

POLÍTICAS Y BUENAS PRÁCTICAS

para el acceso a
servicios de salud
sexual y reproductiva
a mujeres con
discapacidad

EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Cita sugerida: UNFPA (2025). Políticas y buenas prácticas para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres con discapacidad en América Latina y el Caribe.

Copyright © 2025 Fondo de Población de las Naciones Unidas. Todos los derechos reservados

UNFPA-LACRO

Coordinación: Paula Antezana Rimassa
Consultora: Felicitas Rossi

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de la autora y de las personas entrevistadas, y no necesariamente representan la posición de UNFPA.

POLÍTICAS Y BUENAS PRÁCTICAS

para el acceso a
servicios de salud
sexual y reproductiva
a mujeres con
discapacidad

EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

2024

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	7
SIGLAS Y ABREVIATURAS	6
PRIMERA PARTE. POLÍTICAS PARA EL ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	8
1. Introducción	9
2. Contexto	12
3. Marco conceptual	15
4. Metodología	18
Etapa 1: Relevamiento y selección de países	18
Etapa 2: Sistematización y selección de temas	19
5. Políticas en salud sexual y reproductiva, violencia de género y discapacidad	21
5.1. Políticas regionales y subregionales	22
5.2. Leyes y políticas nacionales en salud sexual y reproductiva	28
Características del abordaje	30
A modo de síntesis	34
5.3. Leyes y políticas nacionales en violencia de género	37
Características del abordaje	38
A modo de síntesis	41
5.4. Leyes y políticas nacionales en discapacidad	43
Características del abordaje	44
A modo de síntesis	49
5.5. Instrumentos sobre salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad elaborados por organismos estatales	53
Breve caracterización	58
6. Conclusiones y recomendaciones	61
Bibliografía	67
Anexo: Listado de políticas analizadas	70

SEGUNDA PARTE. INICIATIVAS DE POLÍTICAS QUE INCLUYEN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD: BUENAS PRÁCTICAS 80

1. Presentación 81

2. Argentina: un grupo de trabajo en salud sexual y reproductiva y personas con discapacidad 83

Antecedentes, origen y conformación	83
Objetivos y líneas de trabajo	86
Retos en la implementación	93
Sostenimiento de la política	97
A modo de síntesis	97

3. Uruguay: un programa piloto sobre apoyos a la crianza a mujeres dependientes por motivos de discapacidad 99

Antecedentes y origen	99
Objetivos	103
Población beneficiaria, funcionamiento y prestaciones	104
Metas, evaluación y monitoreo	107
Consecuencias positivas no previstas	108
Retos en la implementación	109
Sostenimiento de la política y proyecciones a futuro	112
A modo de síntesis	113

4. Colombia: una resolución construida con las voces de organizaciones de personas con discapacidad para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva 115

Antecedentes y origen	115
Proceso de elaboración	117
Contenido	119
Difusión y asistencia técnica	121
Implementación y retos a futuro	123
A modo de síntesis	126

5. Análisis comparado 127

Elementos facilitadores	127
Elementos limitantes	129

6. Conclusiones y recomendaciones 130

Bibliografía 132

Siglas o abreviaciones

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

CARICOM: Comunidad del Caribe

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIM: Comisión Interamericana de Mujeres

COMISCA: Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

DIGESE: Dirección General de Evaluación y Seguimiento Estratégico

DINATD: Dirección Nacional de Atención y Desarrollo Territorial

DNSSR: Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

DSR: Derechos sexuales y reproductivos

EIS: Educación Integral de la Sexualidad

ENIA: Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia

EPS: Entidades Promotoras de Salud

IIN: Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes

ILE: Interrupción legal del embarazo

INAU: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INCI: Instituto Nacional para Ciegos

INSOR: Instituto Nacional para Sordos

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

LSA: Lengua de Señas Argentina

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay

NNyA: Niños, niñas y adolescentes

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ORAS-CONHU: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Plan ENIA: Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia

PNADIS: Programa Nacional de Discapacidad

PNSDSR: Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

PNSSR: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

PRONADIS: Programa Nacional de Discapacidad

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SSR: Salud sexual y reproductiva

UNASUR: Unión de Naciones Suramericanas

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNPRPD: Fondo de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

VG: Violencia de género

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

PRESENTACIÓN

La Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas presenta este documento, que recopila las principales políticas y planes nacionales, subregionales y regionales para promover el acceso de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva, así como a la prevención de la violencia basada en género. El objetivo es informar a gobiernos, sociedad civil y otras partes interesadas para facilitar el diseño de políticas públicas que fortalezcan el acceso a estos servicios, especialmente para las mujeres con discapacidad. La meta final es garantizar este acceso, promoviendo así el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los acuerdos del Programa de Acción de El Cairo y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

Agradecemos profundamente la valiosa información brindada por las personas entrevistadas y la colaboración de las oficinas de país de UNFPA.



1

PRIMERA PARTE

Políticas
para el acceso
a la salud
sexual y
reproductiva

Fondo de Población
de las Naciones Unidas



1. Introducción

Desde la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD), la inclusión de las personas con discapacidad en las leyes y políticas es un imperativo para construir sociedades más justas e igualitarias; y lograr alcanzar las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible¹ (Banco Mundial, 2021).

La obligación de transversalizar el enfoque de la discapacidad en las políticas públicas surge del art. 4.1 de la CDPD que establece el compromiso de los Estados de “tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad” (inc. c) a fin de asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de esta población sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. En este sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante Comité DPD), tiene dicho que el reconocimiento de que todas las personas con discapacidad son iguales ante la ley significa, no solo que no deben existir leyes que denieguen, restrinjan o limiten específicamente los derechos de las personas con discapacidad, sino también que deben incorporarse consideraciones relativas a la discapacidad en todas las leyes y políticas (Comité DPD, 2018a, párr. 14).

Asimismo, el Comité DPD estableció que la obligación de los Estados de hacer efectivos los derechos de las mujeres con discapacidad, impone un deber continuo y dinámico de adoptar y aplicar las medidas necesarias para asegurar el desarrollo, adelanto y potenciación de estas mujeres. Así, los Estados deben adoptar un enfoque doble. Por un lado, la incorporación sistemática de los intereses y los derechos de las mujeres y las niñas con discapacidad en todos los planes de acción, estrategias y políticas nacionales relativas a la mujer, la infancia y la discapacidad, así como en los planes sectoriales sobre, por ejemplo, la igualdad de género, la salud, la prevención de la violencia, la educación, la participación política, el empleo, el acceso a la justicia y la protección social. Por otro lado, la adopción de medidas selectivas y supervisadas dirigidas específicamente a las mujeres con discapacidad.

1. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible establece que la discapacidad no puede ser un motivo ni criterio para privar a las personas del acceso a programas de desarrollo y el ejercicio de los derechos humanos. El marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contiene siete metas referidas explícitamente a las personas con discapacidad y otras seis que se focalizan en las personas en situaciones vulnerables, entre ellas las personas con discapacidad.

En definitiva, el **enfoque de la doble vía** tiene como objetivo asegurar tanto la **inclusión transversal** de las mujeres con discapacidad en todas las políticas de género, como la implementación de medidas específicas para eliminar las **barreras particulares** que enfrentan debido a la intersección de la discapacidad y el género. Ello, de acuerdo al Comité DPD, es esencial para reducir la desigualdad respecto de la participación y del ejercicio de los derechos (Comité DPD, 2016).

Posteriormente, el Comité agregó que, a fin de cumplir con las obligaciones del artículo 4.3², los Estados partes deben celebrar consultas estrechas e integrar activamente a las personas con discapacidad, a través de sus propias organizaciones, en los marcos jurídicos y reglamentarios y los procedimientos en todos los niveles y sectores del Gobierno. Así, los Estados partes “deberían considerar las consultas y la integración de las personas con discapacidad como medida obligatoria antes de aprobar leyes, reglamentos y políticas, ya sean de carácter general o relativos a la discapacidad” (Comité DPD, 2018b, párr. 15).

A pesar de estos estándares, la consideración de las personas con discapacidad en leyes y políticas públicas, aún presenta enormes desafíos en la región. En este sentido, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, aprobado en 2013, si bien tuvo en cuenta la importante contribución de la CDPD en la incorporación de la discapacidad como parte integrante de las estrategias nacionales de desarrollo sostenible, no incluyó medidas prioritarias en relación a las personas con discapacidad (CEPAL, 2013). Recién en la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo reunida en Cartagena en 2024, y gracias a la incidencia del movimiento de mujeres con discapacidad, se reafirmó la importancia crucial de reforzar la gestión de política pública destinada a garantizar el pleno ejercicio de los derechos y desarrollo de la autonomía y calidad de vida de las personas con discapacidad; se resolvió crear el Grupo de Cartagena, con el fin de examinar posibles estrategias para avanzar en la integración de las personas con discapacidad; y se solicitó a los países que, en el marco de las presentaciones sobre los avances nacionales respecto de la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo informen sobre sus avances y las acciones de política pública ejecutadas en lo referente a la inclusión de las personas con discapacidad (CEPAL, 2024a).

Respecto a la salud sexual y reproductiva (en adelante SSR) de las personas con discapacidad, y su incorporación en leyes y políticas públicas, los retos son aún mayores.

En los últimos años, las oficinas de país del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) vienen desarrollando experiencias de trabajo relevantes para promover el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud sexual y reproductiva. Desde el trabajo en articulación con instituciones gubernamentales nacionales y la sociedad civil para la elaboración de protocolos o lineamientos de atención que faciliten a las mujeres con discapacidad el acceso a los servicios de SSR, hasta el desarrollo de

2. El artículo 4.3 dispone que: “En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan”.

cursos de capacitación y concientización dirigidos al personal de salud y el trabajo para el empoderamiento de las organizaciones de personas con discapacidad.

A pesar de algunos avances puntuales, este informe muestra que, **a nivel macro, en América Latina y el Caribe son pocas las políticas que incluyen objetivos, acciones, metas, indicadores y presupuesto dirigidos a promover los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, aun cuando se trata de políticas específicas en materia de discapacidad.**

En este sentido, este estudio presenta una sistematización de las políticas regionales, subregionales, y nacionales de 27 países de América Latina y el Caribe, con el objetivo de analizar si, cómo y en qué medida están dirigidas a promover el acceso de las personas con discapacidad a la SSR. Su estructura es la siguiente. En primer lugar, se presenta el estado de situación de los derechos de las personas con discapacidad en la materia, en base a los datos e investigaciones realizadas hasta el momento. En segundo lugar, se detalla el marco conceptual en el que se encuadra este trabajo, liderado por los postulados de la CDPD. En tercer lugar, luego de introducir los elementos que se estudiarán en cada política, se presenta el panorama a nivel regional y subregional donde se encontraron muy pocas políticas en los temas del estudio. En cuarto lugar, se realiza un análisis comparativo de las políticas nacionales vigentes y recientes³ en:

1. salud sexual y reproductiva,
2. violencia de género; y
3. discapacidad.

Seguidamente, se expone una breve descripción de los instrumentos (guías, protocolos, directrices y resoluciones) sobre SSR de personas con discapacidad que han elaborado diversos países de la región. Por último, algunas conclusiones y recomendaciones cierran el informe.

El trabajo se enmarca en el Plan Estratégico del UNFPA 2022-2025⁴ que incorpora la perspectiva de la discapacidad para alcanzar tres resultados transformadores: poner fin a la necesidad insatisfecha de anticoncepción, poner fin a las muertes maternas prevenibles y poner fin a la violencia de género. A su vez, el Plan Operativo para no Dejar a Nadie Atrás⁵ de la organización, brinda orientaciones para poner en práctica la perspectiva interseccional en la cual la discapacidad es un factor que, unido con otros, incide en la perpetuación de la discriminación y exclusión. Finalmente, la perspectiva de la discapacidad es desarrollada en profundidad en la Estrategia de Inclusión de la Discapacidad⁶ del UNFPA que sitúa a las personas con discapacidad en el centro de su labor y esboza un “enfoque institucional integral” centrado en acelerar la aplicación de los pilares de la Estrategia de Inclusión de la Discapacidad de las Naciones Unidas (UNDIS)⁷.

3. El presente estudio sistematiza y analiza las políticas nacionales que se encuentran vigentes a 2024 y aquellas cuyo período de vigencia venció en los últimos 5 años (2019-2023). Se incluyen también las políticas que no establecen período de vigencia en el entendimiento de que continúan vigentes (ver apartado sobre metodología).

4. Disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/board-documents/main-document/ES_DP.FPA_2021.8_-_UNFPA_strategic_plan_2022-2025.pdf

5. Disponible en inglés en <https://drive.google.com/file/d/1lqBa5nUEAV5KLDFWbQPlwS5T7UGoOu7S/view> y síntesis en español en https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/LNOB-SP_ES.pdf

6. Disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2021_Disability%20Inclusion%20Strategy_v06_es_HiRes.pdf

7. Disponible en <https://www.un.org/es/content/disabilitystrategy/>

2. Contexto

Las personas con discapacidad enfrentan barreras significativas que limitan su acceso a derechos fundamentales, perpetuando condiciones de desigualdad y mayores niveles de pobreza a nivel mundial. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada seis personas en el mundo es una persona con discapacidad, es decir aproximadamente el 17% de la población mundial (OMS, 2023). A su vez, en América Latina y el Caribe viven alrededor de 85 millones de personas con discapacidad –es decir, uno de cada tres hogares tiene al menos una persona con discapacidad (Banco Mundial, 2021). En comparación con las personas sin discapacidad, las condiciones de vida de las personas con discapacidad son desiguales en tanto enfrentan obstáculos en la mayor parte de los ámbitos de la vida para el ejercicio pleno de sus derechos: tienen poco acceso a la educación y a la salud, menores niveles de empleo, mayores costos de vida asociados a la discapacidad, menores posibilidades de desarrollarse, y como consecuencia, sufren mayores tasas de pobreza (Banco Mundial, 2023).

En materia de salud, siguiendo a la OMS, las desigualdades se derivan de las situaciones injustas que enfrentan las personas con discapacidad, y las barreras que encuentran en el acceso a los servicios, incluidos los servicios de SSR. En este sentido, diversos estudios e informes⁸ han demostrado que las personas con discapacidad –en especial, mujeres, niñas y adolescentes– enfrentan diversos obstáculos en el ámbito de la atención de la SSR y, en particular, para tener control y tomar decisiones autónomas sobre sus propias vidas.

Las barreras más frecuentes que impiden el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones que las demás personas, son las siguientes: a) **barreras actitudinales**: son las que atraviesan al conjunto de la sociedad y se generan en la falta de conocimiento sobre las necesidades y los derechos de las personas con discapacidad; en la existencia de diversos estigmas, prejuicios y estereotipos sobre ellas, particularmente extendidos respecto de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial; y en la prevalencia de paradigmas obsoletos de la discapacidad como las visiones asistencialista y médico/rehabilitadora; b) **barreras de accesibilidad**: este tipo de barreras impiden o limitan el acceso a los servicios (Comité DPD, 2014B), y pueden ser *físicas* (relacionadas con la

8. Cfr. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General N°3 (2016); Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas, Informe sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad (2017); OMS, Nota descriptiva sobre Discapacidad y salud (2023).

dificultad o imposibilidad de desplazarse o acceder a ellos a causa de su estructura edilicia inaccesible y la falta de equipamiento adaptado, entre otros), *comunicacionales* (relacionadas con la dificultad o imposibilidad de transmitir mensajes e interactuar y que afectan, en particular, a personas sordas, hipoacúsicas, ciegas, de baja visión y personas con discapacidad intelectual); e *informativas* (por falta de accesibilidad a la información general a través de recursos adaptados, así como la ausencia de información sobre las necesidades específicas de las personas con discapacidad). **Todas estas barreras generan que las personas con discapacidad no tengan acceso o se vean expulsadas de los servicios de salud.** En efecto, datos globales señalan que aproximadamente el 20% de las mujeres con discapacidad nunca ha utilizado servicios de SSR (DeBeaudrap *et al.*, 2019). Paradójicamente, estudios realizados en algunos países han demostrado que una proporción importante de personas con discapacidad están activas sexualmente (UNFPA, 2021; Pereira, 2021; Seidu *et al.* 2024).

Asimismo, investigaciones realizadas por UNFPA (2018a, 2018b) revelan que:

- las personas con discapacidad a menudo se encuentran aisladas y desempoderadas;
- tienen muy bajo nivel de conocimiento sobre temas de SSR. Existe el prejuicio de que, en particular las mujeres y niñas, no requieren este tipo de información y no son capaces de tomar sus propias decisiones acerca de su sexualidad y reproducción;
- los niveles de educación sexual integral son muy bajos y carecen de información básica sobre prevención del VIH, por ejemplo, lo cual puede llevar a comportamientos sexuales de riesgo, así como a embarazos no deseados y a ser víctimas de violencia sexual;
- hay un bajo uso de métodos anticonceptivos entre las personas con discapacidad por desconocimiento o por falta de acceso a los mismos. Los programas de prevención del embarazo en la adolescencia no toman en cuenta a las mujeres con discapacidad, al igual que otros programas de distribución de métodos anticonceptivos;
- aunque no se tienen estadísticas precisas, las mujeres con discapacidad no tienen acceso a servicios de prevención del cáncer, como el papanicolau o la mamografía, por la carencia de equipos accesibles y porque las campañas para el uso de estos servicios no toman en cuenta a estas poblaciones.

Esta situación se agrava en el caso de las niñas y adolescentes con discapacidad, quienes son más vulnerables a la discriminación múltiple e interseccional por razón de su edad, género y discapacidad, entre otros factores.

Además de las barreras mencionadas, según un estudio del Banco Mundial (2021), muchos países de América Latina y El Caribe no han adecuado sus legislaciones a los postulados de la CDPD y no reconocen la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás personas⁹ (art. 12 CDPD¹⁰). Esta falta de reconocimiento restringe el goce y ejercicio de otros derechos fundamentales, incluyendo el derecho a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y su salud sexual y reproductiva. Ello, además de afectar su dignidad y autonomía, puede facilitar intervenciones forzadas, como la esterilización, el aborto, la anticoncepción, la mutilación genital femenina, las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos realizados en niños intersexuales sin su consentimiento informado y la detención forzosa en instituciones (Comité DPD, 2016, párr. 44).



9. El estudio afirma que solo 6 países de la región “han alineado sus obligaciones bajo la ley de discapacidad con sus obligaciones generales bajo los códigos civiles, comerciales y familiares: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Perú y Venezuela. Otros países, como Ecuador, El Salvador y Nicaragua, tienen disposiciones específicas en las leyes de discapacidad, pero no han armonizado el marco legal más amplio. Ninguno de los países del Caribe reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en las leyes sobre discapacidad ni en otras, mientras que otros países están en proceso de reformar sus sistemas (Chile, Paraguay y República Dominicana)” (García Mora et al. 2021).

10. Según el art. 12 de la CDPD, los Estados deben: reconocer que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida; adoptar las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica; y asegurar que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos (inc. 2, 3 y 4).

3. Marco conceptual

El presente informe enmarca su análisis en los principios y derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006, que representa un cambio de paradigma en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad. La CDPD se basa en los postulados del modelo sociológico de la discapacidad, más conocido como el “Modelo Social de la Discapacidad” (Oliver, 1990)¹¹, para adoptar el “Modelo de Derechos Humanos de la Discapacidad”. Tal como afirma Palacios, el postulado fundamental del modelo social es que:

“las causas que dan origen a la discapacidad no son individuales (de la persona), sino sociales –o al menos, preponderantemente sociales–. Es decir, que no serían las limitaciones individuales las raíces de la ‘discapacidad’, sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de todas las personas sean tenidas en cuenta dentro de la organización social” (Palacios 2008:314).

Bajo este nuevo paradigma, entonces, la discapacidad es “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Preámbulo inc. e, CDPD). Por su parte, el Modelo de Derechos Humanos de la Discapacidad adoptado por la CDPD entiende que las personas con discapacidad son sujetos de derechos, con igual dignidad y valor que las demás personas, y que es obligación del Estado reconocer que son titulares de todos los derechos humanos y que son plenamente capaces de ejercerlos por sí mismas. Así, su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente (art. 1). A su vez, la CDPD

11. Los postulados que sustentan el modelo social de la discapacidad se originan en las décadas del 60 y 70 de la combinación entre militancia y academia en el ámbito anglosajón. Una de los referentes más conocidos de los Estudios Críticos de la Discapacidad fue el sociólogo y activista inglés Mike Oliver quien, en los años 80, acuñó la noción de “modelo social de la discapacidad” que se consolida en 1990 con la publicación de su influyente obra *The Politics of Disablement* (Oliver, 1990). El autor contrasta el modelo individual de la discapacidad en ese entonces imperante frente al modelo social, afirmando que la causa de la discapacidad no es un problema individual, sino un problema social derivado del fracaso de la sociedad para brindar servicios adecuados a las personas con discapacidad, erigiendo, en su lugar, barreras que impiden su plena participación social (Oliver, 1990a).

impone a los Estados deberes especiales de garantía de sus derechos y de obligaciones positivas para asegurar la igualdad de condiciones en el acceso a servicios esenciales, como la salud sexual y reproductiva.

En particular, el artículo 25 de la CDPD resalta el derecho de las personas con discapacidad a disfrutar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación, y menciona expresamente la obligación de los Estados de proporcionar servicios de salud, incluida la atención a la salud sexual y reproductiva, en igualdad de condiciones. Asimismo, el artículo 23 de la Convención subraya la protección de los derechos de las personas con discapacidad en temas relacionados con la vida familiar y reproductiva, reafirmando su derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y planificación familiar, y que se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer sus derechos. El artículo 9, por su parte, asegura el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público. La CDPD, también, obliga a los Estados a tomar medidas para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso (art. 16); y a adoptar medidas para luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida (art. 8).

Por otra parte, la CDPD en su preámbulo reconoce que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación. Y El artículo 6 reconoce que “las mujeres y las niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación”, exhortando a los Estados a tomar medidas para eliminarlas. En particular, a fin de garantizar protección frente a la violencia, el abuso y la explotación que pueden atravesar las personas con discapacidad, el artículo 16.2 de la CDPD les exige a los Estados que aseguren, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Para garantizar una protección efectiva y significativa en estos casos, es esencial que tanto los servicios de apoyo y protección como los procedimientos sean accesibles en los términos del artículo 9 de la CDPD. En este sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (Comité DPD), en su Observación General N°3, agregó que esto es especialmente pertinente respecto del acceso de las mujeres con discapacidad a centros de acogida, servicios de apoyo y procedimientos que ofrezcan protección efectiva y significativa frente a la violencia, el abuso y la explotación, o de la prestación de servicios de atención de la salud, en particular de atención de la salud reproductiva (Comité DPD, 2016, párr. 48). En esta misma Observación, el Comité enfatizó, además, que los Estados deben garantizar que las mujeres con discapacidad puedan ejercer su capacidad jurídica,

en particular con respecto a las decisiones sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, incluido su derecho a fundar una familia y criar a sus hijos.

En concordancia, la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2017) alertó sobre la discriminación y los estigmas persistentes que afectan a este colectivo, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. También subrayó la importancia de implementar políticas públicas que promuevan el acceso a servicios de salud integrales, con enfoque de derechos humanos y libre de coerción, violencia o estigmatización. Y, siguiendo al Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (2016), la Relatora afirmó, además, que los Estados deben velar por la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud y derechos sexuales y reproductivos. Por último, la Relatora, en sintonía con el art. 25 inc. d) de la CDPD¹², declaró que los Estados deben poner fin a todos los procedimientos que afecten la salud y los derechos sexuales y reproductivos de niñas y mujeres jóvenes con discapacidad, que no cuenten con su consentimiento libre e informado antes de cualquier tratamiento médico, incluidas la esterilización forzada, el aborto forzado y la anticoncepción forzada (párrs. 31 y 62.i).

En definitiva, los órganos y relatores de Naciones Unidas dedicados específicamente a la temática, a través de sus observaciones generales, informes y recomendaciones a los Estados, reiteran la importancia de asegurar que las políticas públicas sean inclusivas y accesibles para las personas con discapacidad, con especial énfasis en los servicios de salud sexual y reproductiva y de atención a la violencia de género para mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad. Entre los puntos clave, destacan la necesidad de eliminar barreras físicas, comunicativas y actitudinales que limitan el acceso a estos servicios, así como garantizar la provisión de información accesible y adaptada, de manera que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos de forma plena sobre la base de su consentimiento libre e informado.

Este marco conceptual fundamenta el análisis de las políticas públicas en América Latina, evaluando su grado de alineación con los estándares internacionales y su capacidad de garantizar la inclusión efectiva de las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y su derecho a una vida libre de violencia por razones de género.

12. Este artículo dispone que los Estados parte: d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.

4. Metodología

La metodología empleada para la recopilación y análisis de las leyes y políticas que abarca este estudio, se llevó a cabo en dos etapas principales:

Etapas 1: Relevamiento y selección de países

A fin de relevar las leyes y políticas existentes en la región, se realizaron las siguientes acciones: en primer lugar, se realizó una amplia búsqueda online de documentos oficiales en base a palabras clave en los sitios web de organismos públicos nacionales como los Ministerios de Salud, instituciones de discapacidad, órganos para el avance de los derechos de las mujeres y géneros de cada país; los sitios web de las gacetas o boletines oficiales nacionales. Se revisó, también, el compendio de leyes de salud sexual y reproductiva y de violencia contra las mujeres del Observatorio de igualdad de Género de América Latina y el Caribe publicado en 2021¹³; y la plataforma de seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, que contiene una sección sobre leyes y políticas en salud sexual y reproductiva, actualizada a 2023¹⁴. Asimismo, se consultaron los últimos informes finales de los países de la región elaborados por el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (estos documentos suelen contener información relevante sobre avances normativos y de políticas en los Estados, así como también sobre las obligaciones pendientes a fin de cumplir con las obligaciones derivadas de los tratados de derechos humanos respectivos).

A nivel regional y subregional se relevaron los sitios web de los órganos especializados de la Organización de Estados Americanos (Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes (IIN), Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) y Organización Panamericana de la Salud (OPS)), y de organismos de las subregiones de: Centroamérica, como COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana), y el Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica; el Caribe

13. Disponible en <https://oig.cepal.org/es/laws/8>.

14. Las leyes y políticas disponibles en el sitio web <https://consensomontevideo.cepal.org/es/laws-policies>, se trata de información brindada por los países de la región en sus informes voluntarios nacionales presentados en el período 2017-2019 y en la respuesta de los países a la Encuesta regional para actualizar la Plataforma, implementada por la Secretaría Técnica en 2023.

como CARICOM (Comunidad del Caribe); y de América del Sur como Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR); Mercosur (Mercado Común del Sur), y el Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU).

Se buscaron instrumentos de política tales como leyes, planes, programas, y estrategias en salud sexual y reproductiva y en temáticas específicas como prevención del embarazo adolescente; atención y cuidado de la salud durante el embarazo, parto y puerperio; interrupción voluntaria del embarazo; atención pre y post aborto; y anticoncepción. También, se revisaron leyes, planes, programas y estrategias en violencia de género, y en discapacidad. Por último, se buscaron instrumentos de rango no legal como protocolos, guías, manuales o resoluciones para la atención de la salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad generales, o en temáticas específicas como las ya mencionadas.

En segundo lugar, se realizaron consultas a los puntos focales de las oficinas de UNFPA en la región a fin de que completaran un cuadro con información acerca de leyes y políticas nacionales en SSR y discapacidad.

A nivel nacional, se logró obtener información sobre 27 países de América Latina y el Caribe. Ellos son Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay, y Venezuela.

Etapas 2: Sistematización y selección de temas

En una segunda instancia, se sistematizó la información relevada en una matriz de datos a fin de facilitar el análisis comparado de las políticas públicas identificadas.

Teniendo en cuenta el extenso número de actos legislativos, e instrumentos de política pública existentes en los países de la región, para el desarrollo de este informe, a nivel nacional, el análisis se acotó a las leyes y políticas marco en salud sexual y reproductiva; leyes y políticas marco en prevención y protección contra la violencia de género; y leyes y políticas marco en discapacidad; y también se analizaron los instrumentos específicos en SSR de personas con discapacidad.

Por otra parte, se optó por incluir en la sistematización y análisis no sólo las políticas nacionales que se encuentran vigentes a 2024, sino también aquellas cuyo período de vigencia venció en los últimos 5 años (2019-2023). Esta inclusión tiene como fin enriquecer el estudio con políticas que ya han vencido pero que constituyen buenos ejemplos en la intersección entre SSR, violencia de género y discapacidad. También se incluyen políticas que no establecen período de vigencia entendiendo que continúan vigentes, salvo que su año de publicación sea anterior a la entrada en vigencia de la CDPD.

A nivel regional y subregional, se resolvió ampliar el período de estudio y las temáticas seleccionadas, dado que se encontraron pocos instrumentos del tipo que abarca este trabajo, de modo que se incorporaron a la sistematización políticas sobre temas en prevención del embarazo adolescente; VIH; salud de mujeres, niñas y adolescentes; y salud en general.

Entre leyes y políticas regionales, subregionales y nacionales, se analizaron más de 140 instrumentos.

De cada política, en una matriz, se sistematizó la siguiente información: nivel (nacional, subregional, regional); país; tipo de documento (legislación o política); nombre del documento junto con su año de publicación o período de vigencia; enfoques o principios; objetivo general; líneas de acción estratégicas, metas; indicadores; presupuesto; y evaluación y monitoreo.

En Anexo, se listan todas las políticas analizadas junto con el enlace en el que se encuentran disponibles.



5. Políticas en salud sexual y reproductiva, violencia de género y discapacidad

Las políticas, planes, estrategias, programas son documentos de política que indican los objetivos, las acciones, los plazos y los recursos necesarios para alcanzar metas de desarrollo concretas. Estos instrumentos pueden ser una valiosa herramienta para promover los derechos de las personas con discapacidad en tanto buscan hacer operativas normas meramente declarativas.

Si bien el contenido y la estructura de estos instrumentos varían, suelen presentar varios elementos comunes: a) una declaración de compromiso donde se menciona el propósito de la política, junto con el marco normativo nacional e internacional, y otros compromisos internacionales pertinentes; b) los antecedentes y el contexto con una presentación del estado de situación del tema sobre el que trata la política; c) el marco conceptual junto con los principios o enfoques que orientan la política d) el objetivo general que debe estar en consonancia con las normas o estándares sobre derechos humanos o desarrollo acordados a nivel internacional; f) los objetivos específicos, claramente definidos, viables y mensurables; g) los lineamientos de acción, y en su caso, las acciones o actividades concretas que se llevarán a cabo para alcanzar los objetivos; h) las metas e indicadores de desempeño que deben ser simples y comprensibles para permitir realizar la evaluación de la implementación de la política; i) en su caso, los organismos responsables de cada acción a ejecutar; j) los plazos para cada una de las actividades previstas; k) el mecanismo para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la política; y l) la determinación del presupuesto para la ejecución de la política y de dónde procederán los fondos.

Teniendo en cuenta los elementos mencionados, a continuación, se realizará un análisis de las políticas regionales, subregionales y nacionales relevadas con el objetivo de examinar si, cómo y en qué medida están dirigidas a promover el acceso de las personas con discapacidad a la SSR.

A nivel nacional, se agrega además una breve descripción de las leyes marco en cada una de las temáticas seleccionadas: SSR, violencia de género y discapacidad.

El examen de las políticas nacionales sobre salud sexual y reproductiva y sobre violencia de género, versará sobre las líneas de acción, indicadores y metas que mencionen a la discapacidad o a las personas con discapacidad; y el estudio de las políticas de discapacidad se centrará en las líneas de acción, indicadores y metas que mencionen la salud sexual y reproductiva y la violencia de género contra las personas con discapacidad.

Las líneas de acción, por un lado, constituyen el núcleo central de una política, ya que son las medidas que deberán adoptarse para hacer realidad sus objetivos. Por otro lado, los indicadores y las metas son esenciales para determinar en qué medida la política va por buen camino o ha alcanzado sus objetivos y propósitos, y contribuyen a valorar qué pasos deberán darse en el futuro. Sobre el final de cada subsección, se agrega una síntesis de las observaciones principales junto con información sobre otros aspectos de las políticas como la previsión del presupuesto necesario, su monitoreo y evaluación, y la participación de organizaciones de personas con discapacidad en su elaboración.

A nivel regional y subregional, se presenta un panorama de las políticas relevadas en temas de discapacidad y diversas problemáticas de SSR, por organismo. Como se dijo en el apartado metodológico, el período de estudio y las temáticas se ampliaron para enriquecer el estudio, dado que se encontraron pocos instrumentos a este nivel. El análisis hará foco en las líneas de acción, metas e indicadores que mencionen la discapacidad o, en su caso, la SSR de las personas con discapacidad.

5.1. Políticas regionales y subregionales

A nivel regional y subregional se han encontrado algunas políticas relevantes pero sus referencias o lineamientos en materia de SSR de personas con discapacidad, salvo excepciones, son limitados o muy generales. A lo largo del tiempo, sin embargo, se observan algunos avances.

En el ámbito subregional, por ejemplo, la Política Andina en Salud para la Prevención de la Discapacidad y para la Atención, Habilitación/Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, elaborada por el Organismo Andino de Salud (**ORAS-CONHU**) en 2010, y cuyo propósito es orientar y fortalecer la gestión sanitaria de los países de la Subregión Andina en la materia, **no hace referencia a la salud sexual y reproductiva de esta población**. Un plan más reciente del mismo organismo sobre prevención y reducción del embarazo en adolescentes (2017-2022), menciona la condición de discapacidad únicamente en relación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, pero **luego no incluye a las adolescentes con discapacidad entre sus objetivos, líneas de acción estratégicas ni actividades**. En cambio, la política publicada en 2022 en este mismo tema, la Política Andina de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la Prevención del Embarazo en la Adolescencia, no solo menciona las dificultades que enfrentan las adolescentes con discapacidad en el acceso a servicios, sino que las **incluye en un lineamiento estratégico general junto con otros grupos en situación**

de vulnerabilidad: “Los programas de SSRA de los países deben ampliar su oferta de atención de manera inclusiva a todos los adolescentes, comprendidos los subgrupos marginados, como los adolescentes (...) que viven con discapacidades (...), avanzando también así hacia el acceso universal” (pág. 45). Esta política no establece metas e indicadores (según su texto, serán incluidos en un futuro plan de acción).

