

**GUIA DE DERECHOS SEXUALES Y  
REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD ORIENTADA A  
PROFESIONALES**

## **INDICE:**

1-	Prólogo.....
2-	Introducción.....
3-	Capítulo 1: .....
	Abordaje Tradicional Sobre las Personas con Discapacidad en General
4-	Capítulo 2:.....
	Nuevo Paradigma Principales características de la Convención: Las Personas Con discapacidad como sujetos de derechos. Nuevo concepto de discapacidad
5-	Capítulo 3: .....
	Conceptos Generales sobre Sexualidad
6-	Capítulo 4: .....
	Mitología de la Sexualidad de las Personas con Discapacidad con Perspectiva de Género
7-	Capítulo 5: .....
	Como se respetan los derechos sexuales y reproductivos de las Personas con Discapacidad.
8-	Capítulo 6:.....
	El ejercicio de estos derechos en Tribunales
9-	Anexo I: .....
	Glosario sobre Violencias
10-	Anexo II: .....
	Técnicas comunicacionales para educar en Sexualidad Integral y Brindar información para brindar consentimiento
11-	Anexo III: .....
	Compendio de Leyes en Materia de Derechos Sexuales y Reproductivos

## PRÓLOGO

Los derechos sexuales y reproductivos deben ser concebidos como derechos humanos y respetados como tales, y si bien actualmente la sociedad continúa debatiendo sobre ciertas cuestiones en torno a estos derechos tensionando posiciones dentro de la sociedad y polarizándola, no se debate las cuestiones atinentes a parte de la sociedad como lo son las personas con discapacidad en materia de derechos sexuales y reproductivos.

En tal sentido, esta guía se propone visibilizar las frecuentes violaciones a los derechos sexuales y reproductivos 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 persona con discapacidad y actuar consecuentemente como garantes de estos derechos.

Si bien, como todos los derechos humanos los mismos son alcanzados por la lucha del mismo colectivo también es importante el acompañamiento de toda la sociedad y en particular a las personas a los que se encuentra orientada esta guía, principalmente porque ciertas prácticas violatorias de estos derechos han sido naturalizadas en ciertos casos por las mismas personas con discapacidad .

Sobre las causas de esta naturalización versa el Capítulo 1 de esta guía por medio de un recorrido histórico que contempla la mirada de la sociedad sobre las personas con discapacidad en relación su sexualidad.

En el Capítulo 2 se sustenta normativamente los derechos abordados. Asimismo en el Anexo 3 de esta guía se encuentra a disposición distintas leyes en materia de derechos sexuales.

A lo largo de esta propuesta inclusiva la que no se agota en el modelo heteronormativo, en el Capítulo 3, se intenta explicar distintos conceptos generales sobre la sexualidad no solo para tener una mirada que escape del modelo binario sino para invitar al lector a plantearse la diversidad de las personas con discapacidad. Y es precisamente en este sentido que la guía en su totalidad ha sido escrita en lenguaje inclusivo haciendo uso de la letra E y no de la X como se propugna en otro textos inclusivos para la accesibilidad de los lectores con discapacidad visual cuyos traductores son aptos para procesar la letra E y no así la X.

Antes de arribar al Capítulo 4, se explica el concepto de Mito para analizar posteriormente los mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad y las consecuencias sobre los mismos remitiendo al glosario contenido en el Anexo I en el cual se explican los distintos tipos de violencias.

Hasta aquí los cuatro primeros capítulos se desarrolla descriptivamente el panorama sobre la temática, para que en los sucesivos Capítulos 5 y 6 y en el Anexo II se aborden conceptos propositivos para garantizar estos derechos adentrándose en los lineamientos que la jurisprudencia nos trae a la luz de la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.

## INTRODUCCIÓN

Este documento es un trabajo de la Agencia Nacional de Discapacidad que en sus funciones contempladas en su estructura, según el Decreto 698/17 tiene la de elaborar y evaluar la ejecución de un plan nacional de inclusión para personas en situación de discapacidad.

El Plan Nacional de Discapacidad, liderado por la Sra. Vicepresidente de la Nación Gabriela Michetti, fue creado mediante el Decreto 698/17 con el fin de garantizar que las personas en situación de discapacidad puedan ejercer de manera plena sus derechos. En este se reconoce a la Agencia Nacional de Discapacidad como el órgano de competencias específicas y delimitadas en el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, desde donde se trabaja colaborativamente con las demás dependencias del Poder Ejecutivo Nacional para conformar una única política de discapacidad, es por ello que esta Guía contó con la colaboración de un equipo multidisciplinario de distintas dependencias: Instituto Nacional de las Mujeres (INAM), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud.

Por ende, esta guía en concordancia con el Plan Nacional de Discapacidad, como construcción colectiva, contribuye a la transformación de la sociedad, estableciendo acciones concretas que garanticen mejores condiciones para la autonomía personal, la participación e igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad con el fin de asegurar la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás, acorde lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

**1. ABORDAJE TRADICIONAL SOBRE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN GENERAL:**

Las Personas con Discapacidad (PCD) han sido y son tratadas de acuerdo al contexto histórico y social en que habitan. La forma en que son visualizadas se las denomina modelos y estos modelos no fueron reemplazados por otros sino que pueden darse simultáneamente conforme sus circunstancias, por lo tanto la plenitud de sus derechos sexuales y reproductivos son respetados en función del paradigma desde el cual este tema ha sido observado.

