incluso con ajustes razonables, debe recurrirse a la reconstrucción de esta voluntad con el apoyo, considerando sus valores, deseos y convicciones previos, en consonancia con las recomendaciones del Comité y lo estipulado en la CDPD.

Recomendaciones del comité

En los más recientes informes del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se han realizado observaciones específicas sobre la implementación de la Convención en relación con la protección de los derechos de SSR en varios países de Latinoamérica. En términos generales, el Comité ha

expresado su preocupación por la falta de adecuación de la normativa interna de los países a los estándares de la Convención y ha recomendado a los Estados adoptar todas las medidas necesarias para revertir dicha situación.

Al respecto, ha recomendado la revisión de toda la normativa para asegurar la adecuación de forma sistemática a los estándares de la Convención en materia de SSR. Así, los informes sobre Brasil (2015), Colombia (2016), Chile (2016), Guatemala (2016), Uruguay (2016), Honduras (2017) y Ecuador (2019) enfatizan en la necesidad de avanzar con dicha armonización. Además, en el caso de Bolivia (2016), El Salvador (2019), Perú (2023) y Paraguay (2023), ha expresado preocupación por la falta de reconocimiento pleno de los derechos de las personas con discapacidad, lo que resulta en discriminación y exclusión. En el caso de México (2022) y Argentina (2023), el Comité expresó preocupación por lagunas en la legislación de protección de los derechos de este sector de la población, ya que persisten normas que reflejan un modelo asistencialista y médico-rehabilitador que debe reemplazarse por uno basado en los derechos humanos. Finalmente, ha señalado la persistencia de un lenguaje peyorativo en las normas de todos los países, lo cual refuerza estereotipos y promueve condiciones de exclusión para las personas con discapacidad.

El cuadro que sigue presenta las principales recomendaciones realizadas hasta el momento a los países en materia de SSR. Se destaca la preocupación del Comité por la garantía de la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente el acceso al aborto y a la anticoncepción voluntaria. Asimismo, se subraya la educación en sexualidad y la información para el ejercicio de estos derechos en formatos accesibles y adecuados a la diversidad y etapa del ciclo vital.

13 países

Informes de la CDPD sobre SSR

ARGENTINA

En el informe del 2023 la CDPD saludó la derogación de la esterilización forzada y la aprobación de la ley de aborto. Sin embargo, recordó que la interpretación de esas normas debe ser consistente con la CDPD.

BOLIVIA

En el informe del 2016 la CDPD recomendó incluir el derecho al consentimiento libre e informado y la adopción de protocolos de atención, incluyendo en los servicios de salud sexual y reproductiva.

BRASIL

En el informe del 2015 la CDPD recomendó adoptar planes y asignar recursos para garantizar que los servicios generales de salud, incluidos los servicios de SSR y la información a este respecto, sean accesibles para las personas con discapacidad.

CHILE

En el informe del 2016 la CDPD recomendó hacer accesibles la información y servicios integrales de SSR en todo el territorio chileno, incluyendo la lengua de señas y formatos accesibles, el equipo y mobiliario.

COLOMBIA

En el informe del 2016 la CDPD recomendó asegurar que se garantice el consentimiento libre e informado de personas con discapacidad en la prestación de servicios de salud, incluyendo los de SSR y relativos al VIH SIDA y los servicios e intervenciones psiquiátricas, incluyendo los protocolos.

ECUADOR

En el informe del 2019 la CDPD recomienda diseñar protocolos de atención de salud específicos para personas con discapacidad, con un enfoque transversal de género e interseccionalidad. Recomienda que se reforme la Ley Orgánica de Salud para que se incluya un enfoque de derechos de este sector de la población y se prohíba expresamente la esterilización forzada y la interrupción del embarazo sin consentimiento. Asimismo, recomienda que se garantice la integridad y autonomía de las personas con discapacidad, sobre la base de un consentimiento libre e informado, y con apoyo en la toma de decisiones para solicitar o rechazar tratamientos en todos los procedimientos que les incumban.

EL SALVADOR

El informe del 2019 de la CDPD recomendó derogar la Ley de Equiparación de Oportunidades para Personas con Discapacidad, garantizar la eliminación del lenguaje peyorativo que se emplea en la legislación para referirse a las personas con discapacidad psicosocial o intelectual, velar por que sus programas nacionales de salud –entre ellos los de SSR– incluyan a las personas con discapacidad, especialmente mujeres y niñas con discapacidad, las personas con discapacidad psicosocial o intelectual y las personas sordas, ciegas y sordociegas.

GUATEMALA

En el informe del 2016 la CDPD recomendó asegurar que el derecho a los servicios de SSR estén a disposición de las mujeres con discapacidad de forma accesible y segura, tanto en zonas urbanas como en rurales.

HONDURAS

En el informe del 2017 la CDPD recomendó adoptar planes y asignar recursos para garantizar que los servicios generales de salud, incluidos los servicios de SSR y la información a este respecto, sean accesibles para las personas con discapacidad en su territorio, especialmente en zonas rurales y comunidades afrohondureñas e indígenas.

MÉXICO

En el informe del 2022 la CDPD recomendó velar por la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud, incluidos los de SSR, para las personas con discapacidad, en particular para las mujeres

y las niñas, mejorar la accesibilidad en zonas rurales y garantizar la autonomía en el acceso al aborto. También recomienda que se recopilen datos desglosados sobre el acceso de las mujeres con discapacidad a servicios seguros de SSR, y sobre las infracciones de su derecho a decidir si quieren abortar.

PARAGUAY

En el informe del 2023 la CDPD recomendó modificar la terminología y definiciones peyorativas para referirse a personas con discapacidad empleada en el art. 58 de la Constitución y en distintas normativas e instrumentos de recolección de datos. También recomendó acelerar la implementación del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2019-2023 y aprobar a la brevedad posible el proyecto de ley sobre SSR materna y perinatal.

PERÚ

En el informe del 2023 la CDPD recomienda que se incorporen a la Norma Técnica de Planificación Familiar actualizada las medidas específicas, incluyendo la provisión de ajustes razonables, apoyos y otros medios de verificación, que garanticen el consentimiento informado de las mujeres con discapacidad psicosocial para que tomen sus propias decisiones relacionadas con su cuerpo y sexualidad, así como sobre su salud reproductiva.

URUGUAY

En el informe del 2016 la CDPD recomienda adoptar planes y asignar recursos para garantizar que los servicios generales de salud, incluidos los servicios de SSR y la información al respecto, sean accesibles para las personas con discapacidad en su territorio.

Los informes del Comité de la CDPD dejan clara la necesidad de una armonización legislativa, en particular para garantizar el ejercicio autónomo de los derechos de SSR en los países estudiados. Para ello es importante que los Estados adopten medidas concretas como la revisión y reforma de sus marcos legales para incluir no solo el reconocimiento efectivo de derechos, sino también para asegurar el entorno normativo necesario que garantice el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad. Esto constituye una condición necesaria, aunque no suficiente, para su inclusión plena en la región. En relación al aborto, es preciso que las legislaciones se ajusten para garantizar la autonomía de las personas con discapacidad. Esto implica eliminar requisitos de consentimiento por parte de terceros, sean familiares o representantes legales, asegurar los apoyos y ajustes razonables que sean necesarios (solo Argentina, Chile, Colombia y Ecuador garantizan de manera específica los apoyos para el acceso al aborto), suprimir causales eugenésicas (como la salud fetal incompatible con la vida), y adoptar un criterio de salud integral que permita a cada persona tomar decisiones autónomas sobre su embarazo, sin discriminación basada en la condición del feto.