Por su parte, la Comunidad del Caribe (**CARICOM**) ha elaborado dos políticas interesantes cuyas referencias a la discapacidad son exiguas. Por un lado, el Marco Estratégico Regional del Caribe sobre el VIH y el SIDA (CRSF) 2019-2025¹⁵, solo menciona la discapacidad en el apartado sobre contexto económico, pero luego **no considera a las personas con discapacidad ni en su meta, principios rectores, objetivos, ni estrategias**. Por otro, el Plan Estratégico Regional de Salud del Caribe (2015-2019)¹⁶, reconoce la falta de leyes y políticas públicas en materia de discapacidad; el estigma y la discriminación que enfrentan las personas con discapacidad; la falta de capacitación de educadores y otros profesionales para facilitar el desarrollo y participación de las personas con discapacidad; pero solo una estrategia muy general dispone transversalizar la inclusión en la política pública, entre otras, de las personas con discapacidad. Este plan no hace referencia a la salud sexual y reproductiva.

También en el ámbito subregional, el Plan Estratégico para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y República Dominicana 2019-2023, del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (**COMISCA**) menciona la discapacidad dentro del principio de equidad de género en salud, y luego **incluye una acción clave dirigida a elaborar y adoptar una propuesta de estándares regionales para establecer servicios de salud amigables y de calidad para jóvenes y adolescentes, con énfasis en la atención de adolescentes con discapacidad**, entre otros grupos en situación de vulnerabilidad; con las metas e indicadores que figuran en el Cuadro 1.



15. Traducción propia del original en inglés: Caribbean Regional Strategic Framework on HIV and AIDS (CRSF) 2019-2025.

16. Traducción propia del original en inglés: Strategic Plan for the Caribbean Community 2015-2019: repositioning CARICOM.

Cuadro 1: Indicadores y metas del lineamiento estratégico 2 “Servicios de salud preparados para asegurar la atención integral en la adolescencia”, incluido en la Plan Estratégico para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y República Dominicana 2019-2023 del COMISCA.

Resultado esperado: Implementados servicios de salud amigables para los y las adolescentes que involucre la participación de adolescentes de ambos sexos, la familia, la escuela y la comunidad, los medios de comunicación, las instituciones basadas en la fe, entre otros, que tomen en cuenta su desarrollo integral en el marco de la Determinación Social de la Salud (DSS).				
Indicadores	Fórmula de medición	Línea base	Meta	Año
Documento de estándares regionales consensuados para los servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes. Se elaborará tomando de referencia las “Normas Mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes” de OPS/OMS	Número de documentos	0	1	2019
Número de países que adoptan los estándares regionales para servicios de salud amigable y de calidad elaborados en el marco de este plan.	Sumatoria de países que adoptan estándares	0	8	2023

Fuente: Extracto del cuadro incluido en el Plan Estratégico para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y República Dominicana 2019-2023 del COMISCA, pág. 50.

Este mismo organismo elaboró una Estrategia para la Equidad e Igualdad en Salud entre Mujeres y Hombres en Centroamérica y República Dominicana 2023-2030 que contiene una línea de acción para impulsar intervenciones que garanticen una atención integral en salud desde un enfoque de igualdad y equidad a grupos poblacionales en condiciones de especial vulnerabilidad y exclusión, **con especial atención a las personas con discapacidad**, entre otros grupos que menciona. El resultado esperado es que las necesidades e intereses específicos de mujeres y hombres en los lineamientos, normas, guías u otro documento institucional, **en particular priorizando la prevención de la violencia y atención a la salud sexual y la salud reproductiva**. Esta Estrategia establece metas e indicadores claros asociados a esta acción (cuadro 2).

Cuadro 2: Línea de acción que menciona a las personas con discapacidad, resultado esperado, meta e indicadores, incluidos en la Estrategia para la Equidad e Igualdad en Salud entre Mujeres y Hombres en Centroamérica y República Dominicana 2023-2030 del COMISCA.

Línea de acción	Impulsar intervenciones que garanticen una atención integral en salud desde un enfoque de igualdad y equidad entre mujeres y hombres a grupos poblacionales en condiciones de especial vulnerabilidad y exclusión con especial atención a las mujeres: indígenas, afrodescendientes, migrantes, privadas de libertad, trabajadoras sexuales, LGBTI, personas con discapacidad, adolescentes, personas adultas mayores a lo largo de su curso de vida.
Resultado esperado	Incorporadas necesidades e intereses específicos de mujeres y hombres en los lineamientos, normas, guías u otro documento institucional, en particular priorizando la prevención de la violencia y atención a la salud sexual y la salud reproductiva
Indicador de resultado	Lineamientos, normas, guías u otro documento institucional que incorporan las necesidades e intereses específicos de mujeres y hombres pertenecientes a poblaciones en condiciones de especial vulnerabilidad, priorizando la prevención de la violencia y la atención a la salud sexual y reproductiva
Meta	Al menos 5 países, por cada año de la estrategia, implementan acciones sobre necesidades e intereses específicos de mujeres y hombres dirigidas a grupos poblacionales en condiciones de especial vulnerabilidad
Indicador de meta	Número de acciones para proteger la salud de las poblaciones vulnerables implementadas

Fuente: elaboración propia en base al cuadro incluido en la Estrategia para la Equidad e Igualdad en Salud entre Mujeres y Hombres en Centroamérica y República Dominicana 2023-2030 del COMISCA

En el ámbito del **Mercosur** no se ha encontrado ningún instrumento relevante del tipo que interesa a este estudio, solo dos documentos en materia de SSR suscriptos por los Ministros de Salud de los países del Sur. Una Resolución de 2007¹⁷ con recomendaciones para las políticas de salud sexual y reproductiva en los Estados partes y asociados, que no menciona a las personas con discapacidad. Y un Acuerdo de 2017¹⁸, que sí las menciona en dos oportunidades, por el cual los Ministros de Salud declaran promover la formación de recursos humanos de la salud para la consejería, incluyendo la escucha calificada y activa, y oferta de acciones y servicios de atención integral de la salud sexual y salud reproductiva, respetando la diversidad sociocultural, de sexo, género, etnia/raza, edad, orientación sexual y *personas con discapacidad*; y promover y fortalecer políticas, acciones y estrategias para la prevención, detección y abordaje integral e intersectorial de situaciones de violencia sexual, de género o entre parejas, contemplando los ciclos de vida, *personas con discapacidad*, diversidades socioculturales, de sexo, etnia/raza y orientación sexual.

17. MERCOSUR, Recomendaciones para las políticas de salud sexual y reproductiva en los Estados partes y Asociados del MERCOSUR, RMS, Acuerdo N° 06/07, 15 de junio 2007, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-11/anexo_7_acuerdo_rms_06_07_mercosur.pdf

18. MEROSUR, Declaración de Ministros de Salud y Estados Asociados sobre la Salud Sexual y Reproductiva, Reunión Ministros de Salud (RMS), del 07/12/2017, en <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/pdf/32986.pdf>

A nivel regional, la **Organización Panamericana de la Salud**, ha elaborado algunas políticas relevantes en materia de SSR, que contienen pocas referencias y líneas de acción en discapacidad:

- La Estrategia y Plan de Acción para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita (2010), y el Marco para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH, la Sífilis, la hepatitis y la Enfermedad de Chagas (2017), **no mencionan a las personas con discapacidad**.
- El Plan de Acción Sobre Discapacidades y Rehabilitación (2014) menciona a la salud sexual y reproductiva como uno de los derechos consagrados en la CDPD, pero luego **no incluye ninguna línea estratégica de acción** en la materia.
- La Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para abordar la violencia contra la Mujer (2015) refiere que las mujeres con discapacidad enfrentan un riesgo mayor de sufrir violencia que otras mujeres, y menciona a la discapacidad dentro de uno de los principios de la política: el de igualdad y no discriminación en el sentido de que los servicios de atención de salud deben ser ofrecidos a todas las personas independientemente de su condición. Sin embargo, luego **no las incluye en sus líneas estratégicas**.
- El Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2018-2030) reconoce a las personas con discapacidad como uno de los grupos que siguen estando estructuralmente subatendidos o siguen siendo invisibles en los programas, estrategias y planes de salud. Más adelante, **las menciona dentro de la línea estratégica de acción 2** referida a la promoción de la equidad en materia de salud y bienestar. Textualmente, dice que “las estrategias específicas deben estar diseñadas para llegar a los grupos marginados o invisibles, como (...) las personas con discapacidad” y que la participación de estos grupos en la elaboración de intervenciones es esencial y contribuirá a adoptar enfoques innovadores y más eficaces (párr. 34), pero **luego no las considera entre sus objetivos, indicadores, metas, ni actividades concretas**. En otra línea estratégica de acción, menciona el objetivo de garantizar el acceso universal de las mujeres, niños y adolescentes a los servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva, y a información al respecto, pero no hace referencia a las personas con discapacidad.

Por su parte, la **Organización de Estados Americanos** publicó en 2018 el Programa de Acción para el Decenio de las Américas por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (2016-2026). Entre sus objetivos, este programa se propone **ampliar, mejorar y asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva**, en igualdad de condiciones con las demás y asegurando que los servicios existentes incorporen la perspectiva de discapacidad y que se garantizará que todo servicio de salud sea brindado sobre la base de un consentimiento libre e informado de la persona con discapacidad. También incorpora el objetivo de garantizar que las personas con discapacidad no sufran situaciones de violencia y el acceso a la justicia. Luego, contiene **5 líneas de acción relevantes** para el tema de este estudio, aunque sin metas ni indicadores asociados:

1. Proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de salud gratuitos o a precios asequibles, de la misma variedad y calidad que los que proporcionan a las demás, incluyendo al ámbito de la salud sexual y reproductiva;
2. Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso general, entre otras, a la educación en salud sexual y reproductiva sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás con los ajustes razonables necesarios;
3. Implementar medidas para prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia producida en el ámbito público o privado contra las personas con discapacidad, en particular la violencia obstétrica hacia las mujeres con discapacidad;
4. Erradicar el modelo de sustitución de la voluntad de las personas con discapacidad y desarrollar las acciones pertinentes para proporcionar acceso al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica tales personas, así como en la toma de decisiones;
5. Garantizar que los Estados adopten la legislación y medidas concretas y efectivas que aseguren que todas las personas con discapacidad cuenten con procedimientos que les faciliten brindar el consentimiento libre e informado para tratamientos médicos; con la aplicación de medidas de accesibilidad, apoyos y ajustes razonables.

En definitiva, las políticas analizadas, tanto a nivel regional como subregional, contienen pocas referencias y líneas de acción en relación a las personas con discapacidad; los lineamientos existentes, salvo excepciones, son limitados o muy generales; y solo las políticas más actuales incluyen referencias o líneas de acción específicas dirigidas a promover la SSR de las personas con discapacidad.

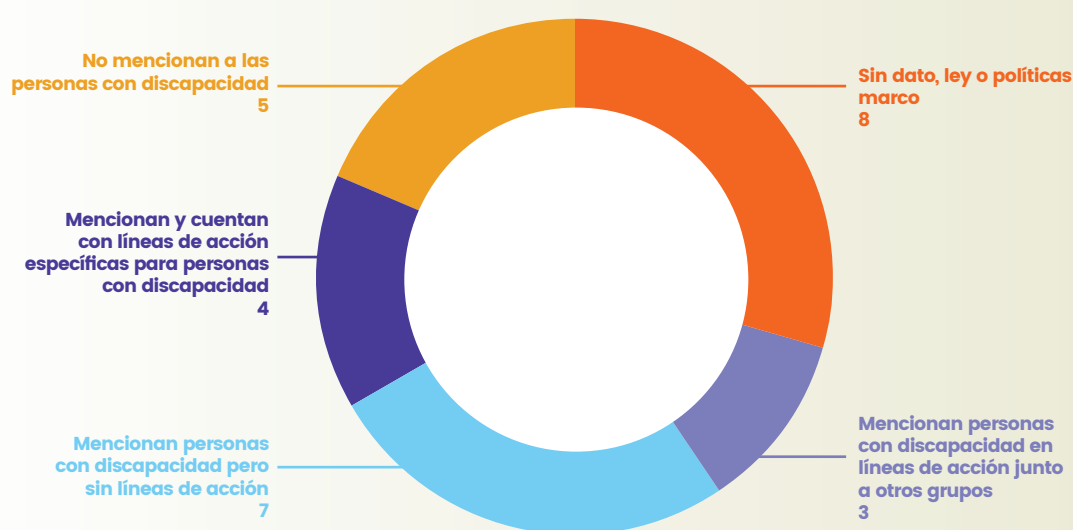


5.2. Leyes y políticas nacionales en salud sexual y reproductiva

Si bien ha habido avances en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en algunos países de la región, son muy pocos los que, en sus leyes y políticas, abordan los diversos obstáculos que enfrentan en el acceso a los servicios.

En efecto, más de la mitad de los países (14 de 27) mencionan a las personas con discapacidad en sus leyes o políticas nacionales en SSR (ver Gráfico 1). Ahora bien, de los 19 países con leyes marco o políticas nacionales vigentes o recientes¹⁹, la mitad (10) refieren a las personas con discapacidad junto con otros grupos en situación de vulnerabilidad (3 en líneas de acción, 7 en referencias, lineamientos o compromisos generales), mientras que **solo 4 países proponen líneas de acción específicas para atender las necesidades y derechos de las personas con discapacidad; y 5 países no las mencionan.**

Gráfico 1. Leyes o políticas marco en SSR que mencionan o no a las personas con discapacidad en países de la región.



Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Nota: el análisis incluye 4 leyes y 15 políticas marco nacionales en salud sexual y reproductiva vigentes o recientes en 27 países de América Latina y el Caribe. En 8 países no se encontró información, ley o política marco en SSR.

19. Los países con políticas nacionales en SSR vigentes a 2024 son: Chile (2018, sin período de vigencia), Guyana (2019, sin período de vigencia), Honduras (2016-2025), México (2020-2024), Panamá (2021-2025), Surinam (2020-2030), y Trinidad y Tobago (2020-2030). Los países con políticas nacionales en SSR recientes (cuyos períodos de vigencia vencieron en los últimos 5 años) son: El Salvador (2012-2019), Colombia (2014-2021), Ecuador (2017-2021), Costa Rica (2010-2021), Paraguay (2019-2023), Venezuela (2014-2019), Haití (2019-2023), y Jamaica (2014-2019). Los países con leyes marco en SSR son: Argentina, Uruguay, Guatemala, y Brasil. No se consideraron las políticas nacionales en salud sexual y reproductiva de Bolivia (2009) en tanto su período de vigencia venció en 2015; de Nicaragua (2008) que, si bien no establece período de vigencia, sus metas alcanzan hasta 2015; y Bahamas y Belice por ser anteriores a la entrada en vigor de la CDPD.

Por un lado, el cuadro que sigue muestra que, **de los 4 países con leyes o normativas marco en salud sexual y reproductiva, solo uno refiere a las personas con discapacidad²⁰ pero con un término inadecuado que debería ser modificado.** Este es el caso de Uruguay que tiene una ley marco en SSR, cuyo decreto reglamentario²¹ dispone que los servicios de SSR deberán brindarse con abordaje igualitario (respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación, entre otras, por *capacidades diferentes*) y calificado (tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, “incluyendo las derivadas de las *capacidades diferentes*”).

Cuadro 3: Países con leyes marco en SSR que mencionan o no a las personas con discapacidad.

Países con leyes marco en SSR		
País	Ley	¿Menciona a las personas con discapacidad?
Uruguay	Ley N° 18.426, sobre Salud Sexual y Reproductiva (2008) y Decreto N° 293/010 (2010)	Si, art. 3 del decreto reglamentario
Argentina	Ley N° 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002)	No
Brasil	Ley N° 9.263, Ley de Planificación Familiar (1996)	No
Guatemala	Decreto Número 87-2005, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (2005)	No

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Por su parte, Brasil tiene una ley marco de planificación familiar que no menciona la discapacidad, pero en 2018 ha instituido una Agenda mediante resolución ministerial²² cuyo objetivo general es “ampliar y fortalecer la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en todos los ciclos de vida, con o sin discapacidad”²³. Dentro de sus objetivos específicos, esta Agenda incluye reorganizar los procesos de trabajo en la atención primaria, considerando la singularidad de las personas con discapacidad, entre otros grupos, en el acceso a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Por otro lado, de los 15 países con políticas nacionales en SSR, 13 mencionan la discapacidad²⁴, ya sea citando a la CDPD como parte de su marco normativo, refiriendo a las personas con discapacidad como grupo en situación de vulnerabilidad sujeto de la política, o incluyendo líneas de acción generales o específicas para promover el acceso a la SSR de las personas con discapacidad.

20. Las leyes de Argentina, Guatemala y Brasil no mencionan la discapacidad.

21. Art. 3 del Decreto N° 293/010, reglamentación de la Ley N° 18.426 sobre salud sexual y reproductiva.

22. “Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres”, instituída mediante Portaria N° 2.234, del 23 de julio de 2018.

23. Traducción propia del original en portugués.

24. Las políticas de Panamá y Haití no mencionan a las personas con discapacidad.

CARACTERÍSTICAS DEL ABORDAJE

Analizando las políticas más en detalle, se observa que todas ellas reconocen a las personas con discapacidad como un grupo en situación de vulnerabilidad que merece especial atención, ya sea dentro de los antecedentes sociodemográficos o del estado de situación de la SSR en el país respectivo, o dentro de sus enfoques o principios²⁵. Sin embargo, no todas mencionan a la CDPD como parte de su marco normativo, a pesar de que todos los países que incluye este estudio ratificaron dicho tratado²⁶.

A su vez, gran parte de las líneas de acción de estas políticas mencionan la discapacidad o a las personas con discapacidad en conjunto con otras variables o grupos de personas en situación de vulnerabilidad o refieren a los grupos sujetos del plan sin mencionarlos²⁷; y, como veremos más adelante, **son pocas las políticas que incluyen líneas de acción específicas para las personas con discapacidad**. Algunas directamente no las contemplan en sus líneas o estrategias de acción.

Así, por ejemplo, el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 de **México**, si bien menciona a la discapacidad como eje transversal, luego **no incluye ninguna línea de acción específica para promover el acceso a la SSR de las personas con discapacidad**, ni las señala entre sus metas e indicadores. Solo una acción hace una referencia general a los “grupos de población” sujetos del plan para atender sus necesidades específicas en materia de anticoncepción y planificación familiar. El programa hace más foco en poblaciones adolescentes, indígenas y migrantes, quienes sí son mencionadas en algunas de las líneas de acción.

En esta línea, el Primer Plan Nacional para la Protección de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos de las Mujeres 2014-2019 de **Venezuela** también menciona a las mujeres con discapacidad como una de las poblaciones sujetas del plan y entre sus objetivos específicos “trabajar enfáticamente en la atención de las mujeres con especial vulnerabilidad”, entre quienes incluye a las mujeres con discapacidad. Sin embargo, luego **no las considera en sus líneas de acción**. Dentro del apartado sobre gestión y seguimiento del plan, solamente una acción refiere al diseño, edición e impresión de materiales accesibles para la “formación de la población vulnerable identificada”.

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2018 de **Chile** (sin período de vigencia), por su parte, si bien menciona varias veces a la discapacidad a lo largo del documento, en el apartado sobre las estrategias de acción, hace una referencia general a las personas con discapacidad como uno de los grupos claves a considerar, pero luego **no se las incluye en ninguna de las 3 estrategias ni en sus respectivos objetivos**. Esta política no establece metas ni indicadores.

25. Los principios y enfoques que suelen referir a las personas con discapacidad son: interseccionalidad, igualdad y no discriminación, equidad, enfoque diferencial, enfoque de derechos humanos.

26. La CDPD no es mencionada en las políticas de El Salvador, Honduras, Trinidad y Tobago y Venezuela.

27. Por lo general, se menciona a las personas con discapacidad junto con personas migrantes, de zonas rurales, de pueblos indígenas, privadas de libertad, trabajadoras y trabajadores sexuales, personas LGBTQ+, personas con VIH, de zonas rurales, adolescentes.

Por otra parte, las políticas de Trinidad y Tobago, Guyana y Surinam contienen **lineamientos o compromisos generales que mencionan a las personas con discapacidad, pero no se traducen en acciones concretas**. La Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (2020-2030) de Trinidad y Tobago²⁸ también señala a las personas con discapacidad como grupo en situación de vulnerabilidad, y reconoce que no acceden a los servicios de SSR de manera regular, y que la política es necesaria para mejorar la cobertura de servicios de SSR para las poblaciones en situación de vulnerabilidad, incluidas las personas con discapacidad, luego no se las incluye dentro de sus objetivos, resultados esperados, metas ni indicadores²⁹. La Política en Salud Sexual y Reproductiva de Guyana³⁰ contiene solamente 6 compromisos generales que mencionan a las personas con discapacidad junto con otros grupos en situación de vulnerabilidad; pero no establece lineamientos de acción ni metas ni indicadores. En el mismo sentido, la Política Nacional en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de Surinam 2020-2030³¹, menciona a la CDPD dentro de su marco normativo y a la discapacidad dentro del enfoque de derechos humanos que incluye el marco de “Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad” de los servicios, y reconoce las desigualdades existentes en el acceso a la SSR de las personas con discapacidad. Sin embargo, más adelante, la política identifica 9 servicios esenciales en SSR que no hacen referencia a las personas con discapacidad, sino que, en un párrafo final, se reitera que estos servicios deben estar centrados en la comunidad y ser sensibles a las necesidades de grupos en situación de vulnerabilidad, entre ellos, las personas con discapacidad, y que se harán todos los esfuerzos posibles para satisfacerlas. La política, finalmente, incluye una sola meta que refiere a las personas con discapacidad pero no está directamente relacionada con el acceso a servicios de SSR³², y no se las menciona en sus indicadores.

Por su parte, **las políticas de Costa Rica³³, El Salvador, y Honduras**, nombran a las personas con discapacidad dentro de sus enfoques o principios, pero luego las incluyen en líneas de acción generales que también abarcan a otros grupos en situación de vulnerabilidad. Así, en la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 de Costa Rica, estas líneas se refieren, por ejemplo, al fortalecimiento de la capacidad operativa y resolutoria de los servicios de SSR con accesibilidad para personas institucionalizadas, entre ellas personas con discapacidad que viven en residencias y centros comunitarios; y al desarrollo o fortalecimiento de mecanismos o programas para la prevención, atención

28. Traducción propia del original en inglés: *National Sexual and Reproductive Health Policy, 2020*.

29. La política menciona que se deberá elaborar un plan de acción para implementar la política, pero no está disponible online.

30. Traducción propia del original en inglés: *Guyana Sexual and Reproductive Health Policy*. No consigna año de publicación ni período de vigencia).

31. Traducción propia del original en inglés: *National Sexual and Reproductive Health and Rights Policy of Suriname 2020-2030*.

32. Esta meta dispone: “Brindar acceso universal a espacios seguros, inclusivos y accesibles, verdes y públicos, en particular para mujeres y niños, personas mayores y personas con discapacidades” (traducción propia del original en inglés).

33. Esta política incluye una descripción detallada de varios asuntos críticos vinculados con la falta de acceso a la SSR de las personas con discapacidad en ese país. Entre las debilidades en la garantía de acceso a servicios de atención a la salud sexual, se menciona la inexistencia de la tecnología y equipamiento adaptado para personas con discapacidad, y la inaccesibilidad de los servicios. Entre las debilidades en la garantía de acceso a servicios de atención a la salud reproductiva, incluye la falta de normativa institucional y procedimientos y protocolos que garanticen el ejercicio de la maternidad y paternidad a las personas con discapacidad; la falta de normativa institucional, procedimientos y protocolos para la toma de decisión de las personas con discapacidad en el tema de anticoncepción (quirúrgica, hormonal y otras); y la existencia de mitos, estereotipos y prejuicios en relación a la sexualidad de las personas con discapacidad que las invisibiliza como población objetivo de estos servicios. Asimismo, mencionan el estigma y la discriminación existente frente a la edad, situación de salud, discapacidad, diversidad/ LGTBI y sexualidad en general, entre otras; y la inaccesibilidad de las campañas y actividades de promoción a las personas con discapacidad cognitiva, auditiva y visual.

y protección de víctimas de violencia sexual en los ámbitos judicial, policial, social y de salud, que tome en cuenta especificidades y necesidades de los grupos vulnerables por su condición de discapacidad, entre otras condiciones. El Plan para la Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva de El Salvador (2013-2019) incluye una línea y actividades para implementar acciones en SSR para personas con discapacidad, entre otros grupos que se mencionan, coordinando con organizaciones y desarrollando modelos educativos para estos grupos y para el personal que aborda la SSR de estos grupos; y otra línea de acción y actividades para promover la participación ciudadana en el control del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos considerando, entre otras variables, la discapacidad. La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Honduras (2016-2025) solo se refiere a la promulgación de una Ley para el Empleo Juvenil digno que incluya a jóvenes embarazadas con discapacidad, entre otros grupos. La política de Costa Rica no establece metas ni indicadores. La política de El Salvador incluye indicadores vinculados a las acciones que mencionan a las personas con discapacidad; y la de Honduras enumera indicadores generales.

Por el contrario, **las políticas de Ecuador, Paraguay, Jamaica y Colombia, contienen objetivos, líneas de acción, metas, o indicadores específicos para personas con discapacidad.**

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 de **Ecuador** incluye, como línea de acción, garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres en situación de aborto por violación en caso de discapacidad mental. Sin embargo, no establece actividades concretas para lograrlo ni metas o indicadores al respecto.

En igual sentido, el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019-2023 de **Paraguay** establece un lineamiento específico para la población con discapacidad: dentro del objetivo de fortalecer el acceso a cuidados preconcepcionales, incluye como lineamiento “[f]ortalecer las capacidades de los proveedores de salud para la atención de las personas con discapacidad”. Además, incluye un resultado esperado³⁴ y varias líneas de acción concretas que mencionan a las personas con discapacidad junto con otros grupos en situación de vulnerabilidad. Por ejemplo, sensibilizar a los recursos humanos para la atención inclusiva y de calidad; implementar medidas y estrategias para la detección y resolución de emergencias obstétricas y neonatales; desarrollar e implementar estrategias para la atención inclusiva de personas adolescentes; ampliar la oferta de información, educación, orientación y atención integral para adolescentes; desarrollar e implementar estrategias para el acceso a la salud sexual; todo ello, en particular para personas con discapacidad, entre otros grupos que se mencionan.

34. Dentro del objetivo específico de avanzar hacia el acceso universal a la salud sexual y reproductiva acorde a estándares de calidad y al marco jurídico nacional, uno de los resultados esperados es que “[t]odas las personas en particular mujeres, niñas, niños, adolescentes y grupos en situación de vulnerabilidad (dentro de las que incluye a las personas con discapacidad) acceden a servicios integrales de SSR y ejercen sus DSR sin coerción, discriminación ni violencia.

El Plan Estratégico Nacional Integrado para la Salud Sexual y Reproductiva y el VIH 2014-2019³⁵ de **Jamaica** prevé 1 resultado inmediato (*output*), y 6 acciones clave dirigidas específicamente a personas con discapacidad. El resultado inmediato consiste en el desarrollo e implementación de un paquete integral de servicios de SSR y VIH para personas con discapacidad. Y las acciones clave vinculadas son: hacer incidencia para obtener apoyo político e iniciativas que faciliten y mejoren la prestación de servicios de atención de SSR/VIH adaptados para personas con discapacidad; asegurar que la infraestructura de los centros de atención de salud pueda responder a las necesidades de las personas con discapacidad que deban acceder a las instalaciones, incluyendo la contratación de trabajadores de salud con discapacidad; proporcionar capacitación que desarrolle habilidades especializadas –como la lengua de señas– entre los proveedores de atención médica para abordar de manera efectiva las necesidades de SSR/VIH de las personas con discapacidad; apoyar la revisión o desarrollo de currículas de formación para los proveedores de salud que aborden las necesidades de SSR de las personas con discapacidad; capacitar al personal para brindar servicios de salud sexual y reproductiva y VIH de calidad a adolescentes y jóvenes con discapacidad; y desarrollar protocolos y directrices para una atención de calidad en salud sexual y reproductiva y VIH para jóvenes con discapacidad. Finalmente, dentro del resultado inmediato relativo a abordar las barreras políticas y legislativas que limitan el acceso a la información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, incluye una acción clave que menciona a las personas con discapacidad junto a otros grupos en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, **las metas de esta política son muy generales y no mencionan a las personas con discapacidad.**

Por último, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de **Colombia** (2014-2021), contiene 1 acción, 3 actividades, 2 metas y 1 un indicador que refieren a las personas con discapacidad junto a otros grupos en situación de vulnerabilidad. La acción se trata de fomentar el desarrollo de nuevas formas relacionales, mediadas por la libertad para ejercer en condición igualitaria las prácticas sexuales y reproductivas que den especial atención al cuidado de la sexualidad de las personas con discapacidad, entre otras personas que se mencionan. Las actividades refieren al fortalecimiento de asociaciones de personas con discapacidad para la apropiación de contenidos sobre sexualidad y defensa de los DSR; al desarrollo de jornadas de formación dirigidas a educadores y prestadores de servicios de salud, sobre educación sexual integral, que les permita reforzar sus capacidades para el abordaje de personas con discapacidad; y al fortalecimiento de las capacidades para el control social por parte de asociaciones de personas con discapacidad, en relación con atentados a la libertad de pensamiento, opinión y expresión frente a la sexualidad o la reproducción en los espacios de prestación de servicios. Las metas se vinculan con la inclusión de programas y proyectos para garantizar los DSR en los planes de desarrollo nacionales, departamentales y municipales que aseguran la participación de organizaciones de personas con discapacidad, entre otras; y con la creación de un modelo de atención y

35. Traducción propia del original en inglés: *Jamaica National Integrated Strategic Plan for Sexual and Reproductive Health and HIV 2014-2019*.

prestación de servicios en salud con adecuación en el curso de vida, género, etnicidad, y en las necesidades diferenciales de la población con discapacidad. El indicador hace referencia a la creación de este último modelo de atención. Luego, es la única política **nacional de SSR que incluye 1 actividad, 1 meta y 1 indicador exclusivamente dirigidos a las personas con discapacidad vinculadas** con la creación de un modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad que permita garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios (ver detalle en el cuadro que sigue). A su vez, es el único documento que menciona que la elaboración de **la política contó con la participación de organizaciones de personas con discapacidad**.

Cuadro 4. Acción, actividad, meta e indicador dirigidos a las personas con discapacidad, incluidos en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de Colombia (2014-2021).

Acción	Fomentar el desarrollo de nuevas formas relacionales, mediadas por la libertad para ejercer en condición igualitaria las prácticas sexuales y reproductivas que en el marco de respeto a las normas y principios de los derechos humanos sean posibles. Estas acciones darán especial atención al cuidado de la sexualidad en la niñez, la adolescencia y la vejez, y de las personas con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial , así como, a los mecanismos para el control de posibles formas de conculcación o persecución legal basadas en la vivencia de la sexualidad o la reproducción cuando median circunstancias étnicas o culturales y otras formas que requieran manejos excepcionales ante la ley.
Actividad	Desarrollo de condiciones institucionales y sociales que posibiliten prácticas en las relaciones interpersonales, afectivas y sexuales, para los grupos que así lo requieran por su condición de discapacidad .
Meta	META 41. A 2021, Colombia contará con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad , que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades.
Indicador	Documento que describa el Modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad , que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades.

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

A MODO DE SÍNTESIS

La mención de la discapacidad en las leyes y políticas en salud sexual y reproductiva varía significativamente entre los países de la región (cuadro 5).

Cuadro 5. Leyes y/o políticas nacionales en SSR que mencionan o no a las personas con discapacidad, por país y subregión. El Salvador (2012–2019), Colombia (2014–2021), Ecuador (2017–2021), Costa Rica (2010–2021), Paraguay (2019–2023), Venezuela (2014–2019), Haití (2019–2023), y Jamaica (2014–2019).

Subregión	Países	Leyes y/o políticas en SSR ¿mencionan a las personas con discapacidad?
Caribe	Antigua y Barbuda	S/D
	Cuba	S/D
	Haití	NO (no vigente)
	Jamaica	SI+ (no vigente)
	Las Bahamas	S/D
	República Dominicana	S/D
	Trinidad y Tobago	SI-
América Central y México	Belice	S/D
	Costa Rica	SI (no vigente)
	El Salvador	SI (no vigente)
	Guatemala	NO
	Honduras	SI
	México	SI-
	Nicaragua	S/D
	Panamá	NO
América del Sur	Argentina	NO
	Bolivia	S/D
	Brasil	NO
	Chile	SI-
	Colombia	SI+ (no vigente)
	Ecuador	SI+ (no vigente)
	Guyana	SI-
	Paraguay	SI+ (no vigente)
	Perú	S/D
	Surinam	SI-
	Uruguay	SI-
	Venezuela	SI- (no vigente)

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Notas: “SI+” se refiere a las políticas que mencionan y tienen líneas de acción específicas para personas con discapacidad; “SI” representa a las leyes y/o políticas que mencionan a las personas con discapacidad y las incluyen en líneas de acción junto con otros grupos; “SI-” refiere a las políticas que mencionan a las personas con discapacidad pero no incluyen líneas de acción; “NO” son aquellas leyes y/o políticas que no mencionan a las personas con discapacidad; S/D denota la falta de datos, leyes o políticas nacionales en SSR.