MODELO	EN QUÉ MOMENTO SE VIERON REFLEJADOS	COMO SE JUSTIFICA	QUE MÉTODOS UTILIZA	COMO SE LA VISUALIZA LA SEXUALIDAD DE LAS PCD
<p><b>Prescindencia</b></p> <p><b>denominación</b> {</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antigüedad civilización greco romana</li> <li>- Nazismo</li> </ul> <p>Endemoniado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Castigo de los Dioses</li> <li>- Improductividad</li> <li>- No reconocimiento como persona</li> <li>- Admiración por la belleza</li> </ul>	<p>Utilización de la Biopolítica : mediante la Eugenesia y la Marginalidad</p>	<p>Prohibición de su reproducción según su casta</p>
<p><b>Rehabilitador</b></p> <p><b>(medico hegemónico)</b></p> <p><b>denominación</b> {</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado moderno</li> </ul> <p>Deficiente, incapacitado ,persona con capacidades diferentes o especiales, Mogólico, Retrasado, Ciego, Lisiado, Invalido, Paralitico, Loco Sordo, Insano, etc.</p>	<p>Deficiencia/anormalidad.</p> <p>Concepción binaria: “Normalidad-anormalidad” asimilando lo “Diferente como lo Imperfecto”</p> <p>Las limitaciones se encuentran en la persona que es sujeto de rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Institucionalización</li> <li>-Reemplazo de la autonomía de la voluntad</li> <li>- Incapacidad legal</li> <li>- Tutores /Curadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infantilización,</li> <li>- Asexuados,</li> <li>- Hipersexuados,</li> <li>- No deseantes ni deseados.</li> <li>- Se decide sobre la sexualidad de las PCD.</li> <li>- Tanto la discapacidad como la homosexualidad se consideraban anormales</li> </ul>

<b>Social</b>	-Nuevo rol del Estado constructor de DDHH. -PCD Sujeto de Derechos	Las limitaciones se encuentran en la sociedad no en la PCD	Desmanicomización. Inclusión social	Si bien los derechos sexuales y reproductivos para PCD están garantizados legalmente como sociedad tenemos el deber de asegurarlos.
<b>Diversidad Funcional</b>		-EE.UU.70' -España 2001	-La Diversidad como un valor inherente al Ser Humano -Vida Independiente con Apoyos	Sujetos de derechos sexuales y reproductivos

**denominación** { Solo al referirnos al colectivo diremos Personas con discapacidad y si es necesario agrupar diremos "tipo de discapacidad" (auditiva visual motora, mental etc.) caso contrario por su nombre apellido

**2. NUEVO PARADIGMA: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA CONVENCIÓN: LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD COMO SUJETOS DE DERECHOS. NUEVO CONCEPTO DE DISCAPACIDAD.**

a) Marco Legal

**Convención** : La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) tiene como fin, de acuerdo al artículo 1, 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.

Discapacidad: En el mismo artículo, previamente mencionado incluye como Personas con Discapacidad (PCD) a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La CDPCD forma parte de nuestra Constitución, Esto significa que rige para todo el país y ninguna provincia puede hacer una interpretación distinta sobre lo que en ella está establecido ni restringirla total ni parcialmente mediante normas locales de aplicación.

El art 23 de la CDPCD establece el derecho a las PCD de casarse y formar una familia; y es una obligación del Estado poner fin a la discriminación a las PCD en cuanto a los derechos establecidos en este artículo.

**Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales:** Argentina también adhiere a dicho Pacto y el Comité de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (Comité DESC), que interpreta las disposiciones específicas del Pacto sostuvo respecto del art. 10 que en relación a las personas con discapacidad se debe prestar protección y asistencia a la familia y se debe hacer todo lo posible para que estas personas si así lo desean vivan con sus familias y como padres tienen derecho a tenerlo consigo, criarlo, alimentarlo y educarlo.

**Código Civil:** La incorporación de la CPCD a nuestro plexo normativo repercutió en las modificaciones al Código Civil y Comercial de La Nación que ha receptado la esencia de la Convención al incorporar la figura de apoyos a las PCD entre otras de las tantas modificaciones ubican a las PCD como sujetos de derechos y al Estado en un nuevo rol.

b) **Derechos sexuales y Reproductivos: ¿ en qué consisten? donde están garantizados**

Tal lo expresado hasta aquí, podemos apreciar que si bien en la Convención no se encuentran especialmente señalados los derechos sexuales y reproductivos sino que se ven subsumidos en la mención al derecho a casarse y formar una familia. Y por encontrarse en el país la ley de matrimonio igualitario claro está puede casarse con una persona del mismo sexo o de distinto y formar con quien elija en libertad su familia.

Asimismo aunque no se encuentren los derechos sexuales y reproductivos específicamente mencionados en la Convención en el art. 1 de la Convención, pone en plano de igualdad a las PCD en cuanto a todos los derechos humanos, por lo tanto, incluyen, los derechos sexuales y reproductivos.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos surgen de diferentes tratados y acuerdos internacionales reconocidos por la Argentina, como la IV Conferencia Mundial de la Mujer (celebrada en Beijing), la Convención sobre todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW-ONU, 1979) y su Protocolo, o la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994. A Nivel Nacional, el Ministerio de Salud (2013b), define de la siguiente manera estos derechos.

**Los derechos sexuales**, son aquellos vinculados a la capacidad de disfrutar una sexualidad libremente elegida, de manera satisfactoria, placentera, sin violencia, coerción ni riesgos. Es decir gozar de **Salud sexual**, la cual es definida como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad.

En tanto **los derechos reproductivos** están relacionados a la posibilidad de decidir- en forma autónoma y sin discriminación – si se desea tener o no tener hijos/hijas, en qué cantidad y esparcimiento entre unos y otros, y con quien se desea tenerlos. Es decir gozar de **Salud Reproductiva** consiste en la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desea.

c) **Rol del Estado**

En primer término corresponde aclarar que cuando hablamos de derechos sexuales y reproductivos, estamos hablando de derechos humanos, por su parte los derechos humanos han pasado de ser meramente declarativos inicialmente a ser posteriormente exigibles jurídicamente a una condición clave que debe estar presente en las políticas públicas.

Es decir, no basta actualmente que el Estado acepte un rol pasivo reducido a reconocer, positivar y eventualmente reparar los derechos humanos previamente adquiridos y posteriormente vulnerados sino que este rol debe ser activo que se define como protector y constructor de los derechos humanos.

Este nuevo rol constructor implica desarrollar un “régimen general de valores” que incluya tanto los derechos civiles y políticos como los derechos económicos, sociales, culturales y de incidencia colectiva.

Asimismo, resulta imperioso continuar promoviendo políticas y acciones fundadas en un concepto de igualdad sustantivo, que exige una protección especial de los derechos de ciertos colectivos, como es el caso de las PCD, que se ven vulnerados debido a una situación de desigualdad estructural, la garantía del ejercicio pleno de sus derechos en un espacio libre de violencia y discriminación, el reconocimiento de todos los ciudadanos como titulares de derechos, su autonomía e independencia y la participación efectiva e integral en una sociedad respetuosa de la diversidad.

### **3. CONCEPTOS GENERALES SOBRE SEXUALIDAD**

Probablemente si nos pidieran definir rápidamente el concepto sexualidad, vendrían a nuestra mente algunas representaciones ligadas por ejemplo a lo anatómico (Sexo: Masculino - Femenino) o bien relacionadas con el coito o cópula (Heterosexual) o probablemente surgieran representaciones emparentadas una de las funciones de la sexualidad (Reproducción).



Dichas representaciones son las que se solemos encontrar en las bases del inconsciente colectivo a la hora de pensar el término sexualidad; una visión anatomista reduccionista, heteronormativa y binaria de la sexualidad.

Cuando la manera de expresar la sexualidad se aleja de los mandatos sociales, pueden aparecer prejuicios, discriminación, desigualdades e, incluso, violencia.

### **Definición de sexualidad para la Organización Mundial de la Salud:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define la sexualidad como: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo las identidades, los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales históricos, religiosos y espirituales

### **Sexo**

El sexo refiere a lo que viene dado, a la carga genética que determina el sexo biológico y clasifica a los seres humanos en dos grupos (Masculino – Femenino) y en el reino animal (Macho – Hembra). También alude a la práctica sexual.

El discurso médico reconoce dos asignaciones de sexo, al momento del nacimiento:

- “mujer” cuando se observa una vulva
- “varón” cuando se observa un pene.

### **Intersexualidad**

La evaluación médica contempla la anatomía genital externa e interna (gonadal), así como también la evaluación de carga genética y hormonal.

Esta definición se complejiza frente al encuentro de personas cuyos genitales presentan una apariencia “ambigua”, pudiendo tener por ejemplo un clítoris más grande de lo estandarizado como normal, o un pene muy pequeño según reglas anatómicas prefijadas. Nos encontraremos con casos en los cuales se fuerza la asignación de sexo, mediante intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales. Esta es la condición de la INTERSEXUALIDAD<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> La intersexualidad es un conjunto de variaciones del cuerpo asociadas a los marcadores biológicos típicos del sexo. Los cuerpos de las personas intersex (**cromosomas, órganos reproductivos y/o genitales**) **no se encuadran anatómicamente dentro de los patrones sexuales que constituyen el sistema binario varón/mujer.**

Pero la sexualidad es mucho más que ello, es como somos, como nos expresamos, como miramos, como nos vestimos, como recibimos y damos afecto. Son las emociones, las sensaciones, los deseos, las fantasías, los temores, el pudor, la vergüenza, es placer, genitalidad, comunicación, integración y calidad de vida. Es también una construcción, un proceso de aprendizaje que se desarrolla a través de la vida, y forma parte activa e inseparable de la vida de los seres humanos.