De los 4 países con normativas marco en salud sexual y reproductiva, solo Uruguay refiere a las personas con discapacidad, pero con un término inadecuado que debería ser modificado.

De los 15 países con políticas nacionales en SSR, 13 mencionan la discapacidad o a las personas con discapacidad, **8 de las cuales no se encuentran vigentes**. Las políticas de Panamá y Haití no se refieren a las personas con discapacidad.

Las políticas de El Salvador, Honduras, Trinidad y Tobago y Venezuela no mencionan la CDPD como parte de su marco normativo, a pesar de que ratificaron dicho tratado.

Todas las políticas en SSR analizadas reconocen a las personas con discapacidad como un grupo en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, solo las políticas de Ecuador, Paraguay, Jamaica y Colombia tienen líneas de acción específicas para esta población.

La mayor parte de las políticas incluyen líneas de acción que mencionan a las personas con discapacidad junto con otros grupos en situación de vulnerabilidad.

En su mayoría, las líneas de acción se dirigen a: sensibilizar y capacitar a los proveedores de salud para que brinden una atención inclusiva, accesible y de calidad que tengan en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, incluidos los y las adolescentes con discapacidad; ampliar la oferta de información, educación, orientación y atención integral a personas con discapacidad; y a desarrollar protocolos, directrices o modelos de atención y prestación de servicios en salud adecuados a las necesidades diferenciales de la población con discapacidad.

Sólo las políticas de Colombia y Paraguay establecen metas que incluyen a las personas con discapacidad, y únicamente Colombia las menciona en sus indicadores.

La mayor parte de las políticas analizadas hacen referencia al presupuesto necesario para implementar la política, y a su monitoreo y evaluación, ya sea asignando responsabilidades, asumiendo compromisos o como parte de sus objetivos estratégicos.

Si bien el proceso de elaboración de varias de las políticas en SSR fue participativo, solo la política de Colombia menciona que se consultó a organizaciones de personas con discapacidad.

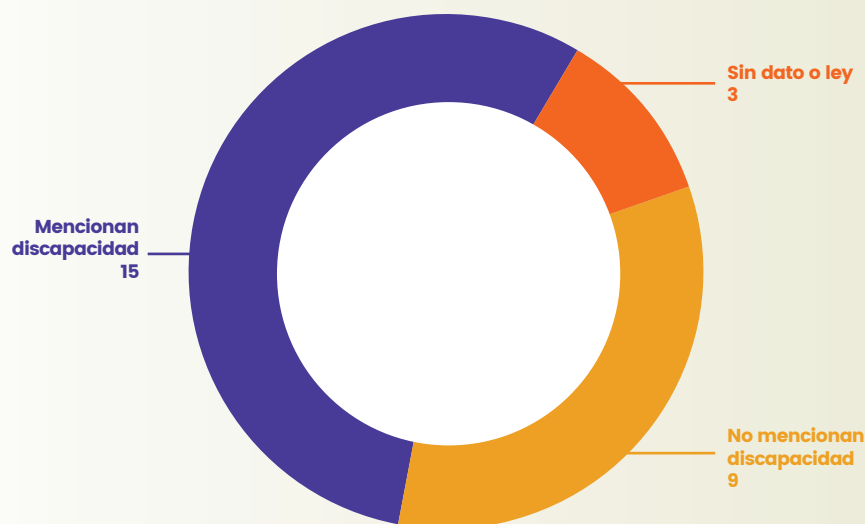
5.3. Leyes y políticas nacionales en violencia de género

La inclusión de la discapacidad en las leyes y políticas de violencia de género (en adelante VG) en la región muestra avances desiguales.

De los 27 países de América Latina y el Caribe que abarca este estudio, 24 países tienen leyes marco en violencia doméstica o de género, y 18 tienen, además, políticas nacionales vigentes o recientes para la prevención y protección contra la violencia por razones de género.

Por un lado, **de los 24 países con leyes marco en violencia doméstica o violencia de género³⁶, 15 refieren, en menor o mayor medida, a la discapacidad** (ver Gráfico 2). Algunas de ellas mencionan específicamente a las personas con discapacidad entre los sujetos de derecho de la ley, otras establecen beneficios o un deber de atención especial para las víctimas que tienen discapacidad, otras simplemente agravan penas cuando la violencia es cometida contra una mujer con discapacidad; las más actuales, como las de Uruguay y Ecuador, prevén además el derecho a contar con información y formas de comunicación accesibles, y ajustes razonables y apoyos para que las mujeres con discapacidad puedan ejercer sus derechos en condiciones de igualdad con las demás personas.

Gráfico 2. Leyes marco en violencia doméstica o de género que mencionan o no la discapacidad.



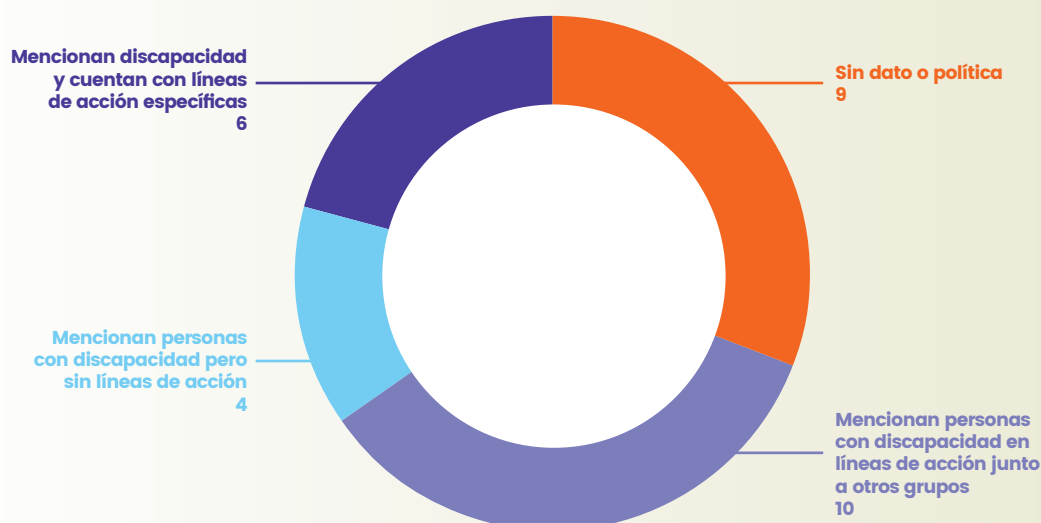
Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Nota: el análisis incluye 24 leyes marco en violencia doméstica o de género en 27 países de América Latina y el Caribe. En 3 países no se encontró información o no tienen ley.

36. No se encontraron leyes en violencia en Cuba ni Haití. Surinam tiene una ley en violencia doméstica de 2009 pero no está disponible online.

Por otro lado, todas las políticas nacionales en violencia de género vigentes o recientes³⁷ mencionan la discapacidad (20 políticas en 18 países³⁸), ya sea citando a la CDPD como parte de su marco normativo, refiriendo a las personas con discapacidad como grupo en situación de vulnerabilidad, o incluyendo líneas de acción generales o específicas para protegerlas contra la violencia.

Gráfico 3. Políticas nacionales en violencia de género que mencionan o no la discapacidad.



Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Nota: el análisis incluye 20 políticas nacionales en violencia de género en 18 países. Dos países cuentan con dos políticas relevantes. En 9 países no se encontraron o no tienen políticas.

CARACTERÍSTICAS DEL ABORDAJE

Analizando las políticas en mayor detalle, se observa que todas las políticas mencionan la discapacidad o a las personas con discapacidad, en particular mujeres, niñas y adolescentes, como un grupo en situación de vulnerabilidad que se enfrenta a múltiples formas de discriminación y violencia, ya sea dentro de los antecedentes sociodemográficos o del estado de situación de la violencia de género en el país respectivo, o dentro de sus enfoques o principios.

A su vez, la mayoría de las políticas incluyen lineamientos de acción o programáticos que previenen y protegen a las personas con discapacidad contra las violencias de género, salvo las políticas de Costa Rica, Paraguay (2015), Perú, y Haití.

37. Los países con políticas nacionales en violencia de género vigentes a 2024 son: Argentina (2022-2024), Bahamas (2015, sin período de vigencia), Bolivia (2021-2025), Brasil (2012, sin período de vigencia), Chile (2020-2030), Costa Rica (2017-2032), Cuba (2021, sin período de vigencia), Ecuador (2020-2030), El Salvador (2021-2025), Guatemala (2020-2029), Haití (2017-2027), México (2021-2024), Nicaragua (2014, sin período de vigencia), Paraguay (2020-2025), Perú (2022-2030), República Dominicana (2020-2024), Trinidad y Tobago (2023-2027), y Uruguay (2022-2024). Los países con políticas nacionales en violencia de género recientes (cuyos períodos de vigencia vencieron en los últimos 5 años) son: Paraguay (2015-2020) y República Dominicana (2016-2020).

38. República Dominicana y Paraguay cuentan con dos políticas relevantes.

Sin embargo, de las 20 políticas nacionales analizadas, **solo 6 cuentan con líneas de acción específicas para abordar las barreras que enfrentan las personas con discapacidad en el acceso a información y servicios para protegerlas contra la violencia de género** (ver Gráfico 3). Mientras que las políticas de Argentina, Bahamas, Ecuador, México, Trinidad y Tobago, y Uruguay, incluyen líneas de acción específicas para personas con discapacidad; otras, como las de Chile, Cuba, El Salvador, Guatemala, Bolivia y Nicaragua contienen líneas de acción que mencionan la discapacidad o a las mujeres con discapacidad en conjunto con otras variables o grupos de personas en situación de vulnerabilidad³⁹ o refieren a los grupos sujetos de la política sin mencionarlos, o solo mencionan que las acciones deberán llevarse a cabo con enfoque interseccional o diferenciado.

En cuanto a los temas que abordan las líneas de acción, la mayoría de las políticas las dividen en función de los ejes de prevención, atención/asistencia y protección contra la violencia.

Dentro del eje de prevención, **son varias las líneas de acción que pueden promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a servicios por parte de las personas con discapacidad**. Estas acciones se vinculan mayormente al desarrollo de campañas de comunicación o contenidos dirigidos al público en general para sensibilizar y visibilizar las violencias por motivos de género que enfrentan en particular las personas con discapacidad (políticas de Cuba, Nicaragua, y Uruguay). Otras líneas de acción se refieren a la elaboración y difusión de campañas, materiales y contenidos accesibles para personas con discapacidad sobre señales tempranas, causas y efectos de las violencias por motivos de género y canales de denuncia; y a la producción de materiales educativos sobre Educación Integral de la Sexualidad (EIS) para personas con discapacidad (políticas de Argentina, México, Ecuador, Bahamas, y Bolivia). Por último, algunas políticas incorporan medidas para estimular la participación de los medios de comunicación en acciones que eliminen conductas estereotipadas que toleren las violencias de género; y para capacitar a comunicadores/as en el abordaje adecuado de esta temática en los medios de comunicación, teniendo en cuenta la situación específica de las personas con discapacidad (políticas de Ecuador, Cuba y Nicaragua).

En el eje de atención, algunas de las políticas analizadas incluyen líneas de acción para fortalecer la accesibilidad de los servicios y los canales de atención a víctimas de violencia de género (políticas de Argentina, Uruguay, El Salvador, México, y República Dominicana (2020)). Dentro de este mismo eje, existen líneas de acción o indicadores sobre cursos de formación y capacitación para el personal de servicios y funcionarios/as públicos a fin de fortalecer y mejorar la asistencia y atención de las víctimas de violencias con foco en la población con discapacidad (políticas de Bahamas, Chile, El Salvador, y Uruguay). El plan de El Salvador incluye, además, indicadores relevantes vinculados con la creación de protocolos de atención para la implementación de los diferentes servicios públicos de atención y acompañamiento; y el porcentaje de niñas, adolescentes

39. Entre otras, las mencionan en conjunto con las mujeres rurales, mujeres mayores, de pueblos originarios, migrantes, privadas de libertad, en situación de calle, de diversidades sexuales.

y mujeres que tienen conocimiento de la existencia de servicios especializados para diversas manifestaciones de violencia; todo ello con especial énfasis en niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad, entre otros grupos que menciona.

En relación al sistema de salud, de la revisión efectuada, **se observa que la mayoría de las políticas incluyen líneas de acción que tienden a fortalecer la respuesta de los servicios de salud frente a esta problemática.** Sin embargo, son muy pocas las que consideran la situación específica de las personas con discapacidad. En este sentido, las políticas de Bahamas, México, Trinidad y Tobago, Argentina, República Dominicana, Brasil, Ecuador, El Salvador, Paraguay, Cuba, y Ecuador, entre otras, prevén el desarrollo de programas para la capacitación del personal de salud involucrado en la identificación, protección, evaluación, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la violencia de género.

De ellas, únicamente los planes de Bahamas y El Salvador establecen que en esas capacitaciones debe tenerse especialmente en cuenta la situación de las personas con discapacidad. El plan de El Salvador, además, incorpora un indicador relevante referido al número de programas de salud públicos para mujeres víctimas de violencia en sus diversas manifestaciones, con especial énfasis en niñas, adolescentes, y mujeres con discapacidad, entre otros grupos que menciona.

Por otra parte, **se encontraron dos políticas específicas destinadas a mejorar la respuesta del sistema de salud frente a la violencia por razones de género.** Una de ellas es el Plan Nacional de **Paraguay** (2020-2025) cuyo objetivo es promover la prevención y atención de la violencia basada en género intrafamiliar y sexual en el sistema nacional de salud. El documento refiere a la CDPD dentro de su marco normativo, pero luego no menciona a las personas con discapacidad en sus lineamientos estratégicos, ni en sus ejes, objetivos, metas y acciones. En cambio, la Estrategia de **República Dominicana** en la materia (2016-2020), incluye un capítulo específico sobre violencia y discapacidad; y menciona, entre otras cosas, que los servicios deben ser plenamente accesibles para todas las personas con discapacidad, incluyendo los servicios de salud sexual y salud reproductiva, que se deben eliminar barreras físicas y que se deben desarrollar competencias en el personal de salud en relación a los derechos de las personas con discapacidad a fin de superar las barreras relacionadas al estigma y la discriminación que limitan una atención de calidad y libre de violencia. Uno de los resultados esperados es el establecimiento y fortalecimiento de mecanismos para la reducción y vigilancia de la violencia institucional en los centros de salud, incluyendo la violencia obstétrica y la dirigida a grupos vulnerabilizados, tales como las personas con discapacidad.

En el eje de protección contra la violencia de género, solo las políticas de Argentina, Trinidad y Tobago, El Salvador y Guatemala establecen líneas de acción para promover la accesibilidad de los procesos y las instalaciones judiciales a las personas con discapacidad. El plan de El Salvador incluye indicadores relativos al financiamiento de los servicios de asistencia y patrocinio jurídico gratuito y otros servicios, con especial énfasis en niñas, adolescentes, y mujeres con discapacidad, entre otros grupos que menciona.

A MODO DE SÍNTESIS

La inclusión de la temática de la discapacidad en las leyes y políticas en violencia de género sigue siendo limitada y poco específica (cuadro 6).

Cuadro 6. Leyes y políticas nacionales en violencia doméstica (VD) o violencia de género (VG) que mencionan o no a las personas con discapacidad, por país y subregión.

Subregión	Países	Leyes en VD o VG ¿mencionan a personas con discapacidad?	Políticas en VD o VG ¿mencionan a personas con discapacidad?
Caribe	Antigua y Barbuda	NO	S/D
	Cuba	S/D	SI
	Haití	S/D	SI-
	Jamaica	NO	S/D
	Las Bahamas	NO	SI+
	República Dominicana	SI	SI
	Trinidad y Tobago	NO	SI+
América Central y México	Belice	NO	S/D
	Costa Rica	SI	SI-
	El Salvador	SI	SI
	Guatemala	NO	SI
	Honduras	NO	S/D
	México	SI	SI+
	Nicaragua	SI	SI
	Panamá	SI	S/D
América del Sur	Argentina	NO	SI+
	Bolivia	SI	SI
	Brasil	SI	SI
	Chile	SI	SI
	Colombia	SI	S/D
	Ecuador	SI	SI+
	Guyana	NO	S/D
	Paraguay	SI	SI- (no vigente)
	Perú	SI	SI-
	Surinam	S/D	S/D
	Uruguay	SI	SI+
	Venezuela	SI	S/D

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Notas: “SI+” refiere a las políticas que mencionan y tienen líneas de acción específicas para personas con discapacidad; “SI” representa a las leyes y/o políticas que mencionan a las personas con discapacidad y las incluyen en líneas de acción junto con otros grupos; “SI-” refiere a las políticas que mencionan a las personas con discapacidad pero no incluyen líneas de acción; “NO” son aquellas leyes que no mencionan a las personas con discapacidad; S/D denota la falta de datos, leyes o políticas nacionales en VG. República Dominicana y Paraguay cuentan con dos políticas relevantes, en ambos casos el cuadro considera las políticas sobre violencia contra las mujeres.

De los 24 países con leyes marco en violencia doméstica o violencia de género, algo menos de la mitad no mencionan la discapacidad ni a las personas con discapacidad.

Las 20 políticas en violencia de género analizadas -dos de las cuales ya no se encuentran vigentes⁴⁰- refieren a la discapacidad o a las personas con discapacidad como grupo en situación de vulnerabilidad, pero solo 6 contienen líneas de acción específicas para ellas. De éstas, 4 tienen indicadores y/o metas que las mencionan (políticas de Bahamas, Cuba, México, Trinidad y Tobago) y 2 incluyen indicadores que no nombran a las personas con discapacidad pero que están asociados a las líneas de acción que sí las mencionan (políticas de Ecuador y Uruguay). El plan de El Salvador incorpora varios indicadores que mencionan a las personas con discapacidad junto a otros grupos en situación de vulnerabilidad.

Dentro del eje de prevención, varias políticas establecen líneas de acción que pueden promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a servicios de las personas con discapacidad: el desarrollo de campañas de sensibilización para visibilizar las violencias por motivos de género que enfrentan en particular las personas con discapacidad; la elaboración y difusión de contenidos accesibles para personas con discapacidad sobre violencias de género y EIS; y la capacitación a comunicadores/as en el abordaje adecuado de esta temática en los medios de comunicación, incluyendo a las personas con discapacidad.

Dentro del eje de atención, la mayoría de las políticas incluyen líneas de acción para fortalecer la respuesta de los servicios de salud frente a la violencia de género, pero solo dos mencionan que debe tenerse especialmente en cuenta la situación de las personas con discapacidad.

La gran mayoría de las políticas establecen mecanismos para su monitoreo, seguimiento y evaluación; pero más de la mitad no hacen referencia al presupuesto necesario ni de dónde provendrán los recursos para implementarlas.

Por último, se destaca que la enorme mayoría de las políticas contaron con los aportes de la sociedad civil para su elaboración, pero solo las políticas de Costa Rica y República Dominicana (2020) mencionan específicamente que en ella participaron organizaciones de personas con discapacidad.

40. Ellas son las políticas de Paraguay (2015-2020) y República Dominicana (2016-2020).

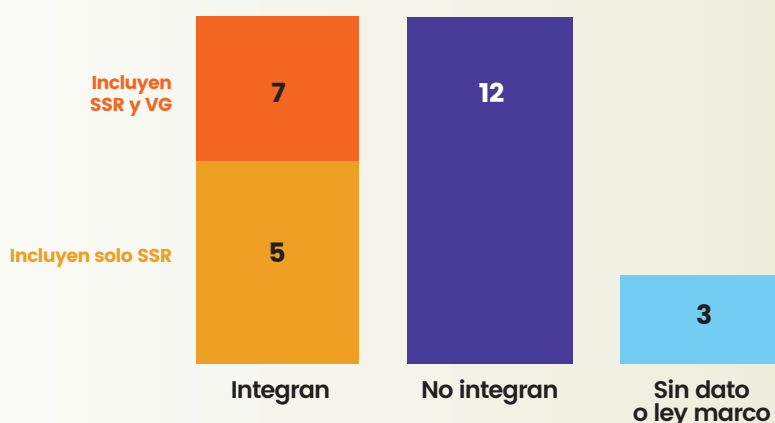
5.4. Leyes y políticas nacionales en discapacidad

Las leyes y políticas nacionales sobre discapacidad en la región presentan marcadas diferencias de alcance y enfoque a la hora de abordar la SSR y la VG hacia las personas con discapacidad.

De los 27 países de América Latina y el Caribe que abarca este estudio, 24 países tienen leyes marco en discapacidad, y 13 cuentan, además, con políticas nacionales en discapacidad vigentes o recientes.

De los 24 países con leyes marco en discapacidad⁴¹, **solo 5 (Bolivia, Chile, Colombia, Brasil y Nicaragua) contienen disposiciones más ambiciosas** en cuanto a que mencionan ambas temáticas, la SSR y la violencia de género que afecta, en particular, a mujeres, niñas, y adolescentes con discapacidad. A su vez, un cuarto (8) de las leyes incluyen artículos sobre la SSR de las personas con discapacidad, pero no hacen referencia a la VG. Por último, 12 países no integran dichas temáticas en sus leyes⁴².

Gráfico 4. Leyes marco en discapacidad que integran o no la SSR y/o la VG en los países de la región.



Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Notas: el análisis incluye 24 leyes en 27 países de la región. En 3 países no se encontraron o no cuentan con leyes.

Por otro lado, se encontraron 14 políticas nacionales en discapacidad vigentes o recientes en 12 países de la región (Argentina y Costa Rica cuentan con dos políticas)⁴³.

El siguiente gráfico muestra que **8 de ellas hacen referencia a la salud sexual y**

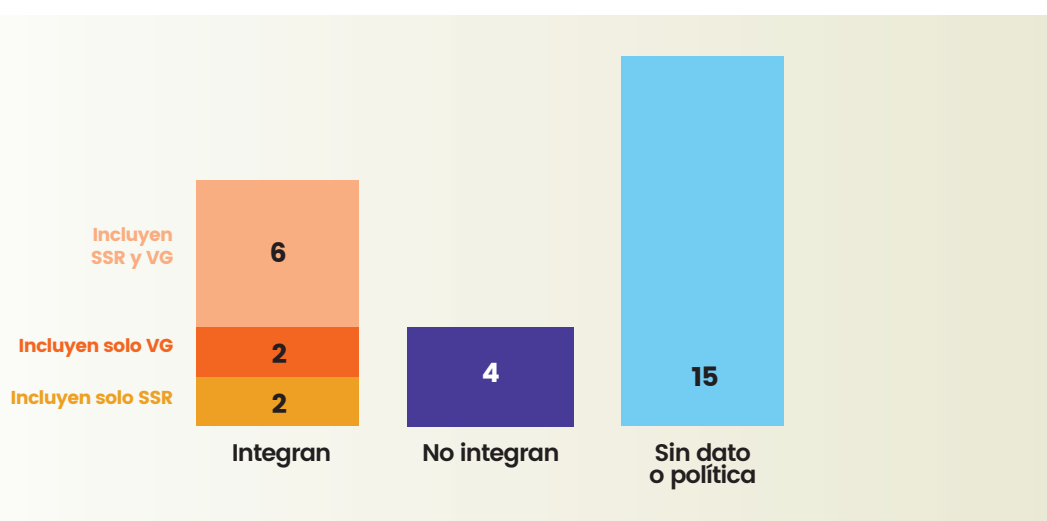
41. Los países con leyes marco en discapacidad son: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay, y Venezuela. En Cuba, Belice y Surinam no se encontraron leyes marco en discapacidad.

42. Se destaca que aún sin referirse a la situación específica de las mujeres, niñas y adolescentes, de estas 12 leyes, 5 leyes incluyen previsiones contra la violencia, abuso, o explotación hacia las personas con discapacidad en general.

43. Los países con políticas nacionales en discapacidad vigentes a 2024 son: Bolivia (2006, sin período de vigencia), Ecuador (2021-2025), Costa Rica (2 políticas: Agenda Política de Mujeres con Discapacidad (2023, sin período de vigencia) y Plan de Acción de la Política Nacional en Discapacidad (2022-2030)), México (2022-2024), Brasil (2023, sin período de vigencia), Perú (2021-2030), Paraguay (2015-2030), Argentina (2021, sin período de vigencia), Trinidad y Tobago (2018-2030), Panamá (2020-2030). Los países con políticas nacionales en discapacidad recientes (cuyos períodos de vigencia vencieron en los últimos 5 años) son: Argentina (2017-2022), Colombia (2013-2022), y Chile (2013-2020). No se consideró la política de El Salvador (2014) por no encontrarse en vigencia.

reproductiva de las personas con discapacidad (una es específica para mujeres con discapacidad y otra para adolescentes con discapacidad) y establecen líneas de acción para promover el acceso a ella⁴⁴. A su vez, **6 de esas 8 políticas contienen, además, previsiones para proteger a las mujeres, niñas, adolescentes con discapacidad de la violencia de género** (ver Gráfico 5); y solo las políticas de Paraguay y Argentina (2021) abordan únicamente la violencia de género⁴⁵. Finalmente, las políticas de Perú, Panamá y llamativamente las de Chile y Colombia no incluyen líneas de acción en ninguna de estas temáticas (como vimos arriba, estos dos últimos países tienen leyes en discapacidad con disposiciones en SSR y en VG).

Gráfico 5. Políticas nacionales en discapacidad que integran o no la SSR y/o la VG en los países de la región.



Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Notas: el análisis incluye 14 políticas nacionales en 27 países de la región. Dos países cuentan con dos políticas relevantes. En 15 países no se encontraron datos o no tienen políticas.

CARACTERÍSTICAS DEL ABORDAJE

Existe gran variedad en cómo las políticas en discapacidad abordan las temáticas de salud sexual y reproductiva y violencia de género: algunas incluyen ejes o estrategias en SSR (Bolivia, Costa Rica), otras un eje en salud que contiene lineamientos en SSR (Ecuador, México), o un eje en violencia que incluye acciones en SSR (Brasil), o un eje en violencia que incluye acciones específicas al respecto (Perú, Paraguay) o un eje en igualdad que incluye acciones en SSR y en violencia (Argentina, 2017).

En su gran mayoría, las políticas analizadas reconocen los obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad, en especial, mujeres, niñas y adolescentes en el acceso a servicios de SSR y de atención a la violencia, por falta de personal capacitado, de

44. Las políticas de Panamá, Chile, y Argentina (2021) no mencionan la SSR de las personas con discapacidad. Las políticas de Perú, Paraguay, y Colombia la mencionan, pero no incorporan líneas de acción en esta materia.

45. Es decir, en total son 8 las políticas que abordan la situación específica de mujeres, niñas y adolescentes en todas o algunas de sus líneas de acción en violencia, abuso, o explotación hacia las personas con discapacidad. Otras 3 políticas, las de Ecuador, Perú, y Panamá, contienen líneas de acción en violencia, pero no tienen enfoque de género. Las políticas de Bolivia y Chile no hacen referencia a la violencia contra las personas con discapacidad; y la política de Colombia hace referencia, pero no incluye líneas de acción en esta materia.

accesibilidad física, de información en formatos accesibles, de equipamiento adecuado a las necesidades de las personas con discapacidad, existencia de mitos y prejuicios; entre otros. Sin embargo, **las líneas de acción que proponen no son suficientes para abordar estas problemáticas, en ocasiones son demasiado generales, en ocasiones son escasas**. Algunas políticas directamente no establecen líneas de acción.

A continuación, se describen someramente las políticas analizadas, y sobre el final del apartado se agrupan en dos cuadros las líneas de acción referidas a la SSR y a la VG que se repiten en dichos instrumentos.

El Plan Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad – Nuevo Vivir sin Límites de **Brasil**⁴⁶ (2023, sin período de vigencia), tiene un eje sobre “capacitismo y violencia”, en el que se establecen 14 acciones, **solo dos de ellas para promover el acceso a la SSR** vinculadas con la obtención de equipamiento accesible y personal capacitado. El resto de acciones se centran en capacitaciones a líderes territoriales, y a empleados de justicia y de las fuerzas de seguridad (algunas con enfoque de género) y en la creación de un protocolo para la atención y remisión de denuncias. No establece metas ni indicadores.



46. Traducción propia del original en portugués: *Plan Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Novo Viver sem Limite*.

El Plan Nacional de Discapacidad 2017-2022 de **Argentina** tiene 6 ejes y divide las acciones a realizar por Ministerio u organismo público responsable. Incluye **solo un objetivo/línea de acción en SSR y 2 líneas en violencia de género**; y sus metas respectivas, pero sin indicadores. Otro plan más reciente de Argentina, el Plan Integral para la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad en el ámbito local “ACCESAR” (2021), incluye **sólo una línea de acción en violencia** referida a la implementación de un dispositivo de abordaje de las violencias por razones de género que menciona a las mujeres y a las personas con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y características sexuales diversas con discapacidad. Sin embargo, no establece metas ni indicadores.

La Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030 del **Perú** es un documento extenso que contiene 7 objetivos prioritarios con lineamientos, y una lista de servicios que concretan los lineamientos planteados, precisando estándares de cumplimiento e indicadores. Uno de los objetivos prioritarios es sobre el acceso y cobertura de servicios integrales de salud para las personas con discapacidad que, sin embargo, **no contiene líneas específicas en SSR**. Bajo el objetivo prioritario de “promover actitudes sociales favorables hacia las personas con discapacidad”, incluye 4 lineamientos, entre los que se menciona “implementar medidas de prevención, atención y protección frente a la **violencia** hacia las personas con discapacidad” pero **sin enfoque de género**.

En el mismo sentido, la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022 de **Colombia** hace un recuento de las políticas existentes en el país que abordan, entre otras, la SSR y la violencia contra personas con discapacidad con perspectiva de género. Luego, incluye 6 ejes estratégicos junto con sus líneas de acción. Dentro del eje “Desarrollo de la capacidad”, establece una línea de acción en salud, que se describe de modo general, **sin mencionar la SSR** de las personas con discapacidad. **Tampoco menciona la temática de la violencia de género**, y no establece metas ni indicadores.

El Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad 2015-2030 de **Paraguay** tiene lineamientos en 17 temáticas junto con indicadores. **En relación a la SSR** de personas con discapacidad, el plan reconoce las barreras persistentes en el acceso a los servicios; sin embargo, **no incorpora líneas de acción específicas**, sino que se refiere a la promoción de medidas en favor del derecho a la salud en general de las personas con discapacidad, con énfasis en mujeres con discapacidad. En el eje de protección contra la explotación, la **violencia** y el abuso, la política sí establece 5 lineamientos concretos **con perspectiva de género** dirigidos a crear y/o fortalecer los sistemas y programas de protección a personas con discapacidad en la materia.

La Política Nacional de Inclusión de las Personas con Discapacidad 2020-2030 de **Panamá** **no incluye líneas de acción en SSR, solo en violencia, pero sin perspectiva de género**. No establece metas ni indicadores.

Por otra parte, las políticas de **Bolivia, Ecuador, Costa Rica, México y Trinidad y Tobago, contienen líneas de acción más precisas** para promover el acceso a la SSR y una vida libre de violencias de género para las personas con discapacidad.

Así, el Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para Personas con Discapacidad de **Bolivia** (2006, sin período de vigencia) incluye **4 líneas de acción en SSR** vinculadas a la creación de servicios para mujeres con discapacidad que quieran ser madres, servicios de información, orientación y atención sobre sexualidad para adolescentes, y a la inclusión del enfoque de discapacidad en los programas de educación sexual y en los programas de salud sexual y reproductiva. Esta política, si bien reconoce la existencia de diferentes tipos de **violencia** que sufren las personas con discapacidad, **no incluye líneas de acción** al respecto. Tampoco establece metas ni indicadores.

La Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades 2021-2025 del **Ecuador**, por su parte, **contiene 7 líneas de acción, 1 meta, y 1 indicador**, con el objetivo de fortalecer el ejercicio del derecho a la SSR de las personas con discapacidad. También incluye 7 líneas de acción en el eje sobre acceso a la justicia y vida libre de **violencia, pero ninguna de ellas considera la situación de especial vulnerabilidad de las mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad.**

Costa Rica tiene dos instrumentos de política relevantes: la Agenda Política de Mujeres con Discapacidad (2023, sin período de vigencia) y el Plan de Acción de la Política Nacional en Discapacidad 2024-2030. La Agenda dispone 8 líneas de acción para mejorar la atención de la salud de las mujeres con discapacidad, y **algunas líneas en SSR en particular**. Incluye una línea preocupante que habilitaría la esterilización forzada de mujeres con discapacidad “en casos específicos” sin dar detalles al respecto⁴⁷. En materia de **violencia de género establece 8 líneas de acción** dirigidas a mujeres con discapacidad. Sin embargo, no establece ni metas ni indicadores para el seguimiento y evaluación de cumplimiento de estas acciones. El Plan de Acción en Discapacidad contiene **una línea de acción, 1 indicador y una meta en SSR** vinculada a la creación de procedimientos y protocolos para garantizar la atención de las personas con discapacidad. También dispone **una línea de acción, 1 indicador y una meta** referida al fortalecimiento del acceso de las mujeres con discapacidad a los servicios institucionales de **protección contra la violencia**.

La Estrategia de Atención y Protección Integral a la Niñez y Adolescencia con Discapacidad 2022-2024 de **México**, incluye **2 líneas de acción y 2 indicadores** referidos a la implementación de medidas que faciliten el acceso efectivo a **servicios e información en SSR**, eliminando todas las prácticas de esterilización no consentida o forzada, asegurando el respeto a la voluntad y preferencias de la persona; y **8 líneas**

47. Textualmente, la acción dice: “2. Eliminación de la esterilización forzada como medida estandarizada para mujeres con discapacidades, solo se aplicará como medida para casos específicos”. Ello aun cuando la Ley N° 9379 para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (2016), dispone que “La esterilización será una práctica excepcional que se aplicará a solicitud de la misma persona con discapacidad o cuando sea necesaria e imprescindible para la preservación de su vida o integridad física” (art. 11 inc. d).

de acción y un indicador en prevención y protección contra la violencia en niñas, niños y adolescentes, algunas con enfoque de género, entre las que se destacan: investigar a las autoridades judiciales y sanitarias que recomienden, autoricen o apliquen esterilizaciones forzadas o nieguen el acceso a la interrupción legal del embarazo a niñas y adolescentes con discapacidad, y a que se garantice el acceso a la justicia y reparaciones para las víctimas; y diseñar e instrumentar acciones dirigidas a prevenir los embarazos tempranos en niñas y adolescentes con discapacidad.