Ahora bien, las personas pueden o no identificarse con el sexo asignado al momento del nacimiento, pueden presentarse de diferentes formas y es necesario respetar todas las autodefiniciones, siendo un valor el respeto por la diversidad.

La sexualidad no viene dada naturalmente, es un proceso contingente que se moldea a través de relaciones de poder de gran complejidad histórico social. No existe una forma de sexualidad natural biológicamente dada, a partir de la cual se expliquen conductas “normales”, preferencias sexuales, “patologías” o “desviaciones”. Hay un abanico de posibilidades sexuales, diferencias y singularidades que dan lugar a diferentes prácticas, comportamientos, orientaciones, opciones e identidades sexuales; lo que sugiere, que la sexualidad es cuestión de relaciones personales y culturales (Weeks, 1993).<sup>2</sup>

Dicho abanico de posibilidades nos remite inevitablemente al concepto de Diversidad, como un concepto enriquecedor que nos permite hablar de variedades y diferencias en todos los órdenes de la vida.

**La diversidad sexual** remite a prácticas, expresiones, identidades, discursos y políticas en los que se pone en juego la sexualidad.

“**La orientación sexual** alude a la atracción emocional, afectiva y sexual hacia personas del mismo género, de diferente género o de más de un género. Esta puede cambiar o mantenerse igual a lo largo del tiempo”. (International Commission Of Jurists, 2007)

La orientación sexual se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo o de su mismo género o de más de un género, así como la capacidad de tener relaciones íntimas y sexuales con estas personas. Entre algunas de las orientaciones sexuales existentes se pueden mencionar las siguientes:

- Heterosexual: remite a la atracción emocional, afectiva y/o sexual de personas de un género distinto al propio.
- Homosexual: remite a la atracción emocional, afectiva y/o sexual entre personas del mismo sexo.
- Lesbianismo: refiere a la atracción emocional, afectiva y/o sexual entre mujeres.
- Gay: remite a la atracción emocional, afectiva y/o sexual entre varones.
- Bisexual: refiere a la atracción emocional, afectiva y/o sexual hacia varones y mujeres.

---

<sup>2</sup> Weeks, J.- “El malestar de la sexualidad”, Madrid, Talasa, 1993.

## **Género**

Lamas, desde el binarismo, construye la siguiente definición: “El género es una construcción simbólica e imaginaria, donde los atributos asignados a las personas dependen de la interpretación cultural de su sexo”. (Lamas 1999) 3

Para entender este concepto hagamos juntas este recorrido:

Aún antes de nacer, somos nombradas, e imaginadas a través de ordenamientos que nos preexisten, se nos piensa como una niña con las manos delicadas de mamá, o como un niño fuerte como sus abuelos, arribamos a un mundo de representaciones ajenas y a la vez familiares.

Llegado nuestro nacimiento, portamos una determinada genitalidad, un equipo médico nos clasifica como varones o mujeres, esta asignación impacta en quienes asumen nuestra crianza, y nos designan un nombre (vulva-mujer-Juana, por ejemplo), y en función de ese nombre, se “ordenan” el tipo de juegos que se nos ofrecerán, el estilo y color de ropa que podremos usar, las actividades que podemos realizar y las que no, con quienes podemos vincularnos y de qué manera...

Pensemos entonces que... nombre, vestimenta, juegos grupos de pertenencia, por ejemplo, son ropajes culturales, que se fueron superponiendo sobre una primera clasificación biomédica, y cada una de nosotras, vamos construyendo nuestra identidad, en ese entramado de discursos.

-¿Juana puede jugar? ¿A qué?, ¿con quiénes?

Históricamente a través del género, las culturas han asignado roles y funciones a los individuos diferenciando y categorizando lo masculino y femenino en base a las diferencias anatómicas. De este modo las sociedades esperan que los individuos, piensen, sientan y actúen acordes al género asignado al nacer y bajo la construcción social que cada cultura le asigne a lo femenino y masculino.

Por eso decimos que:

El Género:

Es una construcción social, histórica, dinámica, y cultural que tiene efecto sobre nuestras maneras de sentir, pensar y actuar.

Es una categoría relacional, que evidencia las normas que organizan las relaciones entre las personas

---

<sup>3</sup> Lamas Marta (1999) Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. Papeles de Población, vol. 5, núm. 21. Universidad Autónoma del Estado de México.

Posibilita reconocer que la distribución asimétrica de poder entre varones y mujeres, fija relaciones de dominación y subordinación. El género se interrelaciona con la posición social, la etnia, la edad la identidad y la orientación sexual, entre otras dimensiones. Nos permite poner en cuestionamiento el determinismo biológico y binario (mujer-varón) y posibilita preguntarnos sobre las diversas expresiones de las identidades, de los seres humanos.

Si el género es una construcción social, ¿cuáles son los procesos que intervienen en esta construcción? La construcción del género, es el proceso mediante el cual se asocia a las personas con características, expectativas, estereotipos y roles dependiendo de su sexo, así como el modo en que cada persona estructura su identidad. Para entenderlo mejor, ¿cómo nos vinculamos con una niña? ¿Cómo nos vinculamos con un niño? y el modo desigual al que respondemos a estas preguntas, se apoya en creencias socialmente compartidas sobre cómo deben ser y comportarse mujeres y varones. Estas creencias, operan en forma de mandatos <sup>4</sup> en la construcción de nuestras subjetividades.