La Política Nacional sobre Personas con Discapacidad de **Trinidad y Tobago**⁴⁸ (2018, sin período de vigencia) establece **6 líneas de acción en SSR y 3 líneas de acción en violencia y abuso contra mujeres y niñas**, pero no establece metas ni indicadores. Las líneas se dirigen a garantizar que los servicios sean brindados de manera apropiada a las necesidades de mujeres con discapacidad; al desarrollo de capacitaciones y campañas de sensibilización; y a la provisión de información en formatos accesibles.

Los siguientes dos cuadros agrupan las líneas de acción en SSR y en violencia de género que se repiten en las políticas en discapacidad analizadas.



48. Traducción propia del original en inglés: *National Policy on Persons with Disabilities*.

Cuadro 7. Líneas de acción en SSR incluidas en las políticas nacionales en discapacidad analizadas.

Líneas de acción en SSR	Políticas de:
Promoción del acceso a servicios de SSR adecuados a las necesidades de niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad	Ecuador, Costa Rica (2023), Trinidad y Tobago
Sensibilización y capacitación a personas con discapacidad en SSR con enfoque de género	Ecuador, Costa Rica (2023)
Desarrollo de materiales, campañas de divulgación y sensibilización sobre SSR	Costa Rica (2023), Trinidad y Tobago
Desarrollo de protocolos y capacitaciones a profesionales de los servicios para la atención de personas con discapacidad	Argentina (2017), Costa Rica (2022), Ecuador, Trinidad y Tobago, Brasil
Desarrollo y difusión de información en SSR en formatos accesibles	Ecuador, Costa Rica (2023), México, Trinidad y Tobago
Adquisición de equipamiento y tecnologías accesibles	Costa Rica, Brasil
Creación de servicios, información y atención para adolescentes	Bolivia, Ecuador, México

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Cuadro 8. Líneas de acción en violencia de género incluidas en las políticas nacionales en discapacidad analizadas.

Líneas de acción en violencia de género	Políticas de:
Elaboración y difusión de mensajes y campañas sobre prevención de la violencia contra mujeres con discapacidad	Costa Rica (2023), Argentina (2017), Trinidad y Tobago
Creación de protocolos específicos de atención a víctimas de violencia con especial atención a las mujeres con discapacidad	Costa Rica (2023), Paraguay
Creación y/o fortalecimiento de programas, dispositivos y servicios de atención accesibles a mujeres con discapacidad víctimas de violencia	Costa Rica (2022 y 2023), Paraguay, Argentina (2017 y 2021)
Implementación de acciones específicas para prevenir y sancionar la violencia contra NNyA, incluyendo la violencia sexual, las esterilizaciones forzadas y la negación de acceso a la ILE	México, Trinidad y Tobago

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

A MODO DE SÍNTESIS

A pesar de algunos avances, la inclusión de la salud sexual y reproductiva y la protección contra la violencia de género en las políticas de discapacidad es limitada y variable (cuadro 9).

Cuadro 9. Leyes y políticas nacionales en discapacidad que integran o no la SSR y la VG, por país y subregión.

Subregión	Países	Leyes en discapacidad		Políticas en discapacidad	
		¿integran la SSR?	¿integran la VG?	¿integran la SSR?	¿integran la VG?
Caribe	Antigua y Barbuda	SI	NO*	S/D	S/D
	Cuba	S/D	S/D	S/D	S/D
	Haití	NO	NO	S/D	S/D
	Jamaica	SI	NO	S/D	S/D
	Las Bahamas	NO	NO	S/D	S/D
	República Dominicana	SI	NO	S/D	S/D
	Trinidad y Tobago	NO	NO	SI+	SI
América Central y México	Belice	S/D	S/D	S/D	S/D
	Costa Rica	SI	NO*	SI+	SI
	El Salvador	SI	NO*	S/D	S/D
	Guatemala	NO	NO	S/D	S/D
	Honduras	NO	NO	S/D	S/D
	México	SI	NO	SI	SI
	Nicaragua	SI	SI	S/D	S/D
	Panamá	NO	NO	NO	NO*
América del Sur	Argentina	NO	NO	SI (no vigente)	SI (no vigente)
	Bolivia	SI	SI	SI	NO
	Brasil	SI	SI	SI	SI
	Chile	SI	SI	NO (no vigente)	NO (no vigente)
	Colombia	SI	SI	NO (no vigente)	NO (no vigente)
	Ecuador	NO	NO*	SI+	NO*
	Guyana	NO	NO	S/D	S/D
	Paraguay	NO	NO	NO	SI
	Perú	SI	NO	NO	NO*
	Surinam	S/D	S/D	S/D	S/D
	Uruguay	NO	NO*	S/D	S/D
	Venezuela	NO	NO	S/D	S/D

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Notas: “SI+” se refiere a las políticas en discapacidad que tienen una variedad de líneas de acción en SSR y/o VG; “SI” representa a las leyes y políticas que tienen referencias a la SSR y/o a la VG; “NO” son aquellas leyes y políticas que no mencionan la SSR ni la VG; “NO*” son leyes o políticas que no hacen referencia a la VG pero sí a la violencia contra las personas con discapacidad en general; “S/D” denota la falta de datos, leyes o políticas en discapacidad. Argentina y Costa Rica cuentan con dos políticas relevantes, en ambos casos el cuadro considera la política más garantista. La política de Costa Rica se centra en mujeres con discapacidad (Agenda Política de Mujeres con Discapacidad “Rompiendo Barreras”, 2023), y la política de México en adolescentes (Estrategia de atención y protección integral a la niñez y adolescencia con discapacidad 2022-2024).

De los 24 países con leyes marco en discapacidad, la mitad no contiene disposiciones ni en SSR ni en VG; la otra mitad refiere a la SSR dentro de la cual solo las leyes de 5 países incorporan además previsiones contra la VG (Bolivia, Chile, Colombia, Brasil y Nicaragua).

De las 14 políticas nacionales en discapacidad analizadas, 8 establecen líneas de acción para promover la SSR de las personas con discapacidad, 6 de las cuales incorporan también líneas para proteger contra la violencia a mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad. Sólo las políticas de Perú, Panamá, Chile y Colombia no incluyen líneas de acción en ninguna de estas temáticas.

Únicamente las políticas nacionales de Costa Rica (2023), Ecuador, y Trinidad y Tobago incluyen una variedad de líneas de acción en SSR con el objetivo de abordar diferentes obstáculos en el acceso a los servicios. En el resto de las políticas los lineamientos son muy generales o insuficientes.

En su mayoría, las políticas analizadas tienen más líneas de acción vinculadas a la protección contra la violencia, explotación y abuso hacia personas con discapacidad que a la promoción del acceso a la SSR.

Las líneas de acción en SSR que se repiten en las distintas políticas (ver cuadro 7), se tratan del desarrollo de protocolos y capacitaciones a profesionales de los servicios para la atención de personas con discapacidad; el desarrollo y difusión de información en SSR en formatos accesibles; la promoción del acceso a servicios de SSR adecuados a las necesidades de niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad; y la creación de servicios, información y atención para adolescentes. En violencia de género, se repiten líneas de acción sobre la elaboración y difusión de mensajes y campañas sobre prevención de la violencia contra mujeres con discapacidad y la creación o el fortalecimiento de programas, dispositivos y servicios de atención accesibles a mujeres con discapacidad víctimas de violencia (ver cuadro 8).

Luego, hay una larga lista de “solos”.

- Solo las políticas de México y Trinidad y Tobago incluyen una línea de acción tan relevante como la de implementar acciones específicas para prevenir y sancionar la violencia contra NNyA, **incluyendo la violencia sexual, las esterilizaciones forzadas y la negación de acceso a la ILE.**
- Solo la Agenda de Costa Rica (2023) dispone una línea de acción para desarrollar capacitaciones sobre diversas manifestaciones de violencia contra las mujeres con discapacidad, **con énfasis en el ámbito de la salud.**
- Solo la política de Argentina tiene una línea de acción que menciona a las personas con **orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y características sexuales diversas** con discapacidad.
- Solo la política de Bolivia incluye una línea de acción para la **creación de servicios de apoyo a maternidad** de mujeres con discapacidad. Y otra para incluir el enfoque de discapacidad en programas de educación sexual y en programas sectoriales e intersectoriales de SSR.

- Solo la política de Ecuador contempla una línea de acción para **registrar las atenciones en SSR por variable discapacidad**. Asimismo, es la única política que busca fortalecer la comunicación incluyente para personas sordas.
- **Solo las dos políticas** que se centran en grupos específicos, como la Agenda Política de Mujeres con Discapacidad de Costa Rica y la Estrategia de Atención y Protección Integral a la Niñez y Adolescencia con Discapacidad de México, **mencionan la importancia de contar con el consentimiento informado de las mujeres y jóvenes con discapacidad para decidir sobre su SSR**. Las políticas de Perú y Trinidad y Tobago también mencionan este aspecto, pero respecto a prácticas de salud en general. Finalmente, la política de Paraguay dentro del eje “Igual reconocimiento como persona ante la ley” dispone una línea de acción sobre el diseño y aplicación de mecanismos de apoyo a las personas con discapacidad que respeten su autonomía, voluntad y consentimiento libre e informado.

Únicamente las políticas de Perú, Ecuador, Argentina (2017) y Costa Rica (2022), establecen metas asociadas a las líneas de acción en SSR y violencia hacia personas con discapacidad. Solo las políticas de Perú, Paraguay, México, Ecuador y Costa Rica (2022) establecen indicadores al respecto.

La mayor parte de las políticas analizadas (9 de 14) establecen un mecanismo para su monitoreo y evaluación, y también en la gran mayoría de las políticas no se establece o no está claro de dónde provendrán los fondos para asegurar el cumplimiento de las líneas de acción que se establecen.

Por último, se destaca que la elaboración de las 14 políticas analizadas contó con la participación y aportes de organizaciones de personas con discapacidad.



5.5. Instrumentos sobre salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad elaborados por organismos estatales

En los últimos 10 años, algunos países de la región comenzaron a elaborar instrumentos para mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, este proceso no se ha dado con la misma intensidad y rapidez en todos los países.

De los 27 países que abarca este estudio, **solo en 9 países se encontraron guías, protocolos o resoluciones que promueven el acceso de las personas con discapacidad a servicios de SSR**⁴⁹; varios países cuentan con más de un instrumento. En total, se encontraron 20 documentos (ver Cuadro 10). Excepto uno, todos fueron elaborados entre los años 2015 y 2024.

Cuadro 10. Instrumentos sobre SSR y VG de personas con discapacidad

País	Nombre, año de publicación y tipo de documento	Órgano responsable de su elaboración	Objetivo y público destinatario
Argentina	Resolución 65/2015. Marco interpretativo del Código Civil y Comercial para su lectura desde los DSR. Niñez, adolescencia y discapacidad (2015) – Resolución ministerial	Ministerio de Salud de la Nación	Construir una lectura conjunta sobre la nueva legislación civil que brinde respuestas a las dudas interpretativas de los Programas con el fin de posibilitar la implementación de las acciones de los mismos y el desarrollo de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva. Dirigido a equipos de salud y de la gestión en salud .
	Guía de derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad orientada a profesionales (s/f) – Guía	Agencia Nacional de Discapacidad	Visibilizar las frecuentes violaciones a los DSR a los que este colectivo se enfrenta y orientar a los profesionales que cotidianamente se encuentran en contacto con personas con discapacidad a fin de revertir estas situaciones siendo conscientes de sus propias conductas y de las del entorno de la personas con discapacidad y actuar consecuentemente como garantes de estos derechos.

49. Los países son: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela.

País	Nombre, año de publicación y tipo de documento	Órgano responsable de su elaboración	Objetivo y público destinatario
Argentina	Sexualidad sin barreras: derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad (2015) – Documento de difusión	Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)	Conceptualizar los DSR de las personas con discapacidad y aportar al análisis desde una perspectiva no discriminatoria, para el empoderamiento de las personas con discapacidad, para quienes tienen responsabilidades en hacer cumplir sus derechos y para la sociedad en general en pos de la deconstrucción de los estereotipos que recaen sobre las personas con discapacidad e impiden el pleno desarrollo de sus vidas.
	El Plan ENIA y la perspectiva de la discapacidad (2019) – Documento técnico N° 3	Coordinación Técnica del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA)	Concientizar sobre el contenido y alcance de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad y sobre la situación de especial vulnerabilidad de las niñas y adolescentes con discapacidad en el ejercicio de estos derechos y la naturaleza interseccional de la discriminación que sufren en este ámbito. Incluye buenas prácticas dirigidas a los/as agentes del Plan ENIA para avanzar en la accesibilidad de la información y los servicios.
	Nota técnica 8. Anticoncepción quirúrgica y personas con discapacidad (2023) – Documento técnico	Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación	Proveer información a los equipos de salud del país sobre derechos y obligaciones en materia de anticoncepción quirúrgica y personas con discapacidad.
	Hacia una consejería en salud sexual y reproductiva inclusiva de personas con discapacidad (2023) – Documento técnico	Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación	Reafirmar que la integralidad en el proceso de atención en salud implica comprender a la persona usuaria con sus condicionamientos, en su contexto y con sus conocimientos y vínculos; y aportar elementos para que los equipos de salud se nutran e incorporen recursos específicos para mejorar la calidad de la atención a personas con discapacidad.

País	Nombre, año de publicación y tipo de documento	Órgano responsable de su elaboración	Objetivo y público destinatario
Argentina	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 (2023) – Documento técnico	Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación	Brindar pautas para los equipos de salud con el objetivo de que puedan respetar, proteger y garantizar el derecho de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar con discapacidad a tomar decisiones relativas a la interrupción voluntaria y legal del embarazo IVE-ILE de manera autónoma.
Bolivia	Norma Técnica de Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad (2016) – Documento Técnico Normativo aprobado por Res. Ministerial 1241	Ministerio de Salud	Fortalecer la atención integral en salud sexual y salud reproductiva a las personas con discapacidad, en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud Pública .
Brasil	Derechos sexuales y reproductivos en la integralidad de la atención a la salud de las personas con discapacidad ⁵⁰ (2009) – Documento técnico	Ministerio de Salud	Contribuir a la discusión y construcción de prácticas, aportando el marco legal, histórico y conceptual sobre el tema, así como presentar directrices y proponer acciones operativas para los gestores y profesionales del Sistema Único de Salud , dirigidas a la atención integral de la salud de las personas con discapacidad.
	Guía de Atención Sanitaria a Mujeres con Discapacidad y Movilidad Reducida ⁵¹ (2019) – Guía	Ministerio de Salud	Brindar orientación a los profesionales de la salud para calificar la atención y el acceso de las mujeres con discapacidad y movilidad reducida a la atención integral en salud, a lo largo de su ciclo de vida, en los diferentes puntos de Atención de la Red del Sistema Único de Salud, incluida la atención a la salud sexual y reproductiva.

50. Traducción propia del original en portugués: Direitos sexuais e reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência.

51. Traducción propia del original en portugués: Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida.

País	Nombre, año de publicación y tipo de documento	Órgano responsable de su elaboración	Objetivo y público destinatario
Brasil	Derechos y salud sexual de las personas con discapacidad ⁵² (2024) – Directrices	Fiocruz ⁵³	Describe los derechos sexuales de las personas con discapacidad, el capacitismo en la atención de la salud sexual, mitos y prejuicios sobre personas con discapacidad; iniciativas deseables para servicios inclusivos y para la educación sexual, información segura, accesible y confiable; y para la capacitación de los trabajadores/as, campañas en DSR, la investigación y el desarrollo. Dirigido a trabajadores y directivos del sector sanitario y otros ámbitos sociales .
Colombia	Resolución 1904 de 2017, por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional – Resolución ministerial	Ministerio de Salud y Protección Social	Garantizar que las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada y suficiente sobre sus DSR y señalar las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que les permita tomar decisiones informadas en esta materia para el acceso a los respectivos servicios.
	Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos (s/f) – Documento técnico	Ministerio de Salud y Protección Social	Brindar las bases, conceptuales y técnicas para que los prestadores de servicios de salud puedan llevar a cabo el procedimiento de consentimiento informado con las personas con discapacidad, en el marco de lo dispuesto en la Resolución 1904 de 2017, teniendo en cuenta que suministre la información adecuada y suficiente para que puedan tomar decisiones informadas en relación con la atención en salud que van a recibir.

52. Traducción propia del original en portugués: Direitos e saúde sexual das pessoas com deficiência.

53. La Fundación Oswaldo Cruz (o Fundação Oswaldo Cruz por su nombre en portugués), también conocida como Fiocruz, es una institución nacional del Ministerio de Salud de Brasil dedicada a la investigación y desarrollo de las ciencias biológicas.

País	Nombre, año de publicación y tipo de documento	Órgano responsable de su elaboración	Objetivo y público destinatario
Ecuador	Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad. Manual (2017) – Aprobado por Acuerdo Ministerial 0117-2017	Ministerio de Salud Pública	Contribuir a mejorar la atención integral de salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad en el Sistema Nacional de Salud. Dirigido a los equipos de profesionales de todos los establecimientos de salud, con énfasis en el primer nivel de atención.
	Guía derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes con discapacidad (2020) – Guía	Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades et al.	Contribuir a la exigibilidad de los derechos de adolescentes y jóvenes con discapacidad, asumiendo la responsabilidad social de construir una sociedad accesible, eliminando barreras y realizando las adaptaciones o ajustes razonables necesarios para facilitar su desenvolvimiento y participación autónoma e independiente.
México	Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad. Sustento normativo (2018) – Documento de difusión	Instituto Nacional de las Mujeres	Contribuir a potencializar el pleno goce de los derechos humanos de mujeres y hombres con discapacidad, y coadyuvar a la igualdad desde una perspectiva de género.
Paraguay	Guía de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes con discapacidad (2021) – Aprobada por Resolución S.G. 758	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Contribuir a mejorar la calidad en la atención de la SSR de los adolescentes con discapacidad por parte del personal de salud , con enfoque integral e inclusivo.
Uruguay	Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad (2020) – Aprobadas por Ordenanza MSP 179/2020	Ministerio de Salud Pública	Aportar a los equipos de atención y de gestión de los servicios de salud información sobre los derechos de las personas con discapacidad, así como orientaciones, recomendaciones y herramientas prácticas para brindarles una atención inclusiva y de calidad acorde al marco normativo vigente.

País	Nombre, año de publicación y tipo de documento	Órgano responsable de su elaboración	Objetivo y público destinatario
Venezuela	InVisibles: Guía de orientaciones para acción de prevención y respuesta a la violencia basada en género contra adolescentes y mujeres con discapacidad (2022)	Consejo Nacional para Personas con Discapacidad (CONAPDIS) y el Fondo de Población de Naciones Unidas en Venezuela (UNFPA)	Brindar orientaciones y herramientas prácticas a prestadores y prestadoras de servicios que atiendan a adolescentes y mujeres con discapacidad sobrevivientes de VBG, para que puedan ofrecer una atención diferenciada y derribar la barrera institucional que las revictimiza y no les permite acceder a servicios de justicia, salud, orientación legal y/o psicológica y demás servicios sociales dispuestos para apoyarlas.
	Directriz Técnica para la Atención de Salud Sexual y Reproductiva a Personas con Discapacidad	Ministerio del Poder Popular para la Salud	Mejorar la calidad de la atención en SSR para las personas con discapacidad; incluye recomendaciones con enfoque de género, derechos humanos, diversidad e interculturalidad para abordar y erradicar las barreras sociales y ambientales que pueden enfrentar las personas con discapacidad en los centros de salud para su aplicación en la Red de Atención Comunal de Salud, Ambulatoria Especializada, Hospitalaria y de Emergencia de manera transversal.

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

BREVE CARACTERIZACIÓN

La mayor parte de los documentos analizados están **dirigidos a equipos de salud** y su objetivo es aportar información y herramientas para mejorar la calidad en la atención de personas con discapacidad en el acceso a servicios de SSR.

En general, se trata de documentos completos que incluyen una primera parte con antecedentes, datos, marco normativo y barreras frecuentes que enfrentan las personas con discapacidad en el acceso a servicios; muchos profundizan sobre los mitos existentes en relación a la sexualidad y reproducción de las personas con discapacidad.

Luego, **todos contienen recomendaciones, orientaciones o buenas prácticas para lograr una atención inclusiva de calidad**, como el correcto uso del lenguaje para hacer referencia a las personas con discapacidad; modos adecuados de dirigirse y comunicarse

con ellas (a través, por ejemplo, del uso de lenguaje sencillo o de pictogramas en caso de personas con discapacidad intelectual o psicosocial); las adecuaciones necesarias del entorno físico; la utilización y distribución de material informativo en formatos accesibles para personas con diferentes tipos de discapacidad (por ejemplo, material audiovisual con interpretación en lengua de señas y subtítulo para personas sordas; materiales en Braille, compatibles con lectores de pantalla o macrotipos para personas ciegas o de baja visión; materiales en lectura fácil para personas con discapacidad intelectual; entre otros).

En general, los instrumentos analizados **reconocen que las personas con discapacidad no son un colectivo homogéneo**, e incluyen consideraciones, más o menos detalladas, según el tipo de discapacidad. Algunos instrumentos incluyen **recomendaciones específicas para la atención en SSR por tipo de discapacidad** (ver Argentina (2015, 2019, 2023b); Bolivia (2017); Paraguay (2021); Uruguay (2020), y Venezuela (2022)). Otros no consideran las particularidades de cada tipo de discapacidad. Así, por ejemplo, la Guía de Derechos Sexuales y Reproductivos de Personas con Discapacidad de Argentina (s/f) tiene un anexo con un listado de técnicas comunicacionales, pero no es claro si todas esas técnicas aplican a todas las personas con discapacidad independientemente de su condición (algunas parecieran dirigidas más bien a personas con discapacidad intelectual, pero no en todos los casos se aclara).

Algunos instrumentos, como las Recomendaciones para el Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Personas con Discapacidad de Uruguay (2020), la Guía de Atención Sanitaria a Mujeres con Discapacidad y Movilidad Reducida de Brasil (2019), y el Manual de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Personas con Discapacidad de Ecuador (2017), contienen además lineamientos en salud sexual y reproductiva **por temas específicos** (anticoncepción y prevención de embarazos no planificados; uso de métodos anticonceptivos hormonales, de barrera y permanentes; embarazo, control prenatal, parto y control posparto; atención de la violencia sexual en personas con discapacidad; prevención de infecciones de transmisión sexual y cáncer, etc.). Otros, como la Norma Técnica de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Personas con Discapacidad de Bolivia (2016), además de tratar temas específicos, incluyen líneas de acción **por grupo poblacional con discapacidad** (niñas y niños; adolescentes; población en edad fértil; adultos mayores).

En su mayoría, **mencionan la obligación de proveer a las personas con discapacidad ajustes razonables para superar barreras de accesibilidad, y de brindar apoyos para la toma de decisiones** en caso que la persona lo solicite.

Todos, salvo dos **mencionan la importancia de obtener el consentimiento informado de las personas con discapacidad** para la realización de prácticas en SSR. En el caso de Paraguay, si bien señala el deber de garantizar la accesibilidad de la información a fin de que la persona con discapacidad pueda por sí misma tomar decisiones informadas y que se debe aplicar el procedimiento de consentimiento informado, luego incluye una referencia vaga que puede dar lugar a interpretaciones restrictivas: textualmente,

la Guía dice que, si la persona “no tiene las facultades para decidir por sí misma, [se requerirá el] consentimiento informado del entorno familiar o persona de confianza”. Sumado a ello, la guía no es precisa en cuanto al deber de brindar apoyos para la toma de decisiones libres e informadas, ni en cuanto al tipo y características que deben tener dichos apoyos y las correspondientes salvaguardias.

En este punto, **un documento a destacar es la Resolución 1904 del Ministerio de Salud de Colombia de 2017**. Se trata de un reglamento destinado a garantizar que las personas con discapacidad accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos y señalar las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del sistema de salud respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que les permita tomar decisiones informadas para el acceso a los respectivos servicios. Adicionalmente, aprueba un anexo técnico que describe estrategias de información, educación y comunicación en salud, incluyentes y accesibles; y recomendaciones generales para los profesionales y el personal de salud en el proceso de toma de decisiones con apoyo, entre otros temas relevantes.

Otro documento preciso en este aspecto es la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de Argentina, que interpreta diversas disposiciones del Código Civil argentino a la luz de los estándares constitucionales e internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos. En esta resolución se desarrollan diversas temáticas sobre las personas con discapacidad en su relación con el sistema de salud, como su capacidad jurídica, la provisión de apoyos y ajustes razonables para la toma de decisiones libres e informadas, y el consentimiento informado para el acceso a prestaciones en SSR.



6. Conclusiones y recomendaciones

A nivel regional y subregional, son pocos los instrumentos de política que promuevan el acceso a la SSR de las personas con discapacidad, y solo las políticas más actuales de algunos organismos contienen líneas de acción en la materia.

A nivel nacional, la inclusión de la discapacidad en leyes y políticas varía significativamente entre los países de la región y muestra avances desiguales.

Varios países han elaborado políticas que, en su enorme mayoría, citan a la CDPD como parte de su marco normativo, mencionan la discapacidad o a las personas con discapacidad como un grupo en situación de vulnerabilidad ya sea dentro de los antecedentes sociodemográficos o del estado de situación en el país respectivo, o dentro de sus enfoques o principios, y se las incluye específicamente como sujetos de esas políticas. También reconocen los obstáculos que enfrentan, en especial mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad, en el acceso a servicios de SSR y de atención a la violencia de género, por falta de personal capacitado, de accesibilidad física, comunicacional e informativa, de equipamiento adecuado a sus necesidades; por la existencia de mitos y prejuicios sobre su sexualidad y reproducción en la sociedad en general y en el personal de salud en particular; entre otras barreras. Sin embargo, **las líneas de acción que proponen, salvo excepciones, no parecen suficientes para abordar adecuadamente todas estas problemáticas; y algunas políticas directamente no establecen líneas de acción.**

Estos lineamientos están incluidos en diferentes instrumentos de política pública sobre temáticas distintas, aunque estrechamente vinculadas, y son elaborados por diversos organismos estatales. Es decir, si bien existen esfuerzos institucionales en la materia, éstos son sectoriales y, en general, no están articulados entre sí, ni atienden todas las problemáticas y barreras que enfrentan las personas con discapacidad en el acceso a los servicios.

En relación a las 15 políticas nacionales en SSR analizadas, solo los instrumentos de Ecuador, Paraguay, Jamaica y Colombia tienen líneas de acción específicas para personas con discapacidad; la mayor parte de las políticas incluyen líneas de acción que mencionan a las personas con discapacidad en conjunto con otros en situación de vulnerabilidad; sólo Colombia y Paraguay establecen metas que las incluyen, y

únicamente Colombia las menciona en sus indicadores. A su vez, de los 4 países con leyes o normativas marco en salud sexual y reproductiva, solo una se refiere a las personas con discapacidad, pero con un término inadecuado.

En relación a las 20 políticas en violencia de género revisadas, todas refieren a la discapacidad o a las personas con discapacidad como grupo en situación de vulnerabilidad, pero menos de la mitad contienen líneas de acción específicas para personas con discapacidad (políticas de Argentina, Bahamas, Ecuador, El Salvador, México, Trinidad y Tobago, y Uruguay). De ellas solo 4 tienen indicadores y/o metas que las mencionan. La mayoría de estas políticas incluyen líneas de acción para fortalecer la respuesta de los servicios de salud frente a la violencia de género, pero solo una menciona que debe tenerse especialmente en cuenta la situación de las personas con discapacidad. A su vez, de los 24 países con leyes marco en violencia doméstica o violencia de género, solo algo más de la mitad mencionan la discapacidad o a las personas con discapacidad.

En relación a las 15 políticas en discapacidad estudiadas, algo más de la mitad contienen líneas de acción en SSR y en VG. Sin embargo, solo los instrumentos de Costa Rica, Ecuador y Trinidad y Tobago incluyen una variedad de líneas de acción en SSR con el objetivo de abordar diferentes obstáculos en el acceso a los servicios. En el resto de las políticas los lineamientos son muy generales o insuficientes. Solamente 7 políticas establecen metas y/o indicadores asociadas a las líneas de acción en SSR y violencia hacia personas con discapacidad que proponen. Y solo 5 políticas mencionan la importancia de contar con el consentimiento informado de las mujeres y jóvenes con discapacidad para decidir sobre su SSR. A su vez, de los 24 países con leyes marco en discapacidad, la mitad no contiene disposiciones ni en SSR ni en VG; la otra mitad refiere a la SSR dentro de la cual solo las leyes de 4 países incorporan además previsiones contra la VG.

Si bien la mayoría de las políticas analizadas establecen un mecanismo para su seguimiento y monitoreo, también la mayoría no establece o no es claro de dónde provendrán los fondos para asegurar el cumplimiento de las líneas de acción que proponen.

Se destaca, finalmente, que la elaboración de la gran mayoría de las políticas contó con la participación de la sociedad civil. Sin embargo, en el caso de las políticas en SSR y VG, muy pocas aclaran que se consultaron a organizaciones de personas con discapacidad.

En relación a los 20 instrumentos en SSR de personas con discapacidad relevados, en su mayoría, mencionan la obligación de proveer a las personas con discapacidad ajustes razonables para superar barreras de accesibilidad, y de brindar apoyos para la toma de decisiones en caso que la persona lo solicite; y todos, salvo 2 mencionan la importancia de obtener el consentimiento informado de las personas con discapacidad para la realización de prácticas en SSR. Sin embargo, solo 5 consideran las particularidades de cada tipo de discapacidad.

Al examinar la totalidad de leyes, políticas e instrumentos relevados por país (ver cuadro 11), se observan patrones distintos según las subregiones. En América del Sur es donde

existen más avances en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad a nivel de políticas e instrumentos específicos, con excepción de las leyes en discapacidad que, en su mayoría, no mencionan estos derechos. En Centroamérica y México, los avances son más limitados con la excepción de Costa Rica, El Salvador y México donde se registra más desarrollo en la materia. Finalmente, en la subregión de el Caribe, donde se dispone de menos información, salvo por algunas políticas de Trinidad y Tobago, República Dominicana, Bahamas y Jamaica, el cruce entre discapacidad y SSR es una tarea pendiente. Otro dato relevante de este examen integral es que las políticas en VG son las que más consideran y accionan en favor de las personas con discapacidad, con especial énfasis en mujeres, niñas y adolescentes con discapacidad.

Cuadro 11. Leyes y políticas en salud sexual y reproductiva (SSR), violencia doméstica (VD) o violencia de género (VG) y discapacidad, por región y por país.

Subregión	Países	SSR		VD o VG		Discapacidad	
		Leyes y/o políticas en SSR ¿mencionan a personas con discapacidad?	¿Tienen instrumentos en SSR de personas con discapacidad?	Leyes en VG ¿mencionan a personas con discapacidad?	Políticas en VG ¿mencionan a personas con discapacidad?	Leyes en discapacidad ¿integran SSR?	Políticas en discapacidad ¿integran SSR?
Caribe	Antigua y Barbuda	S/D	S/D	NO	S/D	SI	S/D
	Cuba	S/D	S/D	S/D	SI	S/D	S/D
	Haití	NO (no vigente)	S/D	S/D	SI-	NO	S/D
	Jamaica	SI+ (no vigente)	S/D	NO	S/D	SI	S/D
	Las Bahamas	S/D	S/D	NO	SI+	NO	S/D
	República Dominicana	S/D	S/D	SI	SI	SI	S/D
	Trinidad y Tobago	SI-	S/D	NO	SI+	NO	SI+
América Central y México	Belice	S/D	S/D	NO	S/D	S/D	S/D
	Costa Rica	SI (no vigente)	S/D	SI	SI-	SI	SI+
	El Salvador	SI (no vigente)	S/D	SI	SI	SI	S/D
	Guatemala	NO	S/D	NO	SI	NO	S/D
	Honduras	SI	S/D	NO	S/D	NO	S/D
	México	SI-	SI	SI	SI+	SI	SI
	Nicaragua	S/D	S/D	SI	SI	SI	S/D
	Panamá	NO	S/D	SI	S/D	NO	NO

Subregión	Países	SSR		VD o VG		Discapacidad	
		Leyes y/o políticas en SSR ¿mencionan a personas con discapacidad?	¿Tienen instrumentos en SSR de personas con discapacidad?	Leyes en VG ¿mencionan a personas con discapacidad?	Políticas en VG ¿mencionan a personas con discapacidad?	Leyes en discapacidad ¿integran SSR?	Políticas en discapacidad ¿integran SSR?
América del Sur	Argentina	NO	SI	NO	SI+	NO	SI (no vigente)
	Bolivia	S/D	SI	SI	SI	SI	SI
	Brasil	NO	SI	SI	SI	SI	SI
	Chile	SI-	S/D	SI	SI	SI	NO (no vigente)
	Colombia	SI+ (no vigente)	SI	SI	S/D	SI	NO (no vigente)
	Ecuador	SI+ (no vigente)	SI	SI	SI+	NO	SI+
	Guyana	SI-	S/D	NO	S/D	NO	S/D
	Paraguay	SI+ (no vigente)	SI	SI	SI- (no vigente)	NO	NO
	Perú	S/D	S/D	SI	SI-	SI	NO
	Surinam	SI-	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
	Uruguay	SI-	SI	SI	SI+	NO	S/D
	Venezuela	SI- (no vigente)	SI	SI	S/D	NO	S/D

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Notas: “SI+” se refiere a las políticas que mencionan y tienen líneas de acción específicas para personas con discapacidad, salvo en las políticas en discapacidad que implica la existencia de una variedad de líneas de acción en SSR; “SI” representa a las leyes y/o políticas que mencionan a las personas con discapacidad y las incluyen en líneas de acción junto con otros grupos, y en las leyes en discapacidad significa que tienen referencias a la SSR; “SI-” refiere a las políticas que mencionan a las personas con discapacidad pero no incluyen líneas de acción; “NO” son aquellas leyes y políticas que no contienen menciones; S/D denota la falta de datos, leyes o políticas en las distintas temáticas.