Por otra parte, conviene ahora, antes de abordar el tema de la mitología de la sexualidad definir que es un mito.

**Los mitos** son construcciones narrativas, históricas y aceptadas por la mayor parte de la sociedad. Se presentan como configuraciones de valores que imponen un modelo dado. Se van conformando en un sistema de creencias que se expresa en pensamientos y conductas.

#### **4. MITOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO**

En el cuadro propuesto a continuación se describen los distintos mitos que la sociedad tiene respecto de la sexualidad y el rol parental de las personas con discapacidad.

Estos mitos, que abarcan diferentes aspectos de la vida, han acompañado a los modelos descritos anteriormente a lo largo de la historia y han logrado instalarse en el inconsciente colectivo con mucha fuerza.

---

<sup>4</sup> Los mandatos de género que internalizamos, nos impiden transgredir los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad, se traducen en pensamientos, emociones y conductas que constituyen el orden social [...] Haciendo que los papeles asignados, el lugar asignado, las emociones permitidas, las sensaciones prohibidas y las identidades transgresoras sean artificios de quienes somos y por qué estamos aquí.

A su vez cada mito, conlleva a presagiar una **consecuencia**, las cuales podemos agrupar de la siguiente manera:

- 1- Las que invisibilizan los deseos de las decisiones de las PCD y resultan ser consecuencias no inclusivas a las que llamaremos **Consecuencias Violatorias de la autodeterminación**; por ejemplo:
  - Las que impiden elegir el método anticonceptivo que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones y que este método anticonceptivo sea en forma totalmente gratuita al método anticonceptivo elegido, incluidos la ligadura y la vasectomía, en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas.
- 2- Por otro lado, existen otro tipo de consecuencias que al igual que las anteriores resultan ser no inclusivas pero que atañen a la **accesibilidad** por ejemplo:
  - Las que impide la información por no ser brindada a través de un canal correcto acorde a la tipo de discapacidad: en lectura fácil para PCD intelectual; braille, audios y programas informáticos accesibles para PCD Visual, en lengua de señas para PCD auditivas;
  - aquellas arquitectónicas sean edilicias o de mobiliarios.

Estas consecuencias, indiferentemente a cuales de los dos grupos propuestos en la clasificación precedente corresponda, se traslucen en diferentes formas de VIOLENCIAS, las cuales son definidas en el glosario (Anexo I) al final de esta guía y ejemplificadas en situaciones de PCD en los siguientes cuadros.

<b><u>MITOS</u></b>	<b><u>CONSECUENCIAS</u></b>	
<p><b><u>Son personas asexuadas:</u></b> La percepción asexuada niega la sexualidad de las PCD: sosteniendo por ejemplo que son asexuadas, que no tienen deseos, que no piensan en “eso” o que no necesitan tener relaciones sexuales sino que solo necesitan cariño, ya que son como niños, o angelitos.</p> <p><b><u>No son atractivas:</u></b> se las considera no deseables en sentido erótico, podrán tener amistades en el mejor de los casos, pero no un compañere sexual.</p> <p><b><u>Por su condición no pueden:</u></b> mantener relaciones ni afectivas ni sexuales de manera “normal”.</p>	<p>VIOLATORIAS DE LA AUTODETERMINACION</p> <p><b>VIOLENCIA INSTITUCIONAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se implementaran políticas públicas pensadas para PCD en lo referente a sus derechos sexuales y reproductivos.</li> <li>• Se excluirá a las PCD de una campaña de prevención de enfermedades de transmisión sexual <sup>5</sup></li> <li>• ni se le enseñará educación sexual</li> </ul>	<p>BARRERAS DE ACCESIBILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se pensará en hacer accesible un hotel alojamiento,</li> </ul> <p><b>VIOLENCIA OBSTERICA/ GINECOLOGICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ni se dispondrán de camillas ginecológicas adaptadas</li> <li>• No se brindara el apoyo para que acceda a una consulta ginecológica mediante un canal de comunicación acorde.</li> </ul>
<p><b>Las PCD, no pueden identificarse con un sexo distinto al asignado al momento del nacimiento,</b></p>	<p><b>VIOLENCIA PSICOLOGICA</b></p> <p>Imposición de nombre, vestimenta, juegos y del rol acorde al sexo asignado al momento de nacimiento</p>	<p>Resulta poco común que la información sobre diversidad sexual resulte accesible y los profesionales tanto de la salud como de la educación contribuyan a la autopercepción de la sexualidad</p>

<sup>5</sup> Así lo demuestra un estudio de la organización no gubernamental Riesgo Cero presentado en el Foro de Prevención de las Adicciones y HIV-sida 2004 cuando para el 70% de los sordos que dijeron haber recibido información -aunque incompleta-, los canales habituales son la escuela (59%), los amigos y las familias. La publicidad, pilar de las campañas de prevención, sólo alcanzó al 26% de los no oyentes, comparado con el 68% del otro grupo. El diario, en tanto, sólo llegó al 17% de las personas sin audición