Por último, se resalta que en varios países de la región no se han encontrado políticas nacionales en los temas abarcados por este estudio; y varias de las políticas analizadas –en especial las de SSR– ya no están vigentes o fueron elaboradas hace más de 10 años. En este sentido, es indispensable adoptar, y en su caso, actualizar las políticas y planes de acción nacionales que refieran a la salud y los derechos sexuales reproductivos y a la violencia de género contra las personas con discapacidad, de manera que incluyan una variedad de líneas de acción para abordar los diferentes obstáculos con los que se enfrentan en el acceso a los servicios, junto con metas e indicadores claros, presupuesto suficiente y mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan su adecuada implementación y revisión periódica a través de procesos participativos y transparentes.

En base a estas observaciones, se realizan las siguientes recomendaciones:

POLÍTICAS REGIONALES Y SUBREGIONAL

Estos instrumentos pueden ser una herramienta útil para promover los derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencia de género para las personas con discapacidad, en tanto buscan que los Estados asuman compromisos concretos en la materia. Para ello, es necesario:

- Procurar que las políticas regionales y subregionales en materia de SSR y VG incluyan a las personas con discapacidad y la perspectiva del modelo social de la discapacidad.
- Procurar que las políticas regionales y subregionales en discapacidad aborden los obstáculos para acceder a los servicios de atención de la SSR y la VG.

LEGISLACIÓN NACIONAL

Un entorno legislativo y regulatorio propicio es esencial para proporcionar servicios de calidad y accesibles para las personas con discapacidad. Para ello, es necesario:

- Adoptar o, en su caso, actualizar las leyes y otras regulaciones en SSR y violencia de género a fin de que incorporen a las personas con discapacidad y la perspectiva del modelo social de la discapacidad.
- Adoptar o, en su caso, actualizar las leyes y otras regulaciones en discapacidad a fin de que incorporen disposiciones que garanticen el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencias de género a las personas con discapacidad.
- En este proceso, es fundamental que se reconozca la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás personas en la toma de decisiones relativas a su SSR de conformidad con los derechos establecidos en el artículo 12 de la CDPD; se explicita el deber de obtener el consentimiento informado de las personas con discapacidad, incluyendo los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; y se detalle la obligación de proveer a las personas con discapacidad los apoyos y ajustes razonables que requieran para la toma de decisiones libres e informadas, con las salvaguardias correspondientes.
- Convocar a las organizaciones de personas con discapacidad para la elaboración de las leyes y regulaciones que atañen a sus intereses y derechos.

POLÍTICAS NACIONALES

Estos instrumentos pueden ser una valiosa herramienta para promover los derechos sexuales y reproductivos y una vida libre de violencia de género para las personas con discapacidad, en tanto buscan hacer operativas leyes meramente declarativas. Para ello, es necesario:

- Elaborar o, en su caso, actualizar las políticas nacionales en SSR, violencia de género y discapacidad, con la participación de organizaciones de personas con discapacidad.
- En las políticas en SSR y VG, incorporar líneas de acción, metas e indicadores específicos para personas con discapacidad.
- En las políticas en discapacidad, incluir líneas de acción, metas e indicadores específicos en SSR y VG.

- En todas las políticas, incluir una variedad de líneas de acción que aborden los diversos obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad en el acceso a los servicios de SSR.
- Procurar que las diversas políticas nacionales tengan coherencia política y dialoguen entre sí, que establezcan responsabilidades claras, previsión de presupuesto y mecanismos de monitoreo y evaluación.

INSTRUMENTOS EN SSR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Estos documentos son una valiosa herramienta en tanto contienen orientaciones útiles para los y las profesionales de los servicios de salud, siempre que se cuente con los recursos humanos y presupuestarios necesarios para implementarlos en los sistemas de salud. Se recomienda entonces:

- Promover la elaboración de guías o protocolos para la atención de la SSR y la violencia de género hacia personas con discapacidad, con la participación de organizaciones de personas con discapacidad.

En dichas guías o protocolos, es especialmente relevante que:

- respeten y cumplan los postulados del modelo social de la discapacidad establecido en la CDPD, y tengan perspectiva de derechos humanos y de género.
- reconozcan la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás personas para la toma de decisiones relacionadas con la SSR.
- subrayen la importancia de obtener el consentimiento informado de la persona con discapacidad, incluyendo los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- detallen la obligación de proveer a las personas con discapacidad los apoyos y ajustes razonables que requieran para la toma de decisiones libres e informadas, con las salvaguardias correspondientes.
- consideren las particularidades de cada tipo de discapacidad; por ejemplo, incluyendo recomendaciones para una atención inclusiva específica para cada tipo de discapacidad.

GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO

A fin de monitorear y profundizar en la temática de estudio, y diseñar políticas basadas en evidencia, se considera relevante:

- Desarrollar un estudio de casos para conocer cómo se están ejecutando algunas de las políticas vigentes respecto de las temáticas abarcadas por este estudio.
- Investigar cómo se están implementando los instrumentos en SSR de personas con discapacidad en los sistemas de salud.
- Releva, sistematizar y analizar las políticas nacionales en otras temáticas no abarcadas por este estudio (políticas en igualdad de género, planes de desarrollo, políticas en temáticas específicas como prevención del embarazo adolescente o de prevención de infecciones de transmisión sexual, entre otras), que pueden contener lineamientos que promuevan la SSR de las personas con discapacidad.
- Desarrollar un estudio sistemático acerca de las regulaciones sobre capacidad jurídica y consentimiento informado de las personas con discapacidad para el acceso a prácticas en SSR en los países de la región.

Bibliografía

- Banco Mundial (2023), La inclusión de la discapacidad, Contexto, abril 2023, en <https://www.bancomundial.org/es/topic/disability#1>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, en <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and>
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014A), Observación General N° 1 sobre Art. 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014, en <https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014B), Observación General N° 2 sobre el Artículo 9: Accesibilidad, CRPD/C/GC/2, 22 de mayo de 2014, en <https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/2>
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016), Observación General N° 3 sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, CRPD/C/GC/3, del 25 de noviembre de 2016, en <https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/3>
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2017), Observación General N° 5 sobre el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad, CRPD/C/GC/5, 31 de agosto de 2017, en <https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/5>
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2018a), Observación General N° 6 sobre igualdad y no discriminación, CRPD/C/GC/6, 26 de abril de 2018, en <https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/6>
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2018b), Observación General N° 7 sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención, CRPD/C/GC/7, 9 de noviembre de 2018, en <https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/7>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013), Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014, Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013, en <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7ff6776f-6537-4904-9336-298cbfbb263c/content>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2024a), Resolución 5(V), Quinta Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe Cartagena de Indias, Colombia, 3 y 4 de julio de 2024, en https://crpd.cepal.org/5/sites/crpd5/files/2400826s_crpd.5_resolucion_aprobada.pdf

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2024b), Población, desarrollo y derechos en América Latina y el Caribe: segundo informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/CRPD.5/3), Santiago, 2024, en <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/38450bd8-6baf-4233-ac21-8b3810a642af/content>
- DeBeaudrap, Pierre et al. (2019), "Disability and Access to Sexual and Reproductive Health Services in Cameroon: A Mediation Analysis of the Role of Socioeconomic Factors," *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16, no. 417, en <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6388229/pdf/ijerph-16-00417.pdf>
- García Mora, María Elena, Steven Schwartz Orellana y Germán Freire (2021), *Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: Un camino hacia el desarrollo sostenible*, Washington, DC: Banco Mundial, en <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099015012012140135/pdf/P17538307bf8530ef0b57005d4d17d157f6.pdf>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) (2002), *Handbook on National Human Rights Plans of Action*, Serie de Capacitación Profesional núm. 10, 29 de agosto de 2002, en <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training10en.pdf>
- Oliver, Michael (1990), *The Politics of Disablement*. London: The MacMillan Press.
- Oliver, Michael (1990a). The individual and social models of disability. Trabajo presentado en el Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2006), *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, en <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), (2022) Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Desarrollo Social Inclusivo, *Planes Nacionales sobre discapacidad*, en <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2022/01/National-Plans-Spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Discapacidad. Datos y cifras*, del 7 de marzo de 2023, en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Palacios, Agustina (2008), *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Colección CERMI.es N°36, Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, Ediciones Cinca, Madrid, octubre de 2008, en <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
- Palacios, A. (2017). El modelo social de discapacidad y su concepción como cuestión de derechos humanos. [Editorial]. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), pp. 14-18, en <http://dx.doi.org/10.21501/22161201.2190>
- Pereira, H. (2021), Sexual Behaviors and Sexual Perceptions of Portuguese Adults with Physical Disabilities. *Sex Disabil* 39, 275–290, en <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-020-09657-w>

- Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2017). Informe sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres jóvenes y las niñas con discapacidad, A/72/133, 14 de julio de 2017, en <http://undocs.org/es/A/72/133>
- Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2019), Informe sobre los efectos del capacitismo en la práctica médica y científica, A/HRC/43/41, 17 de diciembre 2019, en <https://undocs.org/es/A/HRC/43/41>
- Romañach Cabrero, Javier (2009), “Bioética al otro lado del espejo: la visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los derechos humanos”, Diversitas Ediciones (Servicio de publicaciones de Asociación Iniciativas y Estudios Sociales), junio de 2009, en http://www.diversocracia.org/docs/Bioetica_al_otro_lado_del_espejo_v_papel.pdf
- Seidu, AA., Malau-Aduli, B.S., McBain-Rigg, K. et al. (2024), Sexual lives and reproductive health outcomes among persons with disabilities: a mixed-methods study in two districts of Ghana. Reprod Health 21, 69, en <https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-024-01810-4>
- UNFPA (2018a). Jóvenes con discapacidad: Estudio global sobre cómo poner fin a la violencia de género y lograr la salud y derechos sexuales y reproductivos, julio 2018, en <https://www.unfpa.org/publications/young-persons-disabilities>
- UNFPA (2018b), Mujeres y jóvenes con discapacidad. Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos, noviembre 2018, en <https://www.unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities>
- UNFPA (2021), Salud sexual y reproductiva y violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a la luz de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS 2018), 1a ed. San José, Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2021, en <https://costarica.unfpa.org/es/publications/salud-sexual-y-reproductiva-y-violencia-de-ge%CC%81nero-hacia-las-mujeres-con-discapacidad>

Anexo: Listado de políticas analizadas

Políticas regionales y subregionales

ORGANISMO ANDINO DE SALUD (ORAS-CONHU)

- Política Andina en Salud para la Prevención de la Discapacidad y para la Atención, Rehabilitación/Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, Lima: ORAS-CONHU, 2010, en https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/politica_andina_discapacidad_2010.pdf
- Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes con Enfoque Integral 2017-2022, ORAS-CONHU, 2017, en <https://orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/PLAN%20ANDINO%20DE%20PREVENCION%20Y%20REDUCCI%C3%93N%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENTES.pdf>
- Política Andina de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la Prevención del Embarazo en la Adolescencia, Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, ORAS-CONHU; 2022, en https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/libro%20politica%20sexual%202022_v2.pdf

COMUNIDAD DEL CARIBE (CARICOM)

- *Caribbean Regional Strategic Framework on HIV and AIDS (CRSF) 2019-2025, Pan Caribbean Partnership against HIV and Aids (PANCAP)*, 2019, en https://caricom.org/wp-content/uploads/Caribbean-Regional-Strategic-Framework-2019-2025_Master_20-October-2019pdf3-1.pdf
- *Strategic Plan for the Caribbean Community 2015-2019: repositioning CARICOM*, CARICOM Secretariat, Turkeyen, Guyana, July 2014, en <https://faolex.fao.org/docs/pdf/car197484.pdf>

CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA (COMISCA)

- Plan Estratégico para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y República Dominicana 2019-2023, Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), segunda edición, diciembre 2018, en https://www.sica.int/documentos/plan-estrategico-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-de-centroamerica-y-republica-dominicana-2019-2023_1_120456.html

- Estrategia para la Equidad e Igualdad en Salud entre Mujeres y Hombres en Centroamérica y República Dominicana 2023-2030, Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), junio 2023, en https://www.sica.int/documentos/resolucion-comisca-05-2023-relativa-a-la-aprobacion-de-la-estrategia-para-la-equidad-e-igualdad-en-salud-entre-mujeres-y-hombres-en-centroamerica-y-republica-dominicana_1_132289.html

MERCADO COMÚN DEL SUR (MERCOSUR)

- Recomendaciones para las políticas de salud sexual y reproductiva en los Estados partes y Asociados del MERCOSUR, RMS, Acuerdo N° 06/07, 15 de junio 2007, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-11/anexo_7_acuerdo_rms_06_07_mercosur.pdf
- Declaración de Ministros de Salud y Estados Asociados sobre la Salud Sexual y Reproductiva, Reunión Ministros de Salud (RMS), del 07/12/2017, en <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/pdf/32986.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

- Estrategia y Plan de Acción para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita, CD50/15 (Esp.), 11 de agosto de 2010, en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/61396/CD50-15-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ETMI PLUS: Marco para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH, la Sífilis, la hepatitis y la Enfermedad de Chagas, julio de 2017, en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34306/OPSCHA17009-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Plan de Acción Sobre Discapacidades y Rehabilitación, CD53/7, Rev. 1, 2 de octubre del 2014, en <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-7-s.pdf>
- Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para abordar la violencia contra la Mujer, CD54/9, Rev. 2, 30 de septiembre de 2015, en <https://www.paho.org/sites/default/files/estrategiavaw.pdf>
- Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2018-2030, CE162/14, 22 de mayo del 2018, en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49211/CE162-14-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (OEA)

- Programa de Acción para el Decenio de las Américas por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (2016-2026), AG/RES.2928 (XLVIII-O/18), Aprobada en la cuarta sesión plenaria el 5 de junio de 2018, en https://www.oas.org/en/sare/documents/CIDiscap_ESP_005.pdf

POLÍTICAS NACIONALES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- Secretaría de Salud de México, Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf
- Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género de Venezuela, Instituto Nacional de la Mujer, Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres 2014-2019, en https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Plan%20Nacional-parala-Proteccion-de-los-DSR_1.pdf
- Ministerio de Salud de Chile, Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2018), en https://s3.us-east-2.amazonaws.com/cdn.miraquetemiro.org/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-. _147fb01f50059e5016db4ad9c89b200d.pdf
- Ministry of Health of Trinidad and Tobago, National Sexual and Reproductive Health Policy (2020), en <https://health.gov.tt/~healthgov/sites/default/files/womenshealth/National%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20Policy.pdf>
- Ministry of Health of Guyana, Guyana Sexual and Reproductive Health Policy (s/f), en <https://drive.google.com/file/d/1Lpah8-JAleOa1-Ig4fj20g7QfhPnhL4D/view>
- Ministry of Health of Suriname, National Sexual and Reproductive Health and Rights Policy of Suriname 2020-2030, en https://suriname.un.org/sites/default/files/2020-09/Final%20Suriname%20SRH%20policy%202020-2030%20J.Terborg_MOH_UNFPA2%2C%20JT290420.pdf
- Ministerio de Salud de Costa Rica, Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, II Parte: Análisis de Situación; Propósito, Enfoques, Asuntos Críticos y Áreas de Intervención de la Política de Sexualidad, en <https://repositorio-snp.mideplan.go.cr/bitstream/handle/123456789/65/PP.050-IIP.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud de El Salvador, Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (2012), en <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/policy/SLV-CC-37-04-POLICY-2012-esp-Politica-de-Salud-Sexual-y-Reproductiva.pdf>
- Ministerio de Salud de El Salvador, Plan para la implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva (2013), en https://s3.us-east-2.amazonaws.com/cdn.miraquetemiro.org/Plan_de_implementacion_de_la_politica_de_salud_sexual_y_reproductiva_El_Salvador_df7686c9021814779f7e406de0eb70aa.pdf
- Secretaría de Salud de Honduras, Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2016), en <https://sgomm.inam.gob.hn/index.php/download/politica-nacional-salud-sexual-y-reproductiva-2016/>
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021, en <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019-2023, en <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1283916/plan-nacional-ssr-2019-12-03.pdf>
- Government of Jamaica, Jamaica National Integrated Strategic Plan for Sexual and Reproductive Health and HIV 2014-2019, en <https://moh.gov.jm/wp-content/uploads/2016/05/Final-National-Integrated-Strategic-Plan-2014-2019-with-SRH-Validation.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014), en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/libro%20politica%20sexual%20sept%2010.pdf>

POLÍTICAS NACIONALES EN VIOLENCIA DE GÉNERO

- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, Argentina, Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género (2022-2024), en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/08/pna_2022_2024.pdf
- Ministry of Social Services and Community Development, The Commonwealth of The Bahamas, Strategic Plan to Address Gender-Based Violence (2015), en <https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-07-21/Bahamas.pdf>
- Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional de Bolivia, Plan Multisectorial de Desarrollo integral para Vivir Bien de Prevención y Lucha Contra la Violencia en Razón de Género y Generacional 2021-2025, febrero de 2023, en https://www.justicia.gob.bo/cms/files/RM23-2023_84b1y96s.pdf
- Secretaria de Políticas para as Mulheres, Presidência da República, Brasil, Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2007), en https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres
- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, Gobierno de Chile, Plan Nacional por el Derecho a Vidas Libres de Violencia de Género para Mujeres, Niñas y Diversidades 2022-2030, <https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2023/11/PLAN-VCM.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres de Costa Rica, Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades, Costa Rica, 2017-2032, en https://www.inamu.go.cr/documents/10179/11329/planovi_2017-2032/dd15b736-fe18-42a9-96a1-319083334992
- Ministerio de Justicia de Cuba, Estrategia Integral de Prevención y Atención a la Violencia de Género y en el Escenario Familiar (2021), en https://oig.cepal.org/sites/default/files/2021-acuerdo9231_cub.pdf
- Secretaría de Derechos Humanos de Ecuador, Plan Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2020-2030, mayo 2021, en https://www.derechoshumanos.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2022/10/Plan_Nacional_PEVCM_SDH_2022.pdf

- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer - ISDM, El Salvador, Política Nacional para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y su Plan de Acción 2021-2025, en <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/instituto-salvadoreno-para-el-desarrollo-de-la-mujer/documents/555912/download>
- Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres –Conaprevi, Guatemala, Plan Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2020-2029, noviembre 2019, en <https://sepren.gob.gt/wp-content/uploads/Planovi-2020-2029.pdf>
- *Ministère à la Condition féminine, u Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti, Plan national 2017-2027 de lutte contre les violences envers les femmes*, 2017, en <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/HTI-GBV-19-01-PLAN-STRATEGY-2017-fra-Plan-nacional-de-lutte-contre-les-violences-envers-les-femmes.pdf>
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres de México, Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2021-2024, diciembre 2021, en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639746&fecha=30/12/2021#gsc.tab=0
- Presidencia de la República de Nicaragua, Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia Nicaragüense y Prevención de la Violencia (2014), en https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/10010.pdf
- Ministerio de la Mujer del Paraguay, II Plan Nacional contra la Violencia hacia las Mujeres 2015-2020, en <https://www.cde.org.py/wp-content/uploads/2017/08/2015-PLAN-NACIONAL-CONTRA-LA-VIOLENCIA-HACIA-LAS-MUJERES-2015-2020.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. Plan Nacional de Prevención y Atención a la Violencia basada en género desde el Sistema Nacional de Salud 2020-20205, diciembre 2020, en https://dirgen.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2022/07/Violencia-de-genero_V4.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú, Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia de Género contra las Mujeres “Mujeres libres de violencia” (2022), en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2935181/Estrategia-Nacional-de-prevencion-de-la-violencia-de-genero-contra-las-mujeres.pdf.pdf>
- Ministerio de la Mujer de la República Dominicana, Plan estratégico por una vida libre de violencia para las Mujeres (2020), en <https://mujer.gob.do/transparencia/index.php/portal-t/publicaciones-m/category/995-plan-estrategico-por-una-vida-libre-de-violencia-para-las-mujeres>
- Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, Estrategia para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la violencia, con énfasis en la violencia de género y contra niños, niñas, adolescentes, mujeres y adultas mayores, 2016-2020, Viceministerio de Planificación y Desarrollo, Oficina de Equidad de Género y Desarrollo, noviembre 2015, en <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/122/estrategiarespuestaviolencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- *Inter-ministerial Committee on the National Strategic Action Plan on Gender-Based and Sexual Violence and the Office of the Prime Minister, Gender Affairs Division of Trinidad and Tobago, National Strategic Action Plan on Gender-Based Violence of Trinidad and Tobago 2023-2027*, en https://www.eeas.europa.eu/sites/default/files/documents/2024/20240304_spotlight_national_strategic_action_plan_for_trinidad_and_tobago_0.pdf
- Consejo Nacional Consultivo por una vida libre de Violencia basada en Género hacia las Mujeres, Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay, Plan nacional por una vida libre de violencia de género hacia las mujeres 2022-2024 Uruguay, en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/2011>

POLÍTICAS NACIONALES EN DISCAPACIDAD

- Agencia Nacional de Discapacidad, Presidencia de la Nación, Argentina, Plan Nacional de Discapacidad 2017-2022, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional_discapacidad_imagenes_04-2018.pdf
- Agencia Nacional de Discapacidad, Presidencia de la Nación, Argentina, Plan Integral para la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad en el ámbito local “ACCESAR”, agosto 2021, en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/350000-354999/352891/norma.htm>
- Defensor del Pueblo y Comité Nacional de la Persona con Discapacidad de Bolivia, Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para Personas con Discapacidad, 2006, en https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/plan_nacional_de_igualdad_y_equiparacion_de_oportunidades_para_las_personas_con_discapacidad.pdf
- *Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), Plan Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Novo Viver sem Limite*, 2023, en <https://novoviversem limite.mdh.gov.br/#sobre-o-plano>
- Servicio Nacional de la Discapacidad, Ministerio de Desarrollo Social de Chile, Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020, noviembre 2013, en <https://www.senadis.gob.cl/download/i/1238>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Chile, Oficina de Promoción Social, Grupo de Gestión en Discapacidad, Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022, diciembre 2014, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Oficina de Promoción Social Grupo de Gestión en Discapacidad, Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022, diciembre de 2014, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>

- Asociación de Mujeres con Discapacidad, Instituto Nacional de las Mujeres de Costa Rica, Agenda Política de Mujeres con Discapacidad “Rompiendo Barreras”, 2023, en <https://www.inamu.go.cr/documents/10179/3342346/Agenda-2-Politica-Mujeres-Con-Discapacidad-2023/c12d7d0c-5144-4994-bbe4-fdd44e79c7c3>
- Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), Gobierno de Costa Rica, Plan de Acción de la Política Nacional en Discapacidad 2024-2030 <https://conapdis.go.cr/download/imagen/>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades del Ecuador, Agenda Nacional para la Igualdad de Discapacidades 2021-2025, agosto de 2022, en https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/agenda-discapacidades-2021-2025-final.pdf
- Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad, El Salvador, Política Nacional de Atención a Personas con Discapacidad, abril de 2014, en https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/10239.pdf
- Comisión para la Igualdad Sustantiva entre Niñas, Niños y Adolescentes (CISNNA), México, Estrategia de Atención y Protección Integral a la Niñez y Adolescencia con Discapacidad 2022-2024, noviembre de 2021, en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/704278/NNA_con_Discapacidad_Estrategia_Atenci_n_y_Protecci_n_Integral.pdf
- Secretaría Nacional de Discapacidad, Gobierno de Panamá, Política Nacional de Inclusión de las Personas con Discapacidad 2020-2030, Parte 1: Antecedentes y marco conceptual, en https://www.senadis.gob.pa/documentos/POLITICA-NAL-20-30/PoliticaNacional_PcD-PARTE_I.pdf
- Secretaría Nacional de Discapacidad, Gobierno de Panamá, Política Nacional de Inclusión de las Personas con Discapacidad 2020-2030, Parte 2: Matrices de resultados, en https://www.senadis.gob.pa/documentos/POLITICA-NAL-20-30/PoliticaNacional_PcD-PARTE_II.pdf
- Secretaria Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (SENADIS) de Paraguay, Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad 2015-2030, en https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/10322.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú, Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030, junio de 2021, en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1932186/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20MULTISECTORIAL%20EN%20DISCAPACIDAD%20PARA%20EL%20DESARROLLO%20AL%202030..pdf?v=1622920983>
- Minister of Social Development and Family Services of Trinidad and Tobago, National Policy on Persons with Disabilities, July 2018, en https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/10/Trinidad-and-Tobago_National-Policy-on-Persons-with-Disabilities-2018.pdf

INSTRUMENTOS SOBRE SSR Y VG DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023a), 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, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, noviembre 2023, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-12/nota_tecnica_11-ive-ile_y_discapacidad_7122023.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023b), Hacia una consejería en salud sexual y reproductiva inclusiva de personas con discapacidad, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, noviembre de 2023, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/cuadernillo_consejeria_ssr_y_pcd_noviembre_2023.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023c), Nota técnica 8, Anticoncepción quirúrgica y personas con discapacidad, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, agosto 2023, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-11/nota_tecnica_8_15112023.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022), Información sobre métodos anticonceptivos en macrotipo, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-10/MacrotipoWeb.pdf>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021), Campaña #PuedoDecidir, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en www.puedodecidir.org y <https://www.facebook.com/watch/?v=1493639030993178>.
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021). Información para acceder a la ligadura de trompas uterinas. Formulario para firmar el consentimiento informado. Documento escrito en lectura fácil, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/Cuadernillo_CI_Ligadura_tubaria.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021). Información para acceder a la vasectomía. Formulario para firmar el consentimiento informado Documento escrito en lectura fácil, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/Cuadernillo_CI_Vasectomia.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2020), Material informativo: derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001276cnt-or_diptico_discapacidad.pdf

- Ministerio de Salud y Protección Social (s/f), Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y Oficina de Promoción Social, Colombia, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-tecnicas-consentimiento-pcd3.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018), ABECÉ - Sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas con discapacidad en el marco del derecho a la salud, Oficina de Promoción Social, Colombia, 20 de febrero de 2018, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abece-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, Resolución 65 del 9/12/2015, en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/257649/norma.htm>
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) de Argentina, Sexualidad sin barreras: derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, 2015, en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sexualidad-sin-barreras.pdf>
- Coordinación Técnica del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Pan ENIA), Argentina, El Plan ENIA y la perspectiva de la discapacidad, Documento técnico N° 3, marzo 2019, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_plan_enia_y_la_perspectiva_de_la_discapacidad_documento_tecnico_no_3_-_marzo_2019.pdf
- Ministerio de Salud de Bolivia, Norma Técnica de atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad, Resolución Ministerial 1241 del 12/12/2016, en <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/BOL-RH-32-02-GUIDELINE-2017-esp-Norma-tecnica-de-atencion-integral-en-SSySR-para-PcD.pdf>
- *Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Direitos Sexuais e Reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência*, 2009, en <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/direitos-sexuais-e-reprodutivos-na-integralidade-da-aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-sa%C3%BAde-de-pessoas-com>
- *Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida*, 2019, en <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes/guia-de-atencao-a-saude-das-mulheres-com-deficiencia-e-mobilidade-reduzida.pdf/view>
- Costa, L. S. et al. *Direitos e saúde sexual das pessoas com deficiência*. 3ª ed.- revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2024, en https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/Guia_Direitos_e_SadeSexual.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Resolución 1904 del 31 de mayo de 2017, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (s/f), Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y Oficina de Promoción Social, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-tecnicas-consentimiento-pcd3.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad. Manual, Dirección Nacional de Normatización, Acuerdo Ministerial 0117-2017 del 23/08/2017, en <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/09/manual-ss-discapacidades-FINALWEB-1.pdf>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades de Ecuador et al., Guía derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes con discapacidad, diciembre de 2020, en <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/gu%C3%ADa-de-derechos-sexuales-y-reproductivos-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes-con-discapacidad>
- Instituto Nacional de las Mujeres de México, Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad. Sustento Normativo, Primera edición: agosto de 2018, en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/389292/Cartilla_de_DS_y_DR_Sustento_Normativo.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, Guía de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes con discapacidad, Resolución S.G. 758 del 17/09/2021, en <https://informacionpublica.paraguay.gov.py/public/6662676-RESOLUCIONSGN758DE2021GUIAATENCIONSALUDSEXUALpdf-RESOLUCIONSGN758DE2021GUIAATENCIONSALUDSEXUAL.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad. Uruguay 2020, Ordenanza MSP 179/2020, en https://inclusionydiscapacidad.uy/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-para-el-abordaje-de-la-salud-sexual_2020_web_accesible.pdf
- UNFPA (2022): InVisibles: Guía de orientaciones para acciones de prevención y respuesta a la violencia basada en género contra adolescentes y mujeres con discapacidad, 2022, Fondo de Población de las Naciones Unidas – Venezuela, en https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia_visibles_preencion_vbg_pcd.pdf

2

SEGUNDA PARTE

Iniciativas
de políticas
que incluyen
a personas con
discapacidad:
buenas
prácticas



1. Presentación

Este informe describe tres políticas públicas implementadas en Argentina, Uruguay y Colombia, que han sido seleccionadas como buenas prácticas dirigidas a promover el acceso de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva (en adelante SSR) en dichos países.

En el caso de Argentina, se relata la experiencia del Grupo de Trabajo en Derechos Sexuales y Reproductivos y Personas con Discapacidad creado en 2020 bajo la órbita de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación. El caso de Uruguay se trata de un programa piloto creado en 2021 para el apoyo en la crianza a mujeres en situación de dependencia por motivo de discapacidad, co-ejecutado por la Dirección de Discapacidad y Uruguay Crece Contigo, ambas dependencias del Ministerio de Desarrollo Social. En el caso de Colombia, se describe el proceso de elaboración de una resolución dictada en 2017 por el Ministerio de Salud y Protección Social por orden de la Corte Constitucional colombiana, con el objeto de garantizar que las personas con discapacidad accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y reproductivos, con los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias correspondientes que les permita tomar decisiones libres e informadas en el acceso a los servicios.

A fin de identificar las buenas prácticas en la materia se solicitó la colaboración de diversas organizaciones de personas con discapacidad y otras organizaciones y redes de la sociedad civil que trabajan en temas de derechos sexuales y reproductivos en la región. Concretamente, se les pidió que completaran un formulario con los datos de la política pública junto con una breve explicación de por qué consideran que es/fue una buena práctica.

En este trabajo, se entiende por buenas prácticas aquellas experiencias adquiridas en un tiempo determinado, que demuestren la utilización de métodos, técnicas y prácticas; que respondan a los criterios de relevancia, innovación, impacto y replicabilidad; y que hayan contado en su diseño y/o implementación con la participación de personas con discapacidad u organizaciones que representan sus derechos.

Una vez seleccionadas las políticas, se realizaron entrevistas en profundidad a personas involucradas en su diseño y/o implementación a fin de conocer detalles sobre su gestación, ejecución, retos enfrentados, lecciones aprendidas y desafíos pendientes. En total se entrevistaron a 8 personas.

El objetivo de este trabajo es que pueda servir de insumo y hoja de ruta para los Estados de la región que, a partir de sus compromisos internacionales, formulen políticas públicas para promover la SSR de las personas con discapacidad que habitan en sus territorios.



2. Argentina: un grupo de trabajo en salud sexual y reproductiva y personas con discapacidad

Antecedentes, origen y conformación

En Argentina, la política nacional de salud sexual y reproductiva lleva más de 20 años de implementación. En 2002, la Ley 25.673 creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante PNSSR), en el ámbito del Ministerio de Salud. A su vez, en 2008 el Estado aprobó la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, otorgándole jerarquía constitucional en 2014.

A partir de 2010, el área de comunicación del PNSSR comenzó a realizar algunas acciones aisladas para promover el acceso a la SSR de las personas con discapacidad: se produjeron algunos materiales de difusión en el tema y se celebraron mesas de trabajo con otros organismos del Estado y organizaciones de personas con discapacidad en temas vinculados a la educación sexual integral:

“el primer espacio de encuentro más interinstitucional fue una mesa que convocó inicialmente la gente del programa de educación sexual integral en búsqueda de traducción o de accesibilidad de los documentos y materiales de comunicación que existían y eso fue una mesa de aprendizaje mutuo porque estaba conformada por integrantes de diferentes organismos y de organizaciones de la sociedad civil” (Constanza Leone, integrante del grupo de trabajo).

Más adelante, en 2015, como resultado de una mesa de trabajo convocada por el PNSSR y el Programa Nacional de Salud Integral en Adolescencia, el Ministerio de Salud dictó la Resolución 65/2015, una normativa que interpreta diversas disposiciones del Código Civil argentino a la luz de los estándares constitucionales e internacionales en materia

de derechos sexuales y reproductivos. En esta resolución se desarrollan diversas temáticas sobre las personas con discapacidad en su relación con el sistema de salud, como su capacidad jurídica, la provisión de apoyos y ajustes razonables para la toma de decisiones libres e informadas, y el consentimiento informado para el acceso a prestaciones en SSR. Este documento sirvió de respaldo al PNSSR para poder seguir construyendo en los años siguientes una agenda en materia de SSR y personas con discapacidad.

Sin embargo, no fue sino hasta 2020 que la recién creada Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante DNSSR) estableció la temática de la discapacidad como una de sus líneas prioritarias. En efecto, uno de los objetivos estratégicos impulsados por la gestión de la DNSSR que asumió ese año fue la promoción de derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad, junto y al mismo nivel que el acceso efectivo a métodos anticonceptivos, el acceso a la interrupción del embarazo, y la prevención y detección temprana de abusos sexuales y embarazos forzados. La relevancia de esta línea de trabajo se manifiesta, por ejemplo, en la incorporación de disposiciones sobre consentimiento informado de personas con discapacidad en dos leyes fundamentales para la garantía de la SSR en Argentina: la Ley 27.610 sobre Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la modificatoria a la Ley 26.130 sobre el Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica dictadas en 2020 y 2021, respectivamente.

Paralelamente, la DNSSR institucionalizó el Grupo de Trabajo en Derechos Sexuales y Reproductivos y Personas con Discapacidad (en adelante GT), que desde 2010, como ya se dijo, venía realizando acciones aisladas en la materia bajo la iniciativa de integrantes del área de comunicación. En sus palabras:

“las condiciones de posibilidad de la institucionalización del grupo llevaron muchos años, no fue algo que se dio de un momento a otro, sino que se fue construyendo en casi 10 años (...). El puntapié inicial fue en 2010 con la producción de una postal sobre derechos sexuales y reproductivos y personas con discapacidad y a partir de ahí se fue armando un camino que (...) se institucionaliza con la conformación del grupo de trabajo en 2020, un hecho bien significativo porque se reconocieron acciones aisladas y con una sistematicidad heterogénea” (Constanza Leone, integrante del GT).

“ese momento de institucionalización (...) fue posible porque existieron todos esos años previos de trabajo que, en general, estuvieron ligados a acciones que llevaron adelante integrantes del área de comunicación y producción de materiales de la Dirección, quienes, con la referencia de Coty, con el impulso de Coty [se refiere a Constanza Leone], empiezan a pensar acciones específicas de promoción de los derechos sexuales [de las personas con discapacidad], empiezan a tener contacto con organizaciones de la sociedad civil de personas con discapacidad y empiezan a surgir demandas” (Luciana Azcárate, integrante del GT).

En este proceso de institucionalización, las organizaciones de personas con discapacidad tuvieron un rol preponderante, desde demandas puntuales que fueron haciendo al entonces PNSSR, hasta su participación en reuniones de trabajo, en consultas frecuentes para la elaboración de materiales accesibles, y en la planificación y desarrollo de capacitaciones tanto al interior del Programa como a equipos de salud.

“si hay algo que marca la conformación del grupo, es el diálogo y la articulación permanente con las organizaciones de personas con discapacidad, con REDI [Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad] más centralmente” (Constanza Leone).

Al tiempo, se dieron dos hechos relevantes.

Por un lado, se incorporaron al equipo dos personas con discapacidad visual, lo que impactó de manera sustantiva y en los modos de trabajo del GT:

“la incorporación de las compañeras al equipo modificó cualitativamente nuestro trabajo (...) y nos modificó procesos de trabajo, por ejemplo, leer y discutir un documento nos implicó modificar la forma en que trabajamos con los comentarios, o sea, no usamos el control de cambios y los comentarios anexos en Word porque las compañeras, con el lector, no pueden acceder; entonces, eso nos implicó incorporar la modalidad de hacer los comentarios entre asteriscos” (Luciana Azcárate).

Según las integrantes del GT, la incorporación de personas con discapacidad al equipo generó también una conciencia en toda la DNSSR sobre sus obligaciones en la materia, y un compromiso reforzado para integrar la perspectiva de la discapacidad en todas las acciones del organismo.

Por otro lado, se invitó a organizaciones de personas con discapacidad a formar parte del Consejo Asesor del PNSSR y del Consejo Consultivo del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) que también se implementa desde la DNSSR. Ambos consejos son espacios de cooperación y diálogo entre las autoridades de la DNSSR e integrantes de asociaciones científicas y profesionales, organizaciones de la sociedad civil, integrantes de agencias de Naciones Unidas y especialistas que se reunían periódicamente durante la gestión 2020-2023.

Objetivos y líneas de trabajo

Durante el primer año de funcionamiento del GT en 2021, se comenzaron a celebrar reuniones periódicas entre representantes de las distintas áreas de la DNSSR con el fin de reflexionar y definir las acciones necesarias para transversalizar la perspectiva de la discapacidad en todo el trabajo del organismo. Estas reuniones, según una de sus integrantes:

“permitieron delinear objetivos más concretos, (...) [revelaron la necesidad de] una formación interna sobre perspectiva de modelo social y pensamos qué acciones específicas necesitamos llevar a cabo desde la dirección para poder implementar e incorporar la perspectiva. Eso fue un trabajo interesante que, como metodología, está bueno replicar (...) [A partir de esas reuniones], nos quedó un pequeño diagnóstico de situación que nos confirmó algunas intuiciones, nos sumó elementos y permitió delinear prioridades de acción” (Constanza Leone).

Este diagnóstico inicial facilitó la definición de los objetivos generales del GT y de sus líneas de trabajo principales.

Los objetivos generales son transversalizar la perspectiva del modelo social de discapacidad en las acciones y líneas de la DNSSR, y coordinar acciones específicas para garantizar el acceso de las personas con discapacidad a la SSR de acuerdo con la normativa vigente.

Las líneas de trabajo del GT se detallan a continuación:

- 1. Comunicación y accesibilidad:** bajo esta línea, el GT se ha encargado de, por un lado, transversalizar la perspectiva de la discapacidad en todos los materiales que elaboran desde la DNSSR (cuadro 1) y, por el otro, elaborar materiales específicos sobre SSR y discapacidad tanto para equipos de salud como para personas con discapacidad (cuadros 2 y 3).

Respecto a los materiales digitales, Constanza Leone expresa:

“podemos decir orgullosamente que todos los materiales destinados a población producidos en 2022, 2023 y 2024 desde la dirección, tienen alguna pauta de accesibilidad implementada, por lo tanto, sus versiones digitales, todos pueden leerse con lectores de pantalla y, en su mayoría, los materiales audiovisuales tienen subtítulos y recuadro con intérprete de lengua de señas”

Los siguientes cuadros presentan algunos de estos materiales.



Cuadro 1. Materiales en SSR con perspectiva de discapacidad

Materiales en SSR con perspectiva de discapacidad	
Nombre	Descripción y enlace
Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, Actualización 2022 (Resolución 1063/2023)	Menciona a las personas con discapacidad en varios de sus principios rectores, e incluye un apartado específico sobre su consentimiento informado. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-06/Protocolo_IVE_%202023_2562023.pdf
Guía de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (Resolución 2821/2022)	Incluye varias referencias al consentimiento informado de las personas con discapacidad, así como la obligación de brindar medios y tecnologías adecuadas y flexibles, y apoyos para la toma de decisiones. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-12/Guia_AIPEO_13-12-2022.pdf
Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto (Resolución 4172/2021)	Se detallan recomendaciones para facilitar la accesibilidad y especificidades para la atención del aborto y el posaborto de personas con discapacidad. Disponible en https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/355000-359999/358998/norma.htm
Nota técnica 7. Estándares legales para la atención posaborto - Ley 27.610 (2022)	Comunica los estándares relativos a la atención posaborto de la Ley 27.610 y normas concordantes para conocimiento de las/os profesionales, equipos e instituciones de salud. Refiere al consentimiento de las personas con discapacidad y a la obligación de asegurar que existan los ajustes razonables y sistemas de apoyo para las personas con discapacidad que lo requieran para la toma de decisiones. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-09/MSAL_Nota_Tecnica_7_15-9-2022.pdf

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.



Cuadro 2. Materiales en SSR de personas con discapacidad

Materiales en SSyR de personas con discapacidad	
Nombre	Descripción y enlace
Nota técnica 8. Anticoncepción quirúrgica y personas con discapacidad (2023)	Provee información a los equipos de salud sobre derechos y obligaciones en materia de anticoncepción quirúrgica en personas con discapacidad. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-11/nota_tecnica_8_15112023.pdf
Hacia una consejería en salud sexual y reproductiva inclusiva de personas con discapacidad (2023)	Aporta elementos para que los equipos de salud se nutran e incorporen recursos específicos para mejorar la calidad de la atención a personas con discapacidad. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/cuadernillo_consejeria_ssr_y_pcd_noviembre_2023.pdf
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 (2023)	Brinda pautas para los equipos de salud para que puedan respetar, proteger y garantizar el derecho de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar con discapacidad a tomar decisiones relativas a la interrupción voluntaria y legal del embarazo de manera autónoma. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-12/nota_tecnica_11-ive-ile_y_discapacidad_7122023.pdf
Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad (2020)	Material informativo sobre los derechos de las personas con discapacidad en el marco de la atención de SSR. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001276cnt-or_diptico_discapacidad.pdf

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.



Cuadro 3. Materiales en SSR accesibles para personas con discapacidad

Materiales en SSR accesibles para personas con discapacidad	
Nombre	Descripción y enlace
Información para acceder a la ligadura de trompas uterinas en lectura fácil, y su versión en Lengua de Señas Argentina (2021)	Cuadernillo en versión lectura fácil con información para acceder a la ligadura de trompas uterinas. Contiene un formulario para firmar el consentimiento informado. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/Cuadernillo_CI_Ligadura_tubaria.pdf Versión en Lengua de Señas Argentina: https://www.youtube.com/watch?v=E_lpkbxQ3_4 .
Información para acceder a la vasectomía en lectura fácil, y su versión en Lengua de Señas Argentina (2021)	Cuadernillo en versión lectura fácil con información para acceder a la vasectomía. Contiene un formulario para firmar el consentimiento informado. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/Cuadernillo_CI_Vasectomia.pdf Versión en Lengua de Señas Argentina: https://www.youtube.com/watch?v=HPANfubahGI .
Información sobre métodos anticonceptivos en macrotipo (2022)	Material con información sobre métodos anticonceptivos dirigido a personas con baja visión y accesible a lectores de pantalla para personas con discapacidad visual. También, es un material de apoyo para equipos de salud que trabajan con personas con discapacidad visual. El contenido de cada tarjeta puede imprimirse en braille ya que el espacio que tienen está calculado para tal fin. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-10/MacrotipoWeb.pdf
Folleto sobre Interrupción del embarazo en el sistema de salud (2022)	El folleto desplegable difunde en lenguaje sencillo los derechos que otorga la Ley 27.610 de interrupción voluntaria y legal del embarazo. Incluye especificidades para la atención de personas con discapacidad. La versión digital es accesible con lectores de pantalla. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-01/folleto-ive-ile.pdf
Video de difusión de derechos en el marco de la Campaña #PuedoDecidir (2021) impulsada por la sociedad civil con el apoyo de la DNSSR	El video contiene información sobre derechos sexuales y reproductivos dirigida a la población general con enfoque de discapacidad. El video contiene interpretación en Lengua de Señas Argentina. https://www.facebook.com/watch/?v=1493639030993178
Serie audiovisual de 6 videos para la formación en detección temprana y abordaje del abuso sexual y el embarazo forzado (2021)	Videos orientados a la capacitación de equipos de salud, docentes, organismos de niñez y adolescencia, integrantes del sistema de justicia y organizaciones comunitarias. Los videos cuentan con subtítulo, audio descripción e interpretación en Lengua de Señas Argentina. A modo de ejemplo: https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=Bq_N7qyV4wU&feature=youtu.be

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

2. Monitoreo y producción de información: bajo esta línea, el GT ha reunido información a nivel nacional que da cuenta de: a) las acciones realizadas por los programas provinciales de SSR para promover los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, b) la cantidad de personas con discapacidad que se comunican con la Línea 0800 Salud Sexual y el motivo de su consulta; c) la cantidad de materiales producidos o adaptados por la DNSSR para ser accesibles a personas con discapacidad; d) la cantidad de hospitales y centros de salud con personal capacitado en salud sexual y reproductiva y modelo social de la discapacidad.

Durante la gestión 2020-2023 de la DNSSR, esta información se reunía en un documento publicado anualmente llamado “Tablero de Monitoreo para la Toma de Decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”, que consolida la información producida por las 24 jurisdicciones del país y da cuenta del grado de avance de los objetivos estratégicos de la DNSSR. Para cumplir con el objetivo estratégico 6 (“Coordinar acciones para garantizar el acceso efectivo de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva”), se elaboraron 4 indicadores para reunir la información arriba mencionada.

Las integrantes del GT relatan que la incorporación del ítem sobre discapacidad en los formularios que completaban los programas provinciales fue anterior a la institucionalización del GT, y las respuestas de los programas, en ese entonces, eran muy pobres. Recién cuando la gestión de la DNSSR que asumió en 2020 estableció la temática de la discapacidad como línea prioritaria, algunos programas provinciales comenzaron a realizar e informar acciones concretas de promoción de la SSR de las personas con discapacidad. Así también, los equipos territoriales del Plan ENIA, en su momento, debían rendir cuentas acerca de las acciones que realizaban en esta materia:

“eso fue muy importante, porque las jurisdicciones priorizadas [por el Plan ENIA] tenían en sus planificaciones anuales la obligación de cumplimentar con acciones relacionadas a la promoción de derechos de personas con discapacidad” (Luciana Azcárate).

Al revisar los Tableros de Monitoreo publicados sobre los resultados de 2020, 2021 y 2022, los avances son notables. Por ejemplo, para 2020 no se contaba con información sistematizada sobre las acciones realizadas por los programas provinciales de SSR en la materia (DNSSR, 2022a); para 2021, doce programas provinciales informaron acciones (DNSSR, 2022b); y para 2022, el número de programas provinciales que llevaron adelante acciones destinadas a promover los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, ascendió a diecisiete (DNSSR, 2023).

A su vez, se incorporó la pregunta sobre si la persona tiene o no una discapacidad en un formulario sobre dispensa de métodos anticonceptivos de larga duración que completaban los equipos territoriales de las provincias priorizadas por el Plan ENIA.

Otra vía de producción de información, lograda por la incidencia del GT, fue a través de la Línea 0800 Salud Sexual, un espacio telefónico de consulta a nivel nacional sobre temas de SSR tanto para la población como para los equipos de salud. Al finalizar la llamada, se les hace una encuesta a la persona consultante y, entre otras cosas, se le pregunta si tiene alguna discapacidad, más allá de si lo informó o no durante la consulta. Al revisar los Tableros de Monitoreo con los resultados de 2020, 2021 y 2022 se observa que un número creciente de personas con discapacidad se comunicaron con la Línea 0800. En el 2020, se registraron 6 secuencias que involucran a personas con discapacidad: 5 por situaciones de interrupción legal del embarazo (ILE) y 1 por solicitud de información para el acceso a preservativos. En 2021, se registraron 12 secuencias: 11 por situaciones de ILE y 1 por motivos asociados a la diversidad sexual/corporal. Para 2022, el número de secuencias ascendió a 26: 22 por situaciones de ILE, 1 secuencia por consulta de derechos sexuales y reproductivos, 1 secuencia por vulneración de derechos, 1 por consejería y 1 por diversidad sexual/corporal. El número creciente de personas con discapacidad que se ha comunicado con la Línea 0800 en los últimos años es un indicador claro de las acciones de incidencia del GT en la materia.

A su vez, el GT ha hecho seguimiento, y en ocasiones, ha intervenido en los casos de personas con discapacidad que se comunican con la Línea 0800. Esta intervención varía según las situaciones que se presentan, puede consistir en reuniones de asistencia técnica con los equipos locales para dar respuestas a los casos que involucran personas con discapacidad, a veces se trata solo de una comunicación con ellos para plantear preocupaciones o brindarles recomendaciones en torno al tratamiento o resolución de un caso que involucre a una persona con discapacidad.

3. Capacitación y proceso de fortalecimiento de competencias: bajo esta línea, las integrantes del GT han diseñado y llevado a cabo capacitaciones tanto internas dirigidas al personal de la DNSSR, como externas destinadas a los equipos de gestión de los programas provinciales de SSR, a equipos de salud y, en su momento, a los equipos territoriales del Plan ENIA.

Gracias a estas capacitaciones, por ejemplo, el personal que atiende la Línea 0800, comenzó a tener más herramientas a la hora atender consultas que involucran a personas con discapacidad; del mismo modo, los equipos de gestión de los programas provinciales comenzaron a realizar acciones concretas con perspectiva de discapacidad en sus respectivas jurisdicciones, como así también los equipos de salud contaron con más conocimientos y herramientas para atender la SSR de personas con discapacidad.

Un aprendizaje que comparten las integrantes del GT en relación con las capacitaciones se refiere a la importancia de la presencialidad, por un lado, y de que la capacitadora sea una persona con discapacidad, por el otro:

“muchos de esos procesos, cuando tuvieron una fuerte pregnancia [gran impacto] han tenido que ver con la posibilidad de trabajar procesos de formación o de capacitación presenciales (...) Los procesos más limitados a lo virtual llevan a que no sea tan potente el laburo [trabajo]. Hay algo de la posibilidad de trabajar en presencia que en lo virtual se ve muy limitado”

“Nosotras vimos un salto, no es lo mismo que vayamos personas del equipo [sin discapacidad] a hablar de los derechos de las personas con discapacidad, que vayan esas personas y les hablen desde sus propias condiciones de existencia, desde sus trayectorias” (Luciana Azcárate).

Por último, recuperando las experiencias de los talleres y capacitaciones realizadas desde 2013, en 2023 se elaboró un recurso para replicar talleres en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva del modelo social de la discapacidad.

Todas las capacitaciones realizadas por el GT en el período 2020-2023 están registradas en los Tableros de Monitoreo respectivos (DNSSR 2022a, 2022b, 2023), bajo el indicador 6.4 “Porcentaje de efectores de salud con personal capacitado en salud sexual y reproductiva y modelo social de la discapacidad del total de efectores con prestaciones de salud sexual y reproductiva”.

4. Fortalecimiento de la articulación con organizaciones de personas con discapacidad y otros organismos del Estado. Bajo esta línea, el GT ha pretendido generar una agenda común de trabajo con dichos actores y capacidad instalada. Así, el GT ha articulado en forma continua con organizaciones de personas con discapacidad, y con otros organismos estatales como la Agencia Nacional de Discapacidad o el Instituto Nacional de Juventudes para llevar a cabo reuniones de trabajo, capacitaciones y otras acciones de incidencia para promover los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad. En el marco de esta línea también, las integrantes del GT fueron convocadas a participar en mesas de trabajo con organismos nacionales y provinciales para trabajar en derechos sexuales y reproductivos de personas usuarias de servicios de salud mental, lo que generó una línea de trabajo, hasta entonces poco explorada, en sexualidad, salud mental y discapacidad. Asimismo, el GT ha trabajado en conjunto con los programas provinciales en SSR que incorporaron en su trabajo la perspectiva del modelo social de la discapacidad, ya sea mediante la conformación de un grupo de trabajo, la elaboración de materiales accesibles, la realización de capacitaciones, la producción de información o la articulación con organizaciones de discapacidad locales, entre otras. En este sentido, como dice Constanza Leone, “el GT se ha constituido como un espacio de referencia para brindar respaldo y apoyo a esas acciones locales”.

En 2023, la Directora de la DNSSR, antes de finalizar su gestión, dictó una disposición que aprobó la organización interna de la DNSSR y precisó las funciones y objetivos de cada una de sus áreas, entre ellas, del área de promoción de los derechos sexuales y reproductivos de

personas con discapacidad. Esta normativa, que actualmente no está vigente, formalizó el trabajo que venía realizando el GT en los últimos años, estableciendo las siguientes funciones:

- 1. Incluir de modo transversal la perspectiva del modelo social de discapacidad** en las acciones y líneas de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) y coordinar acciones específicas para garantizar el acceso de las personas con discapacidad (PCD) a la salud sexual y reproductiva (SSR), de acuerdo con la Ley 26.378.
- 2. Contribuir a la implementación del sistema de monitoreo** del plan Enia [Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia] y del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva **que contemple a las personas con discapacidad como parte de la población destinataria.**
- 3. Producir información sobre la situación de las personas con discapacidad en relación con su SSR en el país** (atención y prácticas garantizadas a personas con discapacidad). Desarrollar estrategias para la identificación de actores locales que permitan el trabajo intersectorial e interinstitucional en materia de derechos sexuales y reproductivos (DSR) de personas con discapacidad.
- 4. Monitorear las secuencias iniciadas desde la línea telefónica 0800 Salud Sexual que involucran personas con discapacidad**, con el objetivo de garantizar que el acceso a las prestaciones de SSR se realicen respetando sus derechos.
- 5. Diseñar, desarrollar e implementar instancias de capacitación** para equipos de atención y gestión de salud sobre marcos normativos vigentes y en perspectivas de intervención integrales y respetuosas de los derechos de las personas con discapacidad, para evaluar y modificar prácticas en salud ancladas en viejos paradigmas de abordaje.
- 6. Difundir los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad**, asistir en la elaboración de materiales comunicacionales accesibles y construir recomendaciones para que los equipos garanticen a las personas con discapacidad espacios de atención de acuerdo con la Resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación.
- 7. Asesorar y prestar asistencia técnica** en el diseño e implementación de estrategias y proyectos, planes operativos para **favorecer el acceso de personas con discapacidad en programas provinciales**, equipos Enia y equipos de salud de diferentes puntos del país.
- 8. Fortalecer la articulación con organizaciones de personas con discapacidad**, referentes con discapacidad, organismos y otros sectores gubernamentales para la identificación de barreras de acceso y su inclusión en los procesos de planificación de las políticas públicas que les tienen como destinatarios” (Disposición 5/2023, de la DNSSR, énfasis agregado).

Retos en la implementación

En lo que sigue se describen los desafíos principales señalados por las integrantes del GT en el desarrollo de su trabajo:

1. Limitaciones presupuestarias

El GT no cuenta con presupuesto propio para llevar adelante sus líneas de trabajo. El financiamiento del área depende del presupuesto general otorgado a la DNSSR. Por ello,

según sus integrantes, la articulación y el diálogo con la dirección del organismo es central en tanto es quien determina la asignación de recursos. De acuerdo con el plan de trabajo, se han destinado recursos específicos para costear viajes en caso de desarrollarse alguna capacitación presencial en alguna provincia, o para hacer contrataciones particulares, por ejemplo, de intérpretes o asesoras sordas para producir videos en Lengua de Señas Argentina (LSA), o de especialistas en accesibilidad, entre otras.

En este sentido, las limitaciones presupuestarias son un reto para el trabajo del GT. Una de sus integrantes relata que, a fin de profundizar el trabajo en SSR para la población sorda, la DNSSR contrató a un intérprete en LSA con la perspectiva de incluir, luego, a una persona asesora sorda en el equipo de trabajo. Sin embargo, la asesora sorda nunca llegó a contratarse y la intérprete fue una de las personas despedidas en el marco del ajuste que la nueva gestión de gobierno está realizando en los organismos del Estado.

2. Falta de apoyo político institucional

En ocasiones, hay líneas de trabajo que no avanzan por cambios a nivel de la gestión o falta de apoyo político institucional de la misma DNSSR o de instancias superiores del Ministerio de Salud. Por ejemplo, cuando las integrantes del GT identificaron que los insumos anticonceptivos que compra y distribuye la DNSSR no tienen información accesible, intentaron incidir para hacer accesibles esos insumos, pero no lograron el apoyo necesario para sostener esa iniciativa:

“se hizo una indagación sobre qué normativas existen en el país en relación con la información que debe ser accesible o no de los medicamentos, en este caso, para pensar tanto en las cajas como en los prospectos [de los anticonceptivos] como en la accesibilidad de la fecha de vencimiento de los preservativos, ¿cómo logramos que esa información sea accesible? Y así otras tantas cuestiones vinculadas a la compra de insumos que eran elementos que debían incorporarse en los expedientes de las licitaciones” (Constanza Leone).

“En los espacios de reunión fueron valorados como aspectos a impulsar y después no se pudieron sostener porque el peso de la gestión estuvo en otro lado. Por ejemplo, se priorizó garantizar las compras de algunos insumos frente a la posibilidad que la ampliación de requisitos genere una traba al proceso en un contexto económico complejo” (Luciana Azcárate).

3. Resistencias o falta de conocimiento al interior de los organismos del Estado

Otro desafío que identifican las integrantes del GT se vincula con las resistencias de parte de empleados/as o funcionarios/as públicos/as para cumplir con los derechos de las personas con discapacidad. Estas resistencias se dieron con anterioridad a la conformación del GT y aún hoy siguen presentes:

“sigue siendo tan fuerte la resistencia de las viejas perspectivas de discapacidad que están insertas en los organismos [del Estado], que hay veces que se producen trabas porque sí, no por falta de recursos económicos o presupuestarios” (Constanza Leone).

Un ejemplo que comparten las integrantes del GT que manifiesta estas resistencias, se vincula con la impresión de un material en Braille sobre métodos anticonceptivos. Este proceso tardó al menos 4 años en poder concretarse por trabas en los procesos licitatorios; la excusa era que no existía una referencia presupuestaria clara para la impresión de este tipo de materiales:

“En 2012 dijimos, ‘bueno, vamos a armar un material en braille sobre métodos anticonceptivos’, estuvimos cinco años (...) Se terminan de imprimir en 2016 o 2017 (...) Las tarjetas en braille no salían porque nadie tenía voluntad de que salieran en los procesos licitatorios y se las evaluaba como si fueran un folleto común y corriente (...) y claro, el gramaje que necesitás en el papel para poder imprimir en braille no era comparable [con un papel común], pero bueno, el Estado no estaba dispuesto todavía”. [Y en ese entonces no existía] “el apoyo político institucional que se necesitaba para que puedan avanzar estas cuestiones” (Constanza Leone y Luciana Azcárate).



Otro ejemplo que comparte Laura Lemura, integrante ciega del GT, se refiere al trabajo de los diseñadores de los materiales que produce el Ministerio:

“Los diseñadores se resisten mucho a implementar pautas [de accesibilidad], (...) no quieren complicarse con hacer las cosas de otro modo (...) consideran que es más trabajo porque se tienen que dedicar a ver detalles que [antes no consideraban], la tipografía, el color, todo el manual de estilo que tenés que seguir. Lo único que tienen que hacer es implementar una medida más para que ese contenido sea accesible, pero no se quieren ocupar de ese trabajo (Laura Lemura, integrante del GT).

Estas renuencias, en ocasiones, se dan también en otros niveles: “no todas las personas fueron abiertas a modificar los procesos de trabajo que posibilitan la participación de las compañeras ciegas”, por ejemplo, para la discusión del contenido de un documento.

Asimismo, al momento de armar el Tablero de Monitoreo de la DNSSR, las integrantes del GT tuvieron que dar la discusión al interior del organismo para registrar adecuadamente los casos que involucraban a personas con discapacidad.

“cuando nos juntábamos con nuestras compañeras del área de monitoreo, ellas tendían a traer modos de clasificación de la discapacidad con los que nosotras no acordábamos. Entonces decíamos, ‘no, nosotros no podemos ir a preguntar eso, esa no es la pregunta’. La pregunta es qué condición de discapacidad tiene la persona, si la persona requiere apoyo (...) tenemos que salirnos de la deficiencia anclada en la persona, nosotros vamos a preguntar por la interacción entre esas condiciones y los ámbitos sociales, esa es nuestra pregunta (...) Las compañeras que venían de la sociología del monitoreo no necesariamente tenían el recorrido y la formación en el modelo social de la discapacidad, entonces en esos procesos nos fuimos formando y se fueron formando también nuestras compañeras y nuestros compañeros” (Luciana Azcárate).

En definitiva, según las integrantes del GT, un desafío importante es instalar al interior de los organismos que la modificación de modos de trabajo para que las compañeras del equipo con discapacidad puedan participar, o hacer accesible un material de difusión, o registrar en forma adecuada si una persona tiene una discapacidad, no es algo que depende de la buena voluntad del personal o de los/as funcionarios/as, sino que es una obligación del Estado para posibilitar la inclusión de las personas con discapacidad.

Ante estas resistencias, el GT, en la medida de sus posibilidades, se ve obligado a generar recursos propios. Por ejemplo, contrataron a un especialista en accesibilidad para capacitar al diseñador de la DNSSR a fin de que contara con los conocimientos necesarios para hacer accesibles los materiales que produce el organismo.

4. Dificultades en la producción de información

Una dificultad adicional para la producción de información sobre discapacidad y salud al interior de la DNSSR es que los organismos de estadística a nivel nacional o local no registran aún el dato sobre si la persona tiene o no una discapacidad:

“Los registros, centralmente, están en niveles superiores del ministerio o en niveles locales. Por ejemplo, la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) [del Ministerio de Salud –organismo encargado de producir, difundir y analizar estadísticas relacionadas con condiciones de vida y problemas de salud], no registra el dato por condición de discapacidad (...) Entonces lo que también nos decían las compañeras del área de monitoreo es que no tenían posibilidad de incorporar nuevas preguntas porque eso requiere una gestión de otro nivel (...) empezaban a haber tironeos [tensiones] y nuestra capacidad de incidencia tiene límites” (Constanza Leone y Luciana Azcárate).

Sostenimiento de la política

Para sostener en el tiempo una política como la aquí descrita deben confluír una diversidad de factores. Según las integrantes del GT, entre otras cosas, es necesario que:

- Se incorporen a las personas con discapacidad como población destinataria de las políticas o programas de salud sexual y reproductiva, lo que determina el deber de generar acciones y asumir responsabilidades concretas.
- Los espacios institucionales reconozcan sus responsabilidades y obligaciones en la garantía de derechos de las personas con discapacidad, y que las acciones en la materia no dependan de voluntades individuales.
- Los objetivos de la política se formalicen, se midan, se monitoreen y se rindan cuentas por esos objetivos.
- Las personas y equipos sean formados en el modelo social de la discapacidad y que permanezcan en sus funciones más allá de los cambios de gestión.
- Se articule, en forma permanente, con organizaciones y/o personas referentes de la sociedad civil o de personas con discapacidad
- La línea de trabajo reciba respaldo, apoyo político institucional y recursos suficientes por parte de la gestión de turno.

A modo de síntesis

La conformación de un grupo de trabajo en discapacidad al interior de la DNSSR en 2020 junto con la incorporación de la promoción de la SSR de personas con discapacidad como uno de sus objetivos prioritarios, sin dudas, han sido dos decisiones claves dirigidas a promover la SSR de las personas con discapacidad en Argentina.

Los retos enfrentados desde los inicios del GT se vinculan con limitaciones presupuestarias, falta de apoyo político institucional para avanzar ciertas líneas de trabajo, resistencias y/o desconocimiento del tema al interior de los organismos estatales, y algunas dificultades para la producción de información en SSR y discapacidad.

A pesar de estos desafíos, gracias al trabajo e incidencia del GT, fundamentalmente durante la gestión 2020-2023 de la DNSSR, se produjeron numerosos avances que impactan, directa o indirectamente, en un mejor acceso a la SSR de las personas con discapacidad en el país:

1. Se transversalizó la perspectiva del modelo social de la discapacidad al interior de la DNSSR y paulatinamente se está logrando en los programas provinciales de SSR. Algunos de estos programas comenzaron a realizar acciones en la materia en sus respectivas jurisdicciones, con el respaldo y la referencia del GT.
2. Se incorporaron al GT personas con discapacidad, lo que redundó en una mayor conciencia en toda la DNSSR sobre sus obligaciones en la materia, y un compromiso reforzado para integrar la perspectiva del modelo social de la discapacidad en todas las acciones del organismo.
3. Se incluyó la voz de las organizaciones de personas con discapacidad en los espacios de cooperación y diálogo entre las autoridades de la DNSSR y organizaciones de la sociedad civil: el Consejo Asesor del PNSSR y el Consejo Consultivo del Plan ENIA.
4. Todos los materiales digitales en SSR destinados a población general producidos por la DNSSR en 2022, 2023 y 2024 tienen alguna pauta de accesibilidad implementada. Muchos de los materiales en temas de SSR incorporan la perspectiva de la discapacidad; y se produjeron materiales específicos en SSR y discapacidad para equipos de salud, y para personas con discapacidad.
5. Se ha capacitado al personal de la DNSSR, a equipos de gestión de los programas provinciales de SSR y a equipos de salud en la perspectiva del modelo social de la discapacidad. Gracias a estas capacitaciones, sus destinatarias/os cuentan con más conocimientos y herramientas para realizar acciones en la materia y para atender adecuadamente la SSR de las personas con discapacidad.
6. Se ha reunido y sistematizado información a nivel nacional en materia de SSR de personas con discapacidad.

3. Uruguay: un programa piloto sobre apoyos a la crianza a mujeres dependientes por motivos de discapacidad

Antecedentes y origen

La política de salud sexual y reproductiva en Uruguay lleva más de 15 años de implementación. En 2008 se promulgó la Ley 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva cuyo decreto reglamentario dispone que los servicios de SSR deberán brindarse con un abordaje igualitario -respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación, entre otras, por razones de discapacidad; y calificado -tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo a las personas con discapacidad. En ese mismo año, Uruguay ratificó la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y desde temprano algunos organismos del Estado comenzaron a trabajar en la intersección entre género y discapacidad.

“Hay una escalera de decisiones políticas que han llevado a que se consoliden estas oportunidades de intervenir en derechos reproductivos, creo que no es fortuito ni aleatorio. Desde 2010, Uruguay empezó a trabajar en salud sexual y salud reproductiva con estudios de evidencia científica sobre la realidad de las mujeres; eso se proyectó a que, luego, la rectoría de discapacidad, que se trasladó desde el Ministerio de Salud al Ministerio de Desarrollo, trajera la idea de una unidad de género dentro de las políticas de discapacidad; eso proyectó a poder trabajar en violencia de género y discapacidad, y en salud sexual y reproductiva y discapacidad desde un nivel más chico hasta poder proyectarlo a nivel nacional; eso posibilitó después un proyecto internacional para trabajar los ejes específicos de violencia, de salud sexual y sobre todo de datos, que consolidaron algunos

estudios también que, luego, terminan por dar este enfoque (...). Hay una construcción de muchos años de trabajo y de respeto por el trabajo que se viene realizando en género y discapacidad; para mí eso es muy valioso” (Antonia Irazábal, Responsable del programa piloto).