El mito de la asexualidad de las PCD se encuentra tan arraigado que nadie se sorprende que el baño accesible no tiene diferenciado su género, sin embargo el sanitario desgenerado (sin género) es una de las añoradas consignas del colectivo LGTIBQ. Por lo tanto, la mejor manera de inclusión para ambos colectivos y considerando que un individuo puede pertenecer a ambos colectivos es el baño accesible dentro del baño desgenerado, y no con una entrada individual como suele ser común y no cuestionada. Mediante publicidades o difusión de mensajes e imágenes a través de cualquier medio masivo de comunicación, se reproducen los estereotipos asignados al género. Así de manera directa o indirecta promueve la explotación de mujeres y trans o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, trans, de distintas edades en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres. También se asignan características concretas y se reproducen los estereotipos respecto de gays y lesbianas, (lo que es conocido como Violencia Mediática) como el rol de proveedor al varón sics. Pero en todas estas variables de reproducciones visuales se excluye a las PCD por los mitos descriptos precedentemente.

<b><u>MITOS</u></b>	<b><u>CONSECUENCIAS</u></b>	
	<b>VIOLATORIAS DE LA AUTODETERMINACION</b>	<b>BARRERAS DE ACCESIBILIDAD</b>
<b><u>No necesitan intimidad</u></b> dado que por su condición no requieren de un espacio privado, situación que se intensifica por la dependencia en algunas situaciones de la vida íntima.	<b>VIOLENCIA FISICA</b> : En forma inconsulta se efectúan cambio de pañales, apósitos, aseo, curaciones etc., porque es el horario o porque resulta conveniente en determinado momento para le asistente, sin considerar la aprobación de la PCD – que si se desarrolla en el ámbito privado es <b>VIOLENCIA DOMESTICA</b>	<b>VIOLENCIA FISICA:</b> No se designa un espacio para el desarrollo de ciertas prácticas que requieren privacidad y se efectúan cambio de pañales, apósitos, aseo, curaciones etc. en espacios comunes ante la vista de terceros, exponiendo los cuerpos innecesariamente, aun cuando las mismas puedan desarrollarse en una habitación o el baño.

MITOS	CONSECUENCIAS	
	VIOLATORIAS DE LA AUTODETERMINACION	BARRERAS DE ACCESIBILIDAD
<u>Son personas plausibles de ser abusadas,</u> (vulnerables)	<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA:</b> obstaculizaciones en el entorno de las PCD para que desarrollen un vínculo amoroso para que pueda desarrollar su sexualidad por temor a la manipulación de “terceros malintencionados”	<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA:</b> Aislamiento
Si logran una relación es por Interés	<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA:</b> Desconfianza en la autodeterminación de la PCD (porque piensan que es manipulada)	<b>VIOLENCIA INSTITUCIONAL</b> Burocratización innecesaria de tramites comunes de la vida diaria por parte de terceros
<u>No son capaces de procrear</u> o en caso que si lo hicieran, no pueden ejercer la crianza	Los mitos dos primeros mitos tienen en común una de las peores consecuencias: las Intervenciones de contracepción quirúrgicas (ligaduras de trompas) inconsultas.	<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA:</b> Carencia de información accesible para el consentimiento sobre prácticas médicas a desarrollarse sobre su cuerpo o engaño sobre la información suministrada
	<b>VIOLENCIA INSTITUCIONAL/ CONTRA LA LIBERTAD REPRODUCTIVA</b>	
	En ocasiones los profesionales de obstetricia requieren que la PCD asista a las consultas con un tercero, aun cuando resulta innecesario. <b>VIOLENCIA INSTITUCIONAL /CONTRA LA LIBERTAD REPRODUCTIVA</b>	<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA</b> Indiferencia por sortear barreras comunicacionales por parte del entorno de la PCD para explicar situaciones de la vida cotidiana que competen al menor.
	<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA Y VIOLENCIA DOMESTICA:</b> El entorno de las PCD toma decisiones por sobre sus hijos.	
	<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA:</b> Y por su parte el entorno del hijo refiere a otra persona distinta de su padre/madre con discapacidad presuponiendo que otro adulto responsable se encarga de la crianza y decisiones del menor.	<b>VIOLENCIA PSICOLOGICA</b> O por parte del entorno del menor para establecer una comunicación con el padre/madre con discapacidad
Designaciones de tutores para los menores	<b>VIOLENCIA INSTITUCIONAL</b>	



<u>MITOS</u>	<u>CONSECUENCIAS</u>	
	VIOLATORIAS DE LA AUTODETERMINACION	BARRERAS DE ACCESIBILIDAD
<b>Hipersexualizados:</b> tienen una sexualidad irrefrenable e incluso pueden ser abusadores.	<b>VIOLENCIA FÍSICA:</b> La aplicación compulsiva de medicación para controlar su “sexualidad irrefrenable” <sup>6</sup>	<b>VIOLENCIA FÍSICA:</b> Aislamiento Sedaciones

MITOS Y VULNERACIONES DE LAS PCD INSTITUCIONALIZADAS EN RELACION A SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