En 2017, el entonces Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) -hoy Dirección de Discapacidad de la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad- del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay (MIDES) creó un dispositivo residencial denominado “Proyecto Aguilar”, para el acogimiento transitorio de mujeres con discapacidad en situación de calle con niños, niñas o adolescentes a cargo. Su objetivo general era promover la autonomía de las beneficiarias a través de un modelo de atención basado en la mejora de su calidad de vida. Posteriormente, este dispositivo fue ampliado para brindar alojamiento a personas con discapacidad de entre 18 y 64 años en situación de vulnerabilidad socio-económica, con el objetivo de aportar a su autonomía progresiva.

Entre los años 2018 y 2020 se llevó a cabo el proyecto “El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad”, iniciativa conjunta de Naciones Unidas, instituciones estatales y la sociedad civil para promover el ejercicio de la ciudadanía plena de las personas con discapacidad, apoyada por el Fondo de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNPRPD, por sus siglas en inglés). En el marco de este proyecto se realizaron acciones para favorecer el acceso a la SSR de las personas con discapacidad, la prevención y atención a la violencia basada en género hacia mujeres, adolescentes y niñas con discapacidad, y la erradicación de otras formas de violencia institucional y la mejora de la información en materia de discapacidad. También se elaboraron diversos materiales y estudios en la materia.



Finalmente, en el año 2020, con el apoyo de la oficina de UNFPA Uruguay, se realizó un estudio exploratorio, denominado “Estado de situación sobre el derecho a la maternidad de mujeres con discapacidad” en la principal maternidad del país, el Centro Hospitalario Pereyra Rossell (CHPR), motivado en las crecientes derivaciones de casos que involucraban a mujeres con discapacidad embarazadas y/o con hijos/as pequeños/as a su cargo que llegaban al equipo de judiciales y de atención a mujeres con discapacidad violentadas por razones de género del MIDES. Este estudio evidenció que la respuesta del Estado ante la maternidad de mujeres con discapacidad dependientes consistía en la judicialización de la situación; en muchos casos, su resolución era el amparo de los y las recién nacidas/os y la consecuente desvinculación de sus madres (ya sea otorgando su tenencia a otros/as integrantes del grupo familiar o institucionalizándolo/a en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay). Esta respuesta, fundamentalmente capacitista, es sintetizada por la Directora de Discapacidad del MIDES de la siguiente manera:

“Muchas situaciones que llegaban a ese espacio [equipo de judiciales de la Dirección de Discapacidad del MIDES] eran situaciones de quitas de hijos de sus madres por razones que, muchas veces, tenían que ver con la discapacidad [de la madre], entonces el equipo empezó a relevar con mucha preocupación ese tema, a trabajar con operadores del derecho, con otros equipos que trabajan directamente con la población (...) y empezamos a detectar que había un vacío y una necesidad de trabajar lo que son los apoyos a la crianza como algo específico (...) por supuesto que hay mujeres que para maternar precisan de apoyos y el Estado tiene que ser garante de esos apoyos” (Karen Saas, Directora de Discapacidad, MIDES).

El estudio también mostró que las causas de la judicialización se vinculaban con la persistencia de barreras de distinta naturaleza (actitudinales e institucionales, principalmente) que restringen el ejercicio efectivo del derecho a la maternidad en mujeres dependientes por motivos de discapacidad:

“El principal argumento esgrimido frente a la sede judicial [para separar a los recién nacidos de sus madres] era su condición de discapacidad, no se visualizaba la interseccionalidad sobre la pobreza, la violencia, la trayectoria histórica de vulneración de derechos, no. Se argumentaba que con su discapacidad no podía maternar (Antonia Irazábal, Responsable del programa piloto).

Otras causas de la judicialización que identificó el estudio exploratorio se relacionan con el predominio de un modelo conceptual biomédico-rehabilitador en los servicios de SSR; la prevalencia de prácticas sobreprotectoras en el ámbito intrafamiliar que infantilizan el cuerpo de las mujeres con discapacidad; falta o escasas redes de apoyo en el ámbito comunitario y territorial; la vulnerabilidad socioeconómica; la precariedad socio-habitacional; trayectorias de vida signadas por la violencia basada en género, abuso y

explotación sexual; predominio de un paradigma tutelar en el ámbito judicial. Tal como afirma Antonia Irazábal, con este estudio:

“intentamos generar argumentos potentes para contrarrestar lo que socialmente, por prejuicios y por estereotipos, termina por validarse que una mujer con discapacidad no puede tener hijos e hijas a su cargo porque es una niña asexuada que tiene que ser cuidada (...). Para contrarrestar algo tan potente, histórico y estructural teníamos que tener bases científicas que echaran por tierra el prejuicio que pudiese estar detrás de cualquiera de las intervenciones”.

Con esta evidencia, desde la Dirección de Discapacidad del MIDES, se diseñó el proyecto piloto, **“Apoyo en la crianza a mujeres en situación de dependencia por motivo de discapacidad”**, a fin de ser implementado en la zona metropolitana de Montevideo, bajo la co-ejecución de las rectorías de Discapacidad y de Primera Infancia del Uruguay, estas son, la Dirección de Discapacidad y Uruguay Crece Contigo, ambas dependencias del MIDES.

El proyecto fue presentado ante numerosos actores estatales que intervienen en las políticas de primera infancia y crianza, y también ante grupos de mujeres con discapacidad,

“para que entre todas nosotras pudiésemos opinar y evidenciar cómo colectivamente se compone la narrativa sobre *nuestro ser mujeres* y también sobre cómo llegar a la maternidad y a los derechos sexuales, porque mientras muchas mujeres pueden interrogarse sobre si quieren o no tener hijos, las mujeres con discapacidad todavía tenemos que interrogarnos si nos habilitan o si podemos pensar en la maternidad. (...) Los actores del Estado tuvieron que, de alguna manera, revisar sus propios estereotipos en las acciones que estaban llevando adelante, y eso fue conmovedor, removedor; hubo que hacer acuerdos, hubo resistencias, las sigue habiendo, es un día a día, es un paso a paso” (Antonia Irazábal).

Por último, la responsable del programa destaca dos hechos relevantes que facilitaron llevar adelante esta iniciativa. Primero, “escribir la política pública, escribir sus objetivos generales y específicos, escribir como íbamos a llevarlos adelante, escribir cuál iba a ser la estrategia de abordaje”. Segundo, que la Dirección de Discapacidad haya establecido esta política como una línea prioritaria del organismo, lo que permite destinar recursos para su implementación, y poner el tema en agenda permanentemente.

El programa comenzó a funcionar en mayo de 2023.



Objetivos

Según el documento de descripción del proyecto piloto, su objetivo general es garantizar el ejercicio efectivo del derecho a materner en mujeres dependientes por motivos de discapacidad en situaciones de vulneración socioeconómica, brindando un sistema de apoyos que promueva la autonomía en las prácticas de crianza.

Los objetivos específicos son:

1. Favorecer el acceso a los derechos vulnerados en salud, educación, de cuidados y a las prestaciones sociales, con énfasis en identificar las barreras y en la realización de ajustes razonables.
2. Promover la autonomía en la toma de decisiones de la mujer con discapacidad para materner y criar.
3. Atender a las necesidades del desarrollo y cuidado de los niños y niñas favoreciendo las redes de apoyo del grupo familiar y/o comunitario.
4. Sistematizar la experiencia de atención, recogiendo aprendizajes de la implementación y evaluación del proyecto.



Población beneficiaria, funcionamiento y prestaciones

Según la última versión del protocolo de diseño del programa (MIDES, 2024), la *población objetivo* son mujeres embarazadas y/o con hijos/as a cargo menores de 3 años, en situación de dependencia leve a moderada por motivos de discapacidad, en contextos de vulneración socioeconómica, residentes en la ciudad de Montevideo y que tengan como prestador de salud a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Un informe reciente sobre el funcionamiento del programa afirma que en el año 2024 se dio prioridad a mujeres embarazadas o con hijos/as de hasta un año; y que se han atendido también mujeres con discapacidad en situación de dependencia severa (UNFPA-MIDES, 2024:17).

Los casos son derivados, principalmente, por el equipo social y de salud mental de la Maternidad Pereyra Rossell que, mediante la Unidad de Enlace de ese centro hospitalario, se conecta con el programa Uruguay Crece Contigo. Se carga un formulario con la descripción de la situación y el equipo de supervisoras (una por Uruguay Crece contigo y otra por la Dirección de Discapacidad) evalúa el caso para su ingreso al programa:

“Lo que se prioriza es poder ver que la mujer, con apoyos, pueda ejercer la crianza y que esos apoyos estén disponibles desde nuestro proyecto (...) En cada situación, una vez ingresada, se hace un formulario de base, o sea, de cuál es la condición inicial de la intervención, en ésta se considera tanto su discapacidad como su dependencia (...) Se priorizan las mujeres embarazadas o con hijos bien pequeños (...) y trabajamos con todo tipo de discapacidades, pero fundamentalmente con discapacidad psicosocial, intelectual, y algunas de las chicas tienen discapacidad motriz (...) todas ellas viven en barrios periféricos, todas en condición de pobreza” (Antonia Irazábal).

De acuerdo con la información disponible en la página web del MIDES, las prestaciones que brinda el programa consisten en:

1. La elaboración de un plan personalizado de apoyo a la crianza.
2. El acompañamiento a la mujer con discapacidad y su familia en su domicilio en forma semanal brindado por una dupla de operadoras sociales especializadas en discapacidad y primera infancia.
3. La detección y provisión de los apoyos necesarios. Las prestaciones que otorga el programa Uruguay Crece Contigo son: cunas, set de bienvenida, bono crianza, mamaderas y cambiadores.
4. La provisión de otras ayudas técnicas como sillas de ruedas, audífonos, etc. según el caso.

Los apoyos que ofrece el programa son de naturaleza e intensidad variables y se dirigen a apuntalar las prácticas de crianza y el disfrute responsable del vínculo familiar en aquellas maternidades protagonizadas por mujeres con discapacidad dependientes que no cuenten con redes sociales y comunitarias fuertes.

En el primer contacto presencial, la dupla de operadoras y la mujer conversan sobre las características de la intervención y las necesidades concretas de su familia. La mujer, luego, debe dar su consentimiento para recibir, en forma semanal, el apoyo especializado brindado por la dupla interdisciplinaria. En este sentido, la voz de la mujer con discapacidad es el centro del plan de apoyo a diseñar con miras a fortalecer su autonomía progresiva en la crianza de sus hijas/os.

A partir de un mapeo de recursos y barreras existentes en el barrio, se busca vincular a la mujer con prestaciones sociales y de apoyo comunitario como, por ejemplo, conectar a sus hijos/as con centros de atención a la primera infancia, acompañarlas a realizar trámites, ayudarlas a solicitar pensiones, proveerles de insumos (pañales, mamaderas, etc.), hacer el seguimiento de la agenda de salud tanto de las mujeres como de sus hijo/as:

“trabajamos con las policlínicas para que las horas de atención estén disponibles y lo que hemos hecho es el día previo [a la consulta médica] hacerles un recuerdo por WhatsApp; también a veces se dialoga o se acompaña a la consulta médica si la mujer lo desea. Y se hace una traducción del lenguaje médico al lenguaje cotidiano porque, muchas veces, el reclamo de las mujeres con discapacidad intelectual es ‘no les entiendo nada’; algunas de ellas no saben leer y entonces también se les lee y se les explica, se les manda por audio lo que dice la receta, lo que dice la indicación. Es un trabajo, sobre todo, de accesibilidad de la comunicación y de la información. (...) Tenemos varios materiales accesibles que vamos trabajando con ellas, las vamos conectando con la información disponible” (Antonia Irazábal).

En todos los casos se busca promover la inclusión de las mujeres y sus hijos/as en propuestas sociales y culturales que aumenten sus capacidades de participación y construcción de ciudadanía.

Según el caso, los temas que se trabajan durante la intervención pueden ser: la autonomía e independencia económica de la mujer; pautas de crianza; cuidado del recién nacido e higiene; alimentación saludable; alimentación complementaria; situaciones de violencia de género; proyecto de vida; entre otros.

La intervención termina cuando se logra consolidar una red propia y acorde a las necesidades de la mujer con discapacidad y las de sus hijas/os. Por ello, para el desarrollo de esta política pública, según las entrevistadas, resulta clave la articulación con otros actores estatales e instituciones: la Maternidad Pereyra Rossell como la institución principal que deriva de los casos, el Instituto Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes del Uruguay (INAU) como fortalecedor de los recursos para la primera infancia (centros diurnos, prestaciones sociales, etc.), y los centros de salud y comunitarios para los controles en salud (pediátricos, ginecológicos, etc.).

La responsable del programa sintetiza de la siguiente manera el funcionamiento y los apoyos que brinda el programa:

“el plan de apoyos es a medida, y lo que se hace es evaluar cuáles son los aprendizajes que esta mujer necesita para el ejercicio de la crianza, porque son mujeres que históricamente han sido inhabilitadas para poder cuidar a otros; en general, son chiquilinas muy jóvenes, todas tienen menos de 30 años, exceptuando a dos (...) y, en general, no tienen redes familiares fuertes ni redes comunitarias fuertes. Entonces, el primer paso del plan es el acompañamiento semanal de la dupla, por un lado, para intervenir con ella en el plan de apoyo para la crianza, para que las prácticas de cuidado y de estimulación de la niña o niño sean las que Uruguay Crece Contigo promueve para todas las mujeres; y a la vez empezamos a hacer un mapeo de recursos que puedan favorecer, luego [al momento del egreso], los apoyos comunitarios”.

“A veces colocamos apoyos materiales como, por ejemplo, boletos de transporte, pañales, cunas o implementos para el porteo [acarreo del bebé] (...) O sea, vamos de lo más grande en el plan como los apoyos comunitarios; después vamos a lo mediano, como los apoyos de articulación para el acceso a prestaciones, y después vamos a los apoyos directos a su dependencia para poder aumentar las prácticas de crianza; y ahí nos vamos retirando, buscando la autonomía. La situación se cierra cuando se armó una red comunitaria que pueda sostener el apoyo a esa mujer para que pueda criar a su hijo” (Antonia Irazábal). En promedio, el acompañamiento a las mujeres con discapacidad y los apoyos que ofrece el programa, se extiende por 18 meses.

En ocasiones, la intervención del programa no resulta exitosa y, a pesar de acompañar a las mujeres durante un tiempo considerable, la situación no puede sostenerse y la justicia resuelve desvincular al niño o niña de su madre. En lo que lleva de funcionamiento el programa, de un total de 17 intervenciones, esto sucedió en solo 2 casos, y “una vez desvinculadas es muy difícil que la mujer pueda sostener su apego”. Antonia Irazábal, concluye que:

“El objetivo de este proyecto, o su éxito, no es que todas estas mujeres puedan sostener la crianza, sino aproximarles los apoyos, que estén disponibles, e intentar coordinar con ellas de la mejor manera, y descubrir en su mundo interno y en su cultura, cuáles son sus formas de criar y apoyarlas con eso”.

A un poco más de un año y medio del inicio del programa piloto, de ese total de 17 intervenciones, otras 4 fueron cerradas con éxito por haber alcanzado los objetivos fijados.

Metas, evaluación y monitoreo

El protocolo de diseño del programa piloto en sus versiones 2022, 2023 y 2024, incluye un bloque sobre metas, y otro sobre evaluación y monitoreo.

Las metas del proyecto son dos. La primera se propone acompañar al 80% de las mujeres con discapacidad e hijos a cargo que requieren asistencia; y la segunda, que se valoren el 100% de las solicitudes de acompañamiento.

El documento incluye, luego, una matriz básica de monitoreo con un detalle de sus indicadores, fuente y periodicidad (cuadro 4).

Cuadro 4. Matriz básica de monitoreo incluida en el protocolo de diseño del programa piloto en sus versiones 2022, 2023 y 2024.

Dimensión	Indicadores	Aperturas	Fuente	Periodicidad
Recursos	Cantidad de recursos humanos asignados al programa	Rol	Registros administrativos del programa	Anual
Recursos	Cantidad de recursos financieros del programa		DIGESE	Anual
Recurso	Presupuesto anual ejecutado por el programa (en pesos corrientes)		DIGESE – MIDES	Anual
Producto	Cantidad de solicitudes de acompañamiento a mujeres con discapacidad e hijos valoradas / Cantidad de solicitudes		Registros administrativos del programa	Semestral
Producto	Cantidad de mujeres con discapacidad e hijos a cargo acompañadas / aquellas que requieren acompañamiento		Registros administrativos del programa	Semestral
Resultado	Cantidad de mujeres acompañadas que mejoran en términos de ejercicio de derechos (*)		DINATD	Anual

Fuente: Cuadro extraído del protocolo de diseño del programa piloto (MIDES, 2022).

Respecto a la estrategia de evaluación, el protocolo de 2024 afirma que hasta el momento no se han realizado evaluaciones del programa; y que, en un futuro, se podría plantear “conocer los resultados principales de las intervenciones realizadas en términos

de ejercicio de derechos, autonomía de las mujeres que son acompañadas, así como en el cuidado/crianza de niños/as” (MIDES, 2024).

En este sentido, el informe arriba citado recomienda realizar acciones de monitoreo y de evaluación de resultados e impacto, de modo que puedan contribuir con los ajustes que el programa requiera para obtener mejores resultados y asegurar su permanencia. En esta evaluación “es central garantizar la participación de las propias usuarias, ya que su voz y percepciones son los mejores indicadores de las repercusiones y del efectivo acceso al ejercicio de derechos” (UNFPA-MIDES, 2024:26).

Consecuencias positivas no previstas

En lo que lleva de funcionamiento el programa se dieron una serie de consecuencias no previstas que están resultando muy positivas para transversalizar la perspectiva del modelo social de la discapacidad con enfoque de género en el trabajo cotidiano de los actores involucrados, tanto equipos encargados de la implementación de las políticas públicas en crianza como operadores del sistema de justicia que tratan casos vinculados.

“el proyecto tuvo dos derivas que no estaban contempladas en los objetivos. [Por un lado], estamos generando capacitaciones virtuales para todos los equipos de Uruguay Crece Contigo de todo el territorio nacional y, por otro lado, se generaron regionalmente ateneos [espacios de intercambio técnico] con situaciones del interior del país que precisan apoyo técnico (...) Se tornó como una actividad más del proyecto piloto: capacitaciones y asesoramiento” (Antonia Irazábal).

Tal como afirma el informe publicado en diciembre de 2024,

“este efecto revela el gran interés de los equipos en territorio de contar con herramientas teórico-conceptuales y prácticas para atender situaciones en las que la discapacidad esté presente como una dimensión que se incorpora a las demás de la situación. Esto permitió que se articularan en territorio diferentes recursos de ambas Direcciones, favoreciendo la construcción de un terreno propicio para una futura escalabilidad del programa” (UNFPA-MIDES, 2024:23).

A su vez, el Poder Judicial, al conocer el trabajo del MIDES, comenzó a convocar a las autoridades del programa y a pedirles información sobre cómo proceder en los casos que llegan a su conocimiento que involucran a mujeres con discapacidad con hijos/as, evitando así la acción de amparo como respuesta automática para la supuesta protección de los derechos de esas/os niñas/os:

“Hemos conseguido algunos guiños, entre comillas, de las sedes judiciales, porque empiezan a aceptar y a pedir informes sobre cómo es que se plantean los apoyos, cómo pueden ellas como juezas ir siguiendo si la crianza es segura, si no es segura, si cumple o si no cumple con los derechos de las niñas y niños, que antes eso se trasladaban inmediatamente a un amparo; ahora en las situaciones que están judicializadas, se ha ido logrando un proceso de información que ya no es conclusivo previo a la experiencia, sino que va acompañando la experiencia y en algunas situaciones se han archivado los expedientes y estas mujeres pasan a ser titulares de las tenencias de sus hijas e hijos; (...) Las sedes judiciales empezaron a acompañar el proceso, no a inhibirlo”.

Retos en la implementación

A continuación, se presentan algunos retos en la implementación del proyecto compartidos por las autoridades del MIDES entrevistadas y otros incluidos en el informe ya citado que describe, también, los resultados alcanzados y las lecciones aprendidas en los años que lleva funcionando el programa. Este informe se basó en las experiencias y voces de las mujeres con discapacidad que participan del proyecto piloto, así como de las técnicas y coordinadoras responsables de llevar adelante las acciones (UNFPA-MIDES, 2024).

1. Limitaciones presupuestarias e institucionales

El programa piloto se financia en parte por el programa Uruguay Crece Contigo (la dupla de intervención, supervisora), y otros gastos materiales (camas, colchones, etc.) se financian con el presupuesto general del MIDES. Para tareas específicas, han contado también con el apoyo de organismos internacionales.

En esta línea, las autoridades entrevistadas señalaron como un reto para la implementación del proyecto las limitaciones presupuestarias y, fundamentalmente, la falta de jerarquía de la temática de la discapacidad en el organigrama institucional.

“El punto de vista presupuestal siempre es una limitante, y en Uruguay además tenemos una debilidad incluso desde la propia arquitectura institucional, de dónde está ubicada la discapacidad y un tema de presupuesto que debe ser modificado, se necesita dar un salto importante en todas las áreas de la discapacidad, pero sobre todo lo que tiene que ver con dónde está ubicada hoy desde la institucional, y en el presupuesto” (Karen Saas).

El informe citado, en igual sentido, afirma que hay varias situaciones que no ingresan al programa, “algunas por no cumplir con el perfil, y otras porque no hay recursos suficientes” (UNFPA-MIDES, 2024:15).

2. Resistencias y/o falta de conocimiento de los actores involucrados

La Directora de Discapacidad del MIDES identifica que uno de los principales retos en la implementación del programa piloto es el desconocimiento de la perspectiva del modelo social de la discapacidad por parte de los equipos de salud y de los operadores de la justicia: “es uno de los principales desafíos que tenemos no sólo para esta política, sino para todas en general”, pero que, en este tema en particular, además “hay una disociación muy clara entre discapacidad y maternidad”.

En igual sentido, la responsable del programa argumenta que los principales retos enfrentados se relacionan con ciertas resistencias de los actores involucrados causadas por prejuicios y mitos sobre la habilidad o capacidad de las mujeres con discapacidad de criar a sus hijas/os:

“la dificultad principal en la implementación está en los actores con los que tenemos que interactuar cotidianamente; tenemos que llegar a cada uno de los centros de primera infancia para trabajar con sus equipos, muchas veces hacemos un encuentro de capacitación o de intercambio vinculado a la discapacidad; intentamos bajar las barreras actitudinales, los prejuicios que circulan; trabajamos con el barrio, con el Centro Comunal, porque en cada lugar que vamos a plantear que esta mujer va a criar a su hijo aparece la alarma, aparece esto de ‘cómo vamos a hacer, ella no va a poder’; inicialmente hay que armar la red y tratar de generar un mismo sentido en las intervenciones, eso es un trabajo, siempre (Antonia Irazábal).

La existencia de barreras actitudinales alrededor del programa también es referida por las mujeres beneficiarias y las operadoras técnicas quienes afirman que “a los ojos de la sociedad, aún hay prejuicios en cuanto al ejercicio de la maternidad por parte de mujeres con discapacidad” (UNFPA-MIDES, 2024:22).

3. Dificultades vinculadas a la especial situación de vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad beneficiarias

Otra de las cuestiones que dificultan la implementación de la política es que muchas de las mujeres con discapacidad que participan del programa no tienen vivienda propia, sino que viven con su familia o como agregadas en otros espacios. Esto lleva a que, frecuentemente, deban movilizarse por distintos puntos de Montevideo. Ante ello, la particularidad de la dupla interdisciplinaria que trabaja en este proyecto piloto es que puede desplazarse donde la mujer con discapacidad se encuentre. Eso “nos ha beneficiado, pero también ha sido un desafío enfrentado”, según Antonia Irazábal.

Otro desafío importante que comparte la responsable del programa se vincula con la violencia de género que enfrentan, en muchos casos, las mujeres con discapacidad beneficiarias y la dificultad adicional de abordar estos casos:

“muchas de estas mujeres relatan, viven o han vivido situaciones de violencia de género y la atención no siempre está tan allanada como para otras mujeres (...) Tejer red venciendo prejuicios es una tarea casi permanente y un desafío en cada momento”.



4. Retos para los equipos de intervención

Un reto adicional que identifica la responsable del programa se vincula con el trabajo de los equipos de intervención (dupla y supervisoras) en casos complejos y las maneras que han encontrado de abordarlos:

“También está en los propios equipos la construcción de una identidad nueva como equipos de intervención y eso también nos desafía permanentemente, porque la supervisión conjunta lleva a que no siempre las situaciones sean fáciles de encarar o de resolver. Entonces hemos tenido muchas veces que ir trabajando y moldeando la intervención. (...) Nos encontramos muchas veces debatiendo entre nosotras la construcción de esta interseccionalidad y cómo nos interpela permanentemente como profesionales, entonces también nosotras tratamos de hacer nuestros propios intercambios, jornadas de trabajo, allanamiento de las diferentes técnicas y prioridades que damos a las intervenciones” (Antonia Irazábal).

También en relación al trabajo de los equipos, la responsable del programa comparte que muchas de las mujeres con discapacidad beneficiarias entienden que la intervención es hacia sus hijas/os y no hacia ellas:

“de alguna manera, más allá de todo nuestro trabajo y permanentes revisiones, transmitimos a las mujeres que la intervención es por sus hijos. Eso sigue permeando nuestra intervención, entonces también nosotras tenemos que corregir y repensar porque se ve que la potencia de que sus hijos son los importantes más que ellas, subsiste (...) Hay algo de ese orden que no hemos logrado todavía consolidar” (Antonia Irazábal).

Sobre este punto, el informe ya referido recomienda enfatizar en las intervenciones que su objetivo es acompañar y apoyar a las madres con discapacidad a ejercer la maternidad que desean y a liderar ese proceso. Y, por lo tanto, “sería clave implementar con mayor intensidad la estrategia de apoyos para fortalecer el reconocimiento de los derechos de las mujeres con discapacidad a la crianza, posicionando su rol materno y su legitimidad por encima de los mandatos de género respecto a los cuidados y atención a las infancias” (UNFPA-MIDES, 2024:25).

Este informe, también, trae la voz de las mujeres beneficiarias quienes “plantean la necesidad de ser más escuchadas por parte de las técnicas del programa y de que se les dé cuenta de toda la información vinculada a sus hijos” (UNFPA-MIDES, 2024). De ahí la importancia de reforzar la formación de los equipos técnicos para que contribuyan a fortalecer la autonomía y la toma de decisiones por parte de las mujeres con discapacidad tanto en la maternidad como en la crianza.

Por último, el mencionado estudio destaca que, a menudo, las intervenciones se tornan burocráticas en cuanto se centran en dar seguimiento y control de las obligaciones respecto a consultas, requerimientos de agendas de salud, educación u otros trámites, en detrimento de los apoyos a prácticas de crianza y derecho a la toma de decisiones. Para la realización de un plan de apoyo centrado en las necesidades de las mujeres con discapacidad, según el estudio, se requieren recursos materiales –permanentes o temporarios– que faciliten la elaboración e implementación del plan, como “operadoras de apoyo, refacciones para lograr accesibilidad, mejoras en espacios de desplazamiento internos al domicilio, objetos con diseño universal y/o con ajustes razonables. De esta forma, las intervenciones se orientarían más a los apoyos que requiera cada mujer por razón de su dependencia buscando garantizar así derechos a la crianza” (UNFPA-MIDES, 2024:27).

Sostenimiento de la política y proyecciones a futuro

Según Karen Saas, Directora de Discapacidad del MIDES, el objetivo y desafío a futuro es que no exista un programa específico de apoyo a la maternidad de mujeres con discapacidad, sino que la perspectiva del modelo social de la discapacidad esté presente en todas las políticas públicas sobre primera infancia y crianza. En palabras de Antonia Irazábal, están trabajando para formalizar, consolidar y “colocar una política focalizada sobre una política universal con el propósito de garantizar que la interseccionalidad de discapacidad no invisibilice los derechos reproductivos”.

Otro objetivo buscado es la escalabilidad de este programa a nivel nacional y el desafío es cómo lograrlo, si en forma gradual, si por regiones, etc.. En este sentido, el informe publicado recientemente sobre el funcionamiento del programa reconoce que “es necesario que el piloto pase a ser un programa de alcance nacional, y que se enmarque en los programas de acompañamiento a la familia y a la crianza que ya existen en el marco del Ministerio de Desarrollo Social”. A este fin, se recomienda avanzar en conocer la demanda real del programa en términos de casos, y los recursos humanos y materiales que se requieran para satisfacerla (UNFPA-MIDES, 2024:25).

Asimismo, la responsable del programa, identifica la necesidad de fortalecer a los grupos de mujeres con discapacidad a cargo de sus hijas/os o que desean ser madres, brindarles más información en relación a sus derechos sexuales y reproductivos, en especial, a su derecho a materner con apoyos en caso de requerirlos y sin el temor a que sean desvinculadas de sus hijas/os:

“El desafío que yo veo a futuro es, por un lado, fortalecer la agrupación de las mujeres con discapacidad, porque cuando nos juntamos ahora en esta jornada hubo un plus que fue el alivio que generó reconocer que hay otras mujeres que están en su misma situación, no se conocían entre ellas y pensaban que eran las únicas que precisaban apoyo para criar a sus hijos e hijas y hubo como una construcción colectiva de la identidad de mujeres con discapacidad con hijos a cargo (...) Eso nos mostró que falta pensarse en conjunto con la fortaleza que generan las grupalidades. Y, por otro lado, (...) también nos falta que podamos penetrar en la vida cotidiana de las mujeres para que estén informadas sobre sus derechos sexuales y sobre sus derechos reproductivos. En las mujeres subsiste una sensación de que tienen que cumplir con la propuesta porque la amenaza está en la desvinculación. Eso está en sus cabezas, lo desarticulamos o lo problematizamos, pero subsiste y, sin duda, da cuenta de que estamos instaladas en una desventaja permanente frente al ejercicio del derecho. Entonces creo que eso nos muestra que falta un trabajo, también en sociedad civil, vinculado a género y discapacidad” (Antonia Irazábal).

Un último desafío se relaciona con la continuidad del programa con la próxima gestión de gobierno que asumirá en 2025. Al respecto, las autoridades entrevistadas tienen la expectativa de que esta línea de trabajo permanezca y se fortalezca.

A modo de síntesis

El programa piloto, impulsado por el Ministerio de Desarrollo del Uruguay, constituye una experiencia sin precedentes en la región que está mostrando un camino posible para garantizar el derecho fundamental de las mujeres con discapacidad a cuidar y criar a sus hijas/os, un tema completamente invisibilizado en las políticas públicas.

Las mujeres con discapacidad beneficiarias, en lugar de ser judicializadas y desvinculadas automáticamente de sus hijas/os, son acompañadas semanalmente en la tarea de cuidar y criar mediante una intervención centrada en sus necesidades y en la de su familia, hasta que se logra armar una red comunitaria que pueda sostener el apoyo a esas mujeres.

Las usuarias han manifestado conformidad con el programa, y han destacado la importancia de la intervención para sus hijos/as y el apoyo que le otorga la dupla de operadoras en su desempeño con otros organismos públicos, con las consultas médicas y con las tareas diarias de la crianza (UNFPA-MIDES, 2024:21).

Por otra parte, el programa ha generado gran interés en los actores involucrados, y ha logrado disminuir resistencias arraigadas, tanto en equipos de salud, como en equipos que implementan políticas en crianza, y hasta en el Poder Judicial. Las capacitaciones

y el asesoramiento técnico en el tema que está realizando la Dirección de Discapacidad a estos actores fueron consecuencias no previstas en el proyecto original que, indudablemente, contribuyen a transversalizar la perspectiva del modelo social de la discapacidad con enfoque de género en la implementación de políticas públicas y en la resolución de casos judiciales.

Asimismo, los encuentros convocados por el MIDES con mujeres con discapacidad con hijas/os a cargo, tanto al inicio del proyecto como en forma reciente, ha permitido que estos grupos se conozcan entre sí, compartan sus experiencias, y se sientan acompañadas y comprendidas en las circunstancias que enfrentan, favoreciendo la generación de una identidad colectiva que todavía falta fortalecer.

Los retos enfrentados en la implementación del programa se relacionan con ciertas resistencias de los actores involucrados causadas por prejuicios y mitos arraigados sobre la habilidad o capacidad de las mujeres con discapacidad para ser madres y cuidar; la falta de conocimiento de esos actores acerca del modelo social de la discapacidad; las limitaciones presupuestarias y la falta de jerarquía de la temática de la discapacidad en el organigrama institucional del Ministerio. También, los equipos de intervención encuentran desafíos en su trabajo cotidiano al verse interpelados por casos complejos que demandan reflexiones permanentes para lograr el mejor acompañamiento posible. Las mujeres usuarias, por su parte, han manifestado la necesidad de ser más escuchadas por la dupla de operadoras y que se les brinde más información. Todo ello demuestra la importancia de sostener y reforzar la formación y las capacitaciones dirigidas a todos los actores involucrados.

A futuro, las autoridades entrevistadas esperan que este programa se formalice como una política pública a nivel nacional y que la nueva gestión del MIDES que asuma en 2025 mantenga y fortalezca esta línea de trabajo. Para ello, es necesario realizar algunos ajustes en la implementación, destinar recursos suficientes y consolidar un mecanismo para el monitoreo y evaluación del programa.