*“Las PCD institucionalizadas se encuentran mucho más expuestas a la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos ya que la situación de semi encierro facilita las condiciones para el abuso de poder. En las instituciones puede ocurrir que no se respeten los espacios de intimidad de las personas, ya sea porque no se les destina un espacio físico lo suficientemente aislado o simplemente porque no se respeta su privacidad aunque se disponga de los cuartos adecuados. Muchos asistentes ingresan las habitaciones sin solicitar permiso y también puede ocurrir que expongan innecesariamente los cuerpos de las personas institucionalizadas sin consulta previa. La información sobre cuestiones privadas de las PCD residentes en estos lugares suele circular sin su autorización o sin que sean ellas las que la divulguen. En muchas instituciones en las que viven PCD, las prácticas sexuales están prohibidas, más aún si se trata de mujeres. No solo no está previsto que se ejerza el derecho a la sexualidad, sino que, además, funcionan métodos de prohibición sutiles. En ocasiones no se informa sobre el alcance de un tratamiento anticonceptivo o se da por supuesto con tal firmeza lo que se les administrará que se condiciona la posibilidad de negarse de estas pacientes. Estas cuestiones ponen de manifiesto la necesidad de hacer mayores esfuerzos con relación a la formación y control respecto del accionar de los trabajadores y de las autoridades que manejan las instituciones, así como de mejorar los mecanismos de contralor de aquellas personas que ejercen el control o supervisión.”* Sexualidad sin Barreras INADI, (2015) pág. 51

<sup>6</sup> Ejemplo: “Es procedente la autorización judicial para efectuar la operación de ligadura de trompas como procedimiento de esterilización femenina, practicas por medico diplomado, cuando tiene por objeto evitar embarazos incontrolados de joven mujer que padece de demencia irreversible declarada judicialmente, con una patología que la impulsa a la actividad sexual por carecer de frenos inhibitorios de ninguna especie.”(CCiv.Com.Cont.Adm., Rio Cuarto, 17/05/1994, “LI.G.I”, LLC, 1995-825).

## 5. COMO SE RESPETAN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La deconstrucción de estos mitos es necesaria para garantizar sus derechos sexuales y reproductivos, en un marco de respeto sobre la **autodeterminación** que ellas poseen.

La autodeterminación nos permite actuar como agente causal primario en la propia vida, es decir hacer elecciones y tomar decisiones libremente sin interferencia o manipulación externa.

Este concepto no hay que confundirlo con el de **autonomía** que está más ligada a la independencia de otros y la capacidad para funcionar adecuadamente por sí mismo, y esto es lo que ocurre con las PCD que necesitan el apoyo necesario para ejercer distintas acciones.

Por ejemplo: una persona con discapacidad visual necesita ayuda para leer las instrucciones de un prospecto de un anticonceptivo si no es accesible en braille, (por qué no tiene la “autonomía” para hacerlo) pero la decisión de elegir consumir ese anticonceptivo conocidas las instrucciones del prospecto sus contraindicaciones etc. solo recae en cabeza de la PCD por que posee la autodeterminación para hacerlo.

Muchas veces les profesionales que interactúan con las PCD asocian la falta de autonomía con la autodeterminación y volviendo al ejemplo anterior solamente suministran el anticonceptivo sin considerar su **consentimiento**.

Los profesionales de la salud debemos tener presente que SIEMPRE necesitamos el consentimiento de los paciente incluso cuando le paciente posee discapacidad intelectual, puesto que en la mayoría son capaces de tomar decisiones sobre su salud incluso aunque no sean competentes para tomar decisiones de otro tipo.

La información debe ir dirigida esencialmente a él, y ajustarla a las condiciones del paciente. En el único caso en que podemos tomar la decisión responsable de no informar es si esta pueda ser perjudicial para su salud “de modo grave”, en cuyo caso tendremos la obligación de dejar constancia razonada de la decisión de no informar al paciente en la historia clínica y, además, comunicar esta decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares.

Es recomendable el **consentimiento escrito** en los siguientes casos:

- Intervenciones quirúrgicas
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.

- Aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que supongan riesgos e inconvenientes notorios previsible, no inherentes a la actuación clínica que repercutan de manera importante en la vida cotidiana.

El **consentimiento en el caso les niños y adolescentes con discapacidad** de acuerdo a nuestro nuevo ordenamiento:

- Todos los menores ejercen sus derechos a través de los representantes legales
- Con los menores de 13 años, se conserva la misma regla general que con los menores sin discapacidad.
- Le adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.
- Si se trata de tratamientos invasivos (cambio de identidad sexual, vasectomía, ligaduras de trompas, prótesis mamarias) que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, le adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores.
- A partir de los dieciséis años le adolescente es considerado como una adulta para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo. (Aun cuando le menor mayor de 16 años debidamente informado pueda prestar su consentimiento es recomendable informar a los adultos responsables, en casos de cirugía mayor o intervenciones de alto riesgo.)