4. Colombia: una resolución construida con las voces de organizaciones de personas con discapacidad para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva

Antecedentes y origen

En Colombia, las políticas en SSR llevan más de 20 años de implementación. La primera Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) se elaboró en 2003; que fue luego actualizada mediante la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) vigente para el período 2014-2021, instrumento que tiene continuidad hasta la fecha. Esta última política adopta el enfoque de derechos, género y diferencial; e incluye acciones, metas e indicadores específicamente dirigidos a las personas con discapacidad. A su vez, el Estado colombiano aprobó en 2009 la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; y en 2013 sancionó la Ley 1618 sobre derechos de las personas con discapacidad, cuyo art. 10 c) establece el deber del Ministerio de Salud de asegurar que los programas de salud sexual y reproductiva sean accesibles a las personas con discapacidad. Paralelamente, la Corte Constitucional de Colombia, a lo largo del tiempo, efectuó importantes desarrollos normativos en temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, a través de diversas sentencias relacionadas con la educación sexual, la interrupción voluntaria del embarazo, los derechos a la salud y a la no discriminación de las personas que viven con VIH; y la autonomía reproductiva de las personas con discapacidad; derechos de personas LGBTIQ+; entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014).

En esta línea, en octubre de 2016, la Corte Constitucional dictó la sentencia T-573/16 por la cual confirmó la decisión del juzgado de primera instancia que había denegado

la práctica de esterilización a una adolescente con discapacidad solicitada por su representante legal. Luego de hacer un repaso exhaustivo sobre la jurisprudencia previa del Tribunal en la materia y los postulados de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Corte concluyó que:

“[N]o es sostenible, a la luz de la Constitución, insistir en un criterio de decisión que, perpetuando los estereotipos sociales que perciben a las personas en situación de discapacidad como seres incapaces de tomar decisiones autónomas en materia sexual y reproductiva, los expone a una práctica que vulnera sus derechos a la dignidad humana, a la igualdad y su integridad personal”.

“Así las cosas, (...) la Sala entiende que ninguna circunstancia habilita la adopción de decisiones que incumben a las personas en situación de discapacidad por vía del consentimiento sustituto, y que, en todo caso, debe presumirse su capacidad jurídica para tomar decisiones de forma libre y autónoma, mediante los apoyos, ajustes razonables y salvaguardas que el Estado debe facilitarles para el efecto”.



Esta sentencia reconoció, además, que los prestadores de servicios de salud no contaban con un marco de referencia para brindar a las personas con discapacidad la orientación que requieren y asistirles en la adopción de decisiones autónomas e informadas en relación a sus derechos sexuales y reproductivos. Ante este vacío, la Corte Constitucional ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que expida:

“una reglamentación que garantice que las personas con discapacidad accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos y sobre las obligaciones correlativas que surgen para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de la provisión de apoyos, ajustes y salvaguardias que les permitan adoptar decisiones informadas en esa materia y, en especial, frente a los asuntos que involucran el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos”.

Sobre los antecedentes de la Resolución que aquí se destaca, el funcionario del Ministerio de Salud y Protección Social entrevistado, expresa:

“desde el cuerpo de la política del 2014 [se refiere a la PNSDSR] se empieza a visibilizar con mayor fuerza el tema de discapacidad al interior de los temas de salud sexual y reproductiva; pero es a través de la sentencia de la Corte Constitucional del año 2016 que se desarrolla ya el instrumento normativo (...) La Oficina de Promoción Social del Ministerio, que funciona desde 2003, se encarga de todo lo que es, por ejemplo, el acceso a servicios de salud de personas con discapacidad, pero sin especificar temas de salud sexual y reproductiva. Lo que hace la resolución, a partir de la sentencia, es justamente centrar la mirada en derechos sexuales y derechos reproductivos (autoridad entrevistada del Ministerio de Salud).

Proceso de elaboración

El proceso de elaboración de la Resolución 1904 inició en febrero de 2017 y se extendió por 3 meses. Fue un proceso de trabajo intenso en el que participaron organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones que trabajan por los derechos de las personas con discapacidad, instituciones universitarias, instituciones prestadoras de servicios de salud, y organismos de gobierno. Toda la cronología de este proceso se encuentra disponible en la página web del Ministerio de Salud. A continuación, se sintetizan los momentos principales.

Luego de recibir la notificación de la sentencia, en febrero de 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social convocó a diferentes organizaciones de personas con discapacidad, y otras organizaciones dedicadas a la defensa de sus derechos, a fin de asegurar su participación en el proceso de reglamentación ordenado por la Corte Constitucional.

La convocatoria fue difundida en la página web del Ministerio, por escrito y mediante un video con audio e interpretación en Lengua de Señas Colombiana.

Una vez cerrado el plazo de convocatoria, a comienzos de marzo de 2017 se eligieron siete representantes de organizaciones de personas con discapacidad, uno por cada una de las siguientes categorías: discapacidad visual, discapacidad auditiva, discapacidad intelectual, discapacidad psicosocial, discapacidad física, discapacidad múltiple, y de personas con sordoceguera. También, se eligieron tres representantes de otras organizaciones que trabajan por los derechos de las personas con discapacidad en Colombia.

El 17 de marzo de 2017, inició el trabajo de la “Mesa Técnica de derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad”, en la que se definió que la construcción del articulado comenzaría con una propuesta de estructura de documento que sería sujeto a retroalimentación. También, se acordó que la Mesa sesionaría en plenarias semanales y que se conformarían cuatro grupos técnicos de trabajo que avanzarían con diferentes aspectos de la reglamentación. Junto con las organizaciones de la sociedad civil convocadas, en esta primera sesión participaron, además, los Ministerios de Relaciones Exteriores y de Salud y Protección Social, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional para Ciegos (INCI), el Instituto Nacional para Sordos (INSOR), y representantes de la academia.

En las siguientes sesiones de trabajo se fue avanzando en la elaboración de la Resolución considerando los aportes recibidos por las personas presentes en cada encuentro: se definió el primer componente del acto administrativo (considerandos, objeto, ámbito de aplicación, definiciones, principios y enfoques); se socializaron experiencias exitosas en la construcción de herramientas que permiten identificar las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad; se presentó una versión preliminar del acto administrativo; se estructuró el anexo técnico que desarrolla las orientaciones para la implementación de los apoyos, salvaguardias y ajustes razonables en los sistemas de salud; se precisaron contenidos respecto a directivas anticipadas, consentimiento informado, derechos a la información y la educación integral en salud sexual y salud reproductiva, y apoyos para la toma de decisiones; entre otras.

Tal como recuerda la autoridad del Ministerio de Salud y Protección Social entrevistada:

“fueron discusiones amplias, en profundidad, en la que se determinaron unos principios claves que apuntan al respeto de los derechos humanos, a la protección de la dignidad de las personas, la no discriminación, con (...) enfoque de género, enfoque interseccional, enfoque de derechos y curso de vida”.

“El documento se fue redactando en la medida que iban transcurriendo las mesas; se ponían a consideración de la mesa de trabajo los textos para que se tuviera la oportunidad de reaccionar”.

La sesión plenaria final de la Mesa Técnica tuvo lugar el 18 de mayo de 2017 y se centró en el contenido del anexo técnico que hace parte del reglamento y que busca dar orientaciones a los integrantes del Sistema general de Seguridad Social en Salud sobre cómo brindar información adecuada y suficiente a través del uso de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias, durante la atención en salud, para que la persona con discapacidad pueda tomar decisiones sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Con esta sesión, se cerró la etapa de construcción inicial del reglamento, para dar paso al proceso de consulta externa de la ciudadanía, previa al trámite de expedición.

Contenido

La Resolución 1904, de fecha 31 de mayo de 2017, quedó conformada por 6 capítulos y un anexo técnico. El cuadro 5 sintetiza su contenido. Tal como afirma un funcionario del Ministerio de Salud y Protección Social entrevistado:

“Justamente lo que pretende la resolución es poner anticuerpos; llamar la atención sobre que las personas en situación de discapacidad tienen autonomía, pueden tomar decisiones, y pueden de todas formas exigir los apoyos o los ajustes razonables a efectos de que su voz sea tenida en cuenta”.

Algunos de los aspectos más relevantes de la Resolución 1904 son los siguientes:

- Garantiza el derecho de las personas con discapacidad a información clara, oportuna y científica sobre derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Garantiza que en la atención en salud sexual y salud reproductiva de personas con discapacidad se provean los ajustes y apoyos razonables para la toma de decisiones.
- Reconoce que las personas con discapacidad son quienes toman las decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva.
- Establece que el sistema de salud debe garantizar y prestar servicios en salud sexual y salud reproductiva teniendo en cuenta los criterios de accesibilidad que requieren las personas con discapacidad, desde un enfoque de género y de derechos.

Cuadro 5. Síntesis del contenido de la Resolución 1904 de 2017

Resolución 1904 de 2017	
Capítulo I: OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	
Objeto (art. 1)	Adoptar el reglamento encaminado a garantizar que las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos y señalar las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que les permita tomar decisiones informadas en esta materia para el acceso a los respectivos servicios. Adicionalmente, a través de este acto administrativo se adopta el anexo técnico que forma parte integral del mismo.
Ámbito de aplicación (art. 2)	Todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y especialmente, a las Entidades Promotoras de Salud– EPS y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS, a los prestadores de servicios de salud, a las Entidades Territoriales y a la Superintendencia Nacional de Salud.
Capítulo II: PRINCIPIOS, ENFOQUES, DEFINICIONES Y DERECHOS	
Principios (art. 3)	Dignidad humana – <i>Pro homine</i> – Progresividad – Igualdad y no discriminación – Oportunidad – Accesibilidad
Enfoques (art. 4)	Derechos – Género – Diferencial – Curso de Vida
Definiciones (art. 5)	Ajustes razonables – Apoyos para la toma de decisiones – Consentimiento informado de personas con discapacidad para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos – Declaración anticipada – Diseño Universal – Salvaguardias
Derechos (art. 6)	Derechos sexuales – Derechos reproductivos – Derechos de las mujeres y niñas con discapacidad a una vida libre de violencias – Derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad – Derecho a la privacidad e intimidad – Derecho a la información
Capítulo III: CAPACIDAD JURÍDICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Arts. 7 a 11	Capacidad jurídica para la toma de decisiones en salud, en el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos – Necesidad de consentimiento informado – Consentimiento informado en el caso de violencia sexual contra menores – Procedimientos de esterilización – Declaratorias Anticipadas – Apoyos para la toma de decisiones
Capítulo IV: APOYOS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD, EN MATERIA DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS POR PARTE DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	
Arts. 12 a 16	Apoyos para la toma de decisiones – Tipos de apoyo – Apoyos proporcionados por personas – Modificación o terminación de la relación con personas de apoyo para la toma de decisiones – Obligaciones de las personas de apoyo en la toma de decisiones

Resolución 1904 de 2017	
Capítulo V: DE LAS OBLIGACIONES DE LOS INTEGRANTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EN RELACIÓN CON LA PROVISIÓN DE APOYOS, AJUSTES RAZONABLES Y SALVAGUARDIAS	
Art. 17	Responsabilidades de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias (Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales; Entidades Promotoras de Salud — EPS y demás entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado dentro del SGSSS; Prestadores de servicios de salud
Capítulo VI: DISPOSICIONES FINALES	
Arts. 18 a 20	Inspección, vigilancia y control – Transitoriedad – Vigencia
ANEXO TÉCNICO	
Orienta sobre los mecanismos de acceso a la información adecuada y suficiente que permite a las personas con discapacidad ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos y las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias para tomar decisiones informadas en esta materia.	

Fuente: elaboración propia en base a la Resolución 1904 de 2017.

Difusión y asistencia técnica

Inmediatamente después de su dictado en mayo de 2017, la Resolución 1904 se publicó en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y con fecha 14 de julio del mismo año fue presentada durante la última sesión plenaria de la Mesa Técnica que trabajó en su elaboración. Asimismo, se socializaron las líneas estratégicas del proceso de implementación, entre las que se incluyeron “la complementación de la formación del talento humano en salud, información, educación y comunicación incluyente y accesible, provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias, seguimiento y participación social”. Allí también el Ministerio exhortó a los/as participantes de la mesa a continuar con el proceso de implementación de la resolución, y a que participen otros actores de la sociedad civil, como organizaciones de base comunitaria y otros colectivos que desarrollan acciones poblacionales, y la academia. Las organizaciones, a su vez, manifestaron su voluntad de continuar apoyando el proceso desde su ámbito de incidencia y construcción conjunta. En una primera etapa, desde el Ministerio de Salud, se brindó asistencia técnica a los encargados de hacer cumplir la Resolución:

“Sobre todo al principio, el Ministerio realizó los procesos de asistencia técnica que fuesen pertinentes. Siempre las resoluciones tienen una etapa de difusión; lo primero que se hace es publicarla en la página web, y se da a conocer a través de los responsables de salud sexual y reproductiva en el país, que son nuestros interlocutores directos; y de ahí, se da a conocer a otras instancias en lo local, y en lo municipal, (...) y también desde los territorios a los responsables de prestar los servicios de salud” (autoridad del Ministerio).

Por otra parte, se elaboraron una serie de documentos técnicos y de difusión dirigidos a personas con discapacidad, al público en general y a profesionales de la salud (Cuadro 6).

Cuadro 6. Materiales elaborados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación de Colombia

Materiales técnicos y de difusión de la Resolución 1904 y la sentencia T-573	
Nombre	Contenido y link
Documento en versión lectura fácil de la Resolución 1904	Describe en lectura fácil los 6 capítulos de la Resolución 1904, con diseño e ilustraciones, disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/documento-lectura-facil-resolucion-1904.pdf
Documento en versión lectura fácil de la sentencia T-573 (5/2017)	Documento en lectura fácil, elaborado por el Ministerio de Educación, que describe el caso que dio lugar a la sentencia T-573 de 2016, con diseño e ilustraciones, disponible en https://asdown.org/wp-content/uploads/2021/10/Quien-decide-sobre-mi-cuerpo-1.pdf
ABECÉ – Sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas con discapacidad en el marco del derecho a la salud (2018)	Documento con preguntas y respuestas dirigido a población general que describe en forma sencilla los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abece-derechos-sexuales-reproductivos.pdf
Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos (s/f)	Brinda las bases, conceptuales y técnicas para que los prestadores de servicios de salud puedan llevar a cabo el procedimiento de consentimiento informado con las personas con discapacidad, suministrando la información adecuada y suficiente para que puedan tomar decisiones informadas en relación con la atención en salud que van a recibir, disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-tecnicas-consentimiento-pcd3.pdf

Fuente: elaboración propia en base a la información relevada.

Además, la página web de la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social, incluye una solapa en derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad con información general sobre estos derechos, un detalle de las responsabilidades que tienen los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud a cargo de cumplir la resolución, y documentos relevantes en la materia.

Por último, a más de un año del dictado de la resolución, en septiembre de 2018, se realizó un encuentro regional para la implementación de sus disposiciones, en el que participaron organizaciones de personas con discapacidad, autoridades del Ministerio de Salud y Protección Social y responsables de áreas en salud de diversos departamentos de Colombia. Así, por ejemplo, se compartió que, en Vaupés, el objetivo era trabajar en la formación de líderes indígenas para que hicieran propios los conceptos y el marco normativo en derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad. A su vez, la Coordinadora del Grupo de Gestión en Discapacidad de la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud afirmó que, en el proceso de implementación, hay varios actores a empoderar:

“En primer lugar, los integrantes del Sistema General de Seguridad Social, desde los mismos EPS [Entidades Promotoras de Salud] así como las instituciones prestadoras de servicios, y especialmente, el talento humano en salud, que muchas veces, por desconocimiento, no sabían la forma de dirigirse, comunicarse, de otras formas no convencionales, como medios alternativos, pictogramas, Lengua de Señas, otra forma de comunicación que efectivamente le permita a la propia persona con discapacidad comprender la información frente a una intervención en salud, y en este caso, en salud sexual y reproductiva, y poder dar su propio consentimiento sin que medie un tercero en esa decisión. Ese es un importante elemento. Y en las propias personas con discapacidad y sus familias, que también se empoderen para que sean activos, para que no sean un sujeto pasivo en la interacción en salud, que realmente ellos comprendan claramente el procedimiento, tomen decisiones frente a la anticoncepción, la interrupción del embarazo, frente al deseo de tener hijos y el número de hijos que desean tener, de tener o no una familia”.

Implementación y retos a futuro

Tal como dispone el art. 2 de la Resolución 1904, la implementación de sus disposiciones está a cargo de todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Y quienes vigilan y controlan su cumplimiento son las Entidades Territoriales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud (art. 17). Por lo tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social no controla la implementación de la Resolución, ni tampoco recibe denuncias por su incumplimiento:

“Acá, el Ministerio ante todo es rector, genera la norma, direcciona el sistema, establece la política y hace procesos de asistencia técnica; hasta ahí llegan las competencias del Ministerio (...). [Las eventuales denuncias] llegan más que todo a la Superintendencia Nacional de Salud que es una instancia adscrita al Ministerio de Salud pero independiente en su funcionamiento; o pueden llegar quejas a la Defensoría del Pueblo (...) nosotros nos encargamos de realizar los procesos de asistencia técnica a los encargados de salud sexual y reproductiva o a los responsables de las instituciones prestadoras de servicios de salud, pero en la medida en que la resolución se ha dado a conocer (...) se va de alguna forma soltando para que sean los gobiernos departamentales y locales los que se encarguen del seguimiento y asistencia técnica a los prestadores” (autoridad del Ministerio de Salud entrevistada).



Justamente uno de los retos mencionados por las autoridades del Ministerio de Salud entrevistadas, se relacionan con la ausencia a nivel central de información acerca de la implementación de la resolución:

“uno de los principales retos es justamente, desde acá, desde el nivel central, tener la información de posibles vulneraciones o de posibles daños que se hagan a los derechos de las personas con discapacidad, para poner correctivos inmediatos o inclusive denuncias, o asesoramiento a las personas. Yo creo que ese es un reto importante (...) En otros temas funciona mejor, por ejemplo, en violencia de género se tiene información acerca de cómo se brindan las atenciones, etc. pero [en este tema] hace falta el mecanismo, el recurso, la herramienta que nos pueda dar cuenta de las vulneraciones que puedan llevarse a cabo contra las personas con discapacidad”.

Otro de los retos identificados se relaciona con la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes:

“en el tema de la autonomía para la toma de decisiones en salud creo que ahí hay unos retos importantes todavía que trabajar, sobre todo si hablamos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad. [En estos casos], sería factible que padres o cuidadores estuvieran tomando las decisiones por ellos. Entonces en la medida en que los profesionales de la salud estén enterados, van a poder poner freno a esa mirada de cuidadores que vulneraría los derechos de las personas con discapacidad”.

Por último, para el sostenimiento de la política, las autoridades del Ministerio de Salud entrevistadas mencionaron que es fundamental fortalecer los procesos de asistencia técnica a los encargados de cumplir la resolución, y renovar los mensajes de difusión hacia la comunidad sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

A modo de síntesis

La Resolución 1904 de 2017 constituye un hito normativo, tanto para Colombia como para la región, sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en cumplimiento con los postulados de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El proceso de su elaboración se extendió por 3 meses e implicó un intenso trabajo colectivo entre el Ministerio de Salud y Protección Social, organizaciones de personas con discapacidad, otras organizaciones dedicadas a la defensa de sus derechos, la academia, y diversos organismos e instituciones del Estado. El resultado fue un texto acabado, completo y preciso tendiente a garantizar que las personas con discapacidad accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y reproductivos, con los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias correspondientes que les permita tomar decisiones libres e informadas en el acceso a los servicios.

Los procesos de asistencia técnica llevados a cabo por el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con los materiales técnicos y de difusión elaborados, contribuyeron al proceso de implementación de la Resolución.

El desafío a futuro es generar información a nivel central acerca de cómo se está implementando la resolución en el territorio y sus posibles incumplimientos; fortalecer los procesos de asistencia técnica a los encargados de cumplir la resolución; y realizar nuevas campañas de difusión sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.



5. Análisis comparado

Las tres políticas públicas descritas promueven el acceso a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad mediante diferentes métodos o estrategias que, sin embargo, presentan algunos aspectos comunes. A continuación, se detallan algunos elementos que facilitaron el desarrollo de las políticas en cada uno de los países y algunos elementos que limitan su implementación.

Elementos facilitadores

En primer lugar, en los tres casos analizados existió un trabajo político institucional de muchos años que consolidó y posibilitó la formalización de la política pública respectiva. Tanto en Argentina como en Uruguay y Colombia las políticas en SSR llevan entre 15 y 20 años de implementación y en los 3 países existían antecedentes normativos o de trabajo previo en materia de SSR de personas con discapacidad. En Argentina, desde 2010 se impulsaron algunas acciones al respecto desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En Uruguay, el decreto reglamentario de la Ley 18.426 sobre SSR contempla a las personas con discapacidad, y también desde 2010, diversos actores estatales comenzaron a trabajar en la intersección entre género y discapacidad. En Colombia, la Ley 1618 de 2013 dispuso que los programas de salud sexual y reproductiva debían ser accesibles a las personas con discapacidad, y la Política en Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014 incluyó objetivos, metas e indicadores que mencionan a las personas con discapacidad.

En segundo lugar, se observa que la formulación de las tres políticas se basó en evidencia: se diseñaron y/o ejecutaron a partir de investigaciones o diagnósticos sobre la situación de las personas con discapacidad en relación a su SSR, o alguna temática específica vinculada a su SSR, que justificaron la necesidad de la política. En el caso de Argentina, a partir de una investigación efectuada por organizaciones de la sociedad civil, se comprobó la ausencia de información y datos estadísticos sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad en el país y la falta de una política de salud sexual y reproductiva plenamente inclusiva de las personas con discapacidad. En Uruguay, se realizó un estudio exploratorio que evidenció que la respuesta del Estado ante la maternidad de mujeres con discapacidad dependientes

era la judicialización de la situación y, en muchos casos, se las desvinculaba de sus hijos/as. En Colombia, existía una práctica sistemática de judicialización de pedidos de esterilización a jóvenes y mujeres con discapacidad sin su consentimiento, documentada en la sentencia de la Corte Constitucional que finalmente ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social adoptar la resolución aquí examinada.

En tercer lugar, se destaca que tanto en la experiencia de Argentina como en la de Uruguay, para formalizar la política pública, las Direcciones correspondientes asumieron el tema como una línea prioritaria de su gestión; lo que permite destinar recursos para su implementación, y poner el tema en agenda permanentemente. La gestión que asumió en 2020 en la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva estableció la promoción de derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad como uno de los objetivos estratégicos del organismo junto y al mismo nivel que el acceso efectivo a métodos anticonceptivos, el acceso a la interrupción del embarazo, y la prevención y detección temprana de abusos sexuales y embarazos forzados. En Uruguay, la Dirección de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social, asumió el proyecto piloto de apoyo a la crianza a mujeres con discapacidad como una línea prioritaria del organismo. En ambos casos, además, fue fundamental formalizar los objetivos de la política en un documento escrito, lo que facilita el monitoreo y la rendición de cuentas.

En cuarto lugar, se subraya que, en las 3 experiencias estudiadas, para fortalecer el proceso de implementación de las políticas, se elaboraron materiales de difusión accesibles o documentos técnicos; y/o se realizaron procesos de asistencia técnica y capacitaciones dirigidas a los equipos involucrados en la gestión o ejecución de las políticas.

Por último, en los 3 casos analizados, en el diseño y/o implementación de las políticas participaron personas con discapacidad u organizaciones de personas con discapacidad, lo que asegura que las estrategias o medidas propuestas sean pertinentes, inclusivas, sostenibles, y efectivas desde su experiencia. En Argentina, se invitó a organizaciones de personas con discapacidad a participar de los espacios de cooperación y diálogo con las autoridades de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se sumaron personas con discapacidad al grupo de trabajo y se articula permanentemente con las organizaciones de personas con discapacidad. En Uruguay, el proyecto piloto fue diseñado y su ejecución es liderada por personas con discapacidad y también se convocó a grupos de mujeres con discapacidad antes y durante su implementación para recibir retroalimentación. En Colombia, la Resolución 1904 se elaboró con la participación clave de organizaciones de personas con diferentes tipos de discapacidad, que también cumplen un rol fundamental en su difusión e implementación efectiva.

Elementos limitantes

Tanto en el caso de Argentina como en el de Uruguay, los desafíos en la implementación de las políticas se vinculan fundamentalmente con resistencias causadas por prejuicios y mitos arraigados sobre las personas con discapacidad y/o con la falta de conocimiento acerca del modelo social de la discapacidad de parte de las personas involucradas en la gestión o ejecución de políticas públicas (funcionarios/as o personal de organismos estatales), proveedores de salud y operadores de la justicia. En Uruguay, estas resistencias son aún más evidentes por el prejuicio extendido de que las mujeres con discapacidad no son capaces de cuidar ni de criar a sus hijos/as.

En ambos casos, también, las restricciones presupuestarias han limitado el desarrollo de nuevas líneas de acción o el fortalecimiento de las líneas existentes.

En Argentina y Colombia se suman algunas dificultades para la producción de información, a nivel central, sobre SSR y personas con discapacidad, o sobre el cumplimiento e implementación de normativas en la materia.

Por último, en todos los casos, los cambios de gestión representan riesgos para la continuidad y el fortalecimiento de las políticas.

6. Conclusiones y recomendaciones

Las tres políticas públicas descritas en este documento constituyen buenos ejemplos acerca de cómo los Estados de la región pueden promover el acceso a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad en sus respectivos contextos.

En términos generales, se trata de políticas relevantes e innovadoras en tanto responden a problemáticas prioritarias en la materia que, hasta el momento de su creación, no habían sido atendidas adecuadamente. Intentan, además, transformar las estructuras que perpetúan la exclusión y vulnerabilidad de las personas con discapacidad en el acceso a los servicios de SSR. También, introdujeron cambios significativos que generaron impactos positivos en la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad destinatarias. Por último, se trata de políticas que, gracias a su diseño, implementación y resultados, pueden ser adaptadas y ejecutadas en otros contextos con expectativas razonables de éxito.

Si bien las experiencias aquí presentadas constituyen tres buenos ejemplos de iniciativas concretas dirigidas a promover la SSR de las personas con discapacidad, es importante señalar que todas las políticas en SSR deben incluir a las personas con discapacidad. Esta obligación de transversalizar el enfoque de la discapacidad en las políticas públicas surge del art. 4.1 de la CDPD que establece el compromiso de los Estados de “tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad” (inc. c) a fin de asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de esta población sin discriminación alguna por motivos de discapacidad.

Con base a las observaciones efectuadas en este documento, se realizan las siguientes recomendaciones que facilitarían el diseño e implementación de políticas públicas para promover la SSR de las personas con discapacidad, aplicables a toda política pública en materia de SSR.

En el proceso de formulación de la política:

- Se realicen investigaciones o estudios diagnósticos sobre la situación de la SSR de las personas con discapacidad en el país o alguna temática específica vinculada a su SSR, a fin de sustentar la formulación de la política.
- Se asegure la participación activa de personas con distintos tipos de discapacidad; por ejemplo, mediante la organización de mesas de trabajo que garanticen intercambios sustantivos y la retroalimentación para que sus aportes sean tenidos en cuenta.
- Se incorpore a las personas con discapacidad como población destinataria y protagonista de las políticas o programas de salud sexual y reproductiva.
- Se formalicen los objetivos, acciones, metas e indicadores de la política, y se consolide un mecanismo para su monitoreo y evaluación.
- En los programas de salud sexual y reproductiva o en los organismos de discapacidad, se asuma como línea de trabajo prioritaria la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.
- Se asegure un adecuado financiamiento de la política.

En el proceso de implementación de la política:

- Se elaboren materiales de difusión accesibles para personas con discapacidad en relación a sus derechos sexuales y reproductivos.
- Se elaboren documentos técnicos en SSR con perspectiva de discapacidad y documentos técnicos específicos en SSR de personas con discapacidad para los equipos involucrados en la gestión e implementación de la política.
- Se elaboren materiales de difusión dirigidos a la población sobre derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de discapacidad.
- Se brinde asistencia técnica a los equipos involucrados en la gestión e implementación de la política.
- Se capacite, en forma periódica, a las personas y equipos involucrados en la gestión e implementación de la política, en el modelo social de la discapacidad con perspectiva de género.
- En políticas de alcance nacional, se establezcan mecanismos adecuados para reunir información, a nivel central, acerca del cumplimiento de la política en todo el territorio.
- Se articule, en forma permanente, con organizaciones de personas con discapacidad y organizaciones que defiendan sus derechos.
- Ante cambios de gestión, se asegure la continuidad de las políticas que demuestran ser exitosas en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

Bibliografía

- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023), Experiencias para armar Manual para talleres en salud sexual y salud reproductiva. Módulo 2023. Derecho a la interrupción del embarazo (IVE-ILE). Modelo social de la discapacidad, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, octubre de 2023, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-11/modulo_2023_experiencias_para_armar_21112023.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023). Para regar los deseos. Una experiencia de reflexión y acción sobre la salud sexual y la salud reproductiva en hospitales monovalentes de salud mental. Luciana Azcárate, et al. 1a ed., Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-08/Para_regar_los_deseos-Sistematizacion_de_talleres_de_ss_en_monovalentes_de_salud_mental.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023), 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, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, noviembre 2023, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-12/nota_tecnica_11-ive-ile_y_discapacidad_7122023.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023), Hacia una consejería en salud sexual y reproductiva inclusiva de personas con discapacidad, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, noviembre de 2023, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/cuadernillo_consejeria_ssr_y_pcd_noviembre_2023.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023), Nota técnica 8, Anticoncepción quirúrgica y personas con discapacidad, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, agosto 2023, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-11/nota_tecnica_8_15112023.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023). Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, agosto 2023, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-08/TableroMonitoreo2022_2282023.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022a). Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Publicación resultados 2020. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, septiembre 2022, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-10/MSAL_TableroMonitoreo2020_27092022.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022b). Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva.

Publicación de resultados 2021. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, septiembre 2022, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-11/Tablero_monitoreo_toma_decisiones_2021_Direccion_Nac_Salud_Sexual_y_Reproductiva.pdf

- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022), Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo IVE-ILE: actualización 2022 / Sonia Ariza Navarrete ... [et al.]; coordinación general de Valeria Isla, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-06/Protocolo_IVE_%202023_2562023.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022), Información sobre métodos anticonceptivos en macrotipo, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-10/MacrotipoWeb.pdf>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022), Folleto sobre Interrupción del embarazo en el sistema de salud, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-01/folleto-ive-ile.pdf>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022), Nota técnica 7. Estándares legales para la atención posaborto - Ley 27.610, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, agosto 2022, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-09/MSAL_Nota_Tecnica_7_15-9-2022.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021), Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto, Resolución 4172/2021, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/355000-359999/358998/norma.htm>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021), Campaña #PuedoDecidir, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en www.puedodecidir.org y <https://www.facebook.com/watch/?v=1493639030993178>.
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021). Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-12/Guia_AIPEO_13-12-2022.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021). Información para acceder a la ligadura de trompas uterinas. Formulario para firmar el consentimiento informado. Documento escrito en lectura fácil, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/Cuadernillo_CI_Ligadura_tubaria.pdf

- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021). Información para acceder a la vasectomía Formulario para firmar el consentimiento informado Documento escrito en lectura fácil, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/Cuadernillo_CI_Vasectomia.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2020), Material informativo: derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001276cnt-or_diptico_discapacidad.pdf
- Iniciativas Sanitarias (2022). Uruguay. La revolución de los derechos sexuales y reproductivos. Crónica y testimonios de dos décadas próspera y pro derechos, 1º edición, Editorial Iniciativas Sanitarias, Montevideo, Uruguay, marzo de 2022, en https://drive.google.com/file/d/1E96CMIsuVOcNqulR33BuVJC9Ma9HY_4M/view
- Minieri, Sofía (2017). El derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva: 20 preguntas fundamentales sobre las políticas públicas del Estado argentino, Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad, Buenos Aires, noviembre 2017, en https://redi.org.ar/wp-content/uploads/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres_20-preguntas.pdf
- Minieri, Sofía (2017), Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad. Aportes teóricos para una agenda de incidencia inclusiva, Buenos Aires: Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), en http://www.redi.org.ar/Documentos/Publicaciones/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres_Aportes-teoricos.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Fichas protocolos de diseño del programa Apoyo a la crianza a mujeres con Discapacidad, Ediciones 2022, 2023, y 2024, Uruguay, en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/protocolo-diseno-apoyo-crianza-mujeres-discapacidad>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014), Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014-2021), Colombia, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (s/f), Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y Oficina de Promoción Social, Colombia, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-tecnicas-consentimiento-pcd3.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018), ABECÉ - Sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas con discapacidad en el marco del derecho a la salud, Oficina de Promoción Social, Colombia, 20 de febrero de 2018, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abece-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social (2017), Documento en lectura fácil de la Resolución 1904, Colombia, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/documento-lectura-facil-resolucion-1904.pdf>
- Ministerio de Educación Nacional (2017), Documento de lectura fácil de la sentencia T-573 (5/2017), Colombia, mayo de 2017, en <https://asdown.org/wp-content/uploads/2021/10/Quien-decide-sobre-mi-cuerpo-1.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017), Resolución 1904 del 31 de mayo de 2017, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf>
- Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2019), Informe sobre los efectos del capacitismo en la práctica médica y científica, A/HRC/43/41, 17 de diciembre de 2019, en <https://undocs.org/es/A/HRC/43/41>
- UNFPA y Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, Informe de descripción y análisis del proceso de génesis del programa piloto de apoyo al derecho a la maternidad y crianza de las mujeres con discapacidad, Fondo de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, Oficina del Coordinador Residente de Naciones Unidas, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ministerio de Desarrollo Social, diciembre 2024, en <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2024-12/Informe%20Renata%20Scagliola.pdf>