Por las razones expuestas a partir de los 13 años, los representantes legales, si consideran que su hijo no esté en condiciones de prestar el consentimiento por no tener la capacidad de comprender la finalidad la naturaleza y los riesgos de la intervención o procedimiento, pueden interponer una acción legal: **el juicio de determinación de determinación de la capacidad**

El **consentimiento informado en caso de sentencia firme en juicio de determinación de la capacidad.**

Por medio de este juicio, el juez designa de el o los apoyos necesarios que prevé el artículo 43 del Código Civil, especificando las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de la persona.

El o los apoyos designados deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida.

Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interrelacionarse con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador.

Habiendo repasado distintas variables sobre el consentimiento según cuestiones de minoridad, restricción de capacidad, cuando debe ser por escrito, etc. Debemos considerar que previo a prestar dicho consentimiento como condición indispensable cual es la **información necesaria para prestar ese consentimiento**.

- La finalidad y naturaleza del procedimiento a realizar
- El tratamiento sus opciones y sus alternativas
- Las consecuencias relevantes.
- Los riesgos
- Las contraindicaciones.

A fin de orientar a los profesionales la forma en que se pueden comunicar esta información se sugiere recurrir al Anexo II sobre TÉCNICAS COMUNICACIONALES para EDUCAR EN SEXUALIDAD INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y BRINDAR INFORMACIÓN PARA FACILITAR EL CONSENTIMIENTO PARA UNA PRÁCTICA MÉDICA.

GARANTIZAR ESTOS DERECHOS DENTRO DE UN MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL INCLUSIVO ES TAREA DE TODA LA SOCIEDAD.

LAS LEYES ATINENTES A LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS<sup>1</sup> incluyen a las PCD por lo que se debe hacer RESPETAR lo allí contenido EN IGUALDAD DE CONDICIONES. (Se recomienda ver en el Anexo III las leyes en materia de derechos sexuales)

## 6. EL EJERCICIO DE ESTOS DERECHOS EN LOS TRIBUNALES

A pesar de la claridad del marco legal en muchas situaciones se ha puesto en duda la capacidad en la tomas de algunas decisiones, sobre todo en el caso de las mujeres con discapacidad mental llegando incluso a la justicia los casos relacionados con intervenciones de contracepción quirúrgica y adoptabilidad de menores hijos de mujeres con discapacidad, quien mayormente ha ratificado los derechos consagrados en la CPCD.

Cabe aclarar que La Ley 26.130, de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica, establece que:

...Toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía en los servicios del sistema de salud.

En tanto la Convención sobre los Derechos de las PCD:

Reconoce que las PCD intelectual y psicosocial gozan del derecho a ejercer su capacidad jurídica y a otorgar su consentimiento en igualdad de condiciones con las demás personas, especialmente cuando se trata de consentir un procedimiento médico que afecta su cuerpo, su vida, sus intereses y sus deseos.

Frente a ambas normas que tensan la relación entre la autonomía- y el consentimiento comienzan a aparecer fallos acordes a la Convención sobre los Derechos de las PCD

- **LOS CURADORES NO PUEDEN EFECTUAR UN PEDIDO DE CONTRA CONCEPCION QUIRURGICA POR SI SOLOS NI LOS JUECES PUEDEN RESTRINGIR SUS DERECHOS -“G. N. T. y C. A. E. s/ autorización”<sup>7</sup>**
- **SI NO SE HA ESCUCHADO A LA PCD SE ESTA VIOLANDO SU DERECHO A SER OIDO Y CONSECUENTEMENTE SU GARANTIA DEL DEBIDO PROCESO – SE DEBE RESPETAR AUTODETERMINACION EN EL PEDIDO DE LA PERSONA CON DISCAPCIDAD SOBRE SU CUERPO**

En autos **Expte 4449-2007 A.,V.A.S/ INSANIA Y CURATELA**<sup>8</sup>, fundamentando esta práctica en base a la ley 25673 de salud reproductiva y procreación responsable de la Argentina y que la CDPD reconoce el

<sup>7</sup> CNCIV – SALA J. Buenos Aires, Mayo 12 de 2011

<sup>8</sup> Sentencia del 26 de Mayo de 2015 de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Junín Expte. N°4449-2007 A., V.A. s/ Insania y Curatela

derecho de mantener “su fertilidad en igualdad de condiciones con las demás personas (esto debe ser leído como un expreso reconocimiento a que este colectivo ha sido históricamente víctima de la eugenesia)” otro de los fundamentos utilizados para la resolución del caso es la L. 26.130 que en su art 3 que habilita la practica quirúrgica a personas declaradas judicialmente incapaces mediante autorización judicial y la L. 26.657 de Salud Mental que asegura el pleno goce de los DDHH de las personas con padecimiento mental.

- **ABORTO NO PUNIBLE**

Las personas con discapacidad tienen acceso desde 1920 al aborto no punible establecido en el art 86 inc. 2 del C.P. y en tal sentido en el fallo “**Asociación por los derechos Civiles (ADC) y otros contra GCBA sobre Procesos Incidentales** se obligó al GCBA a brindar un sistema de apoyo y salvaguarda para las mujeres con discapacidad intelectual/psico-social que pretendan que se les practique un aborto en los términos previstos en el inc. 2 del art. 86 C.P.

- **SOLICITUD DE INTERVENCION DE CONTRACONCEPCION QUIRURGICA EN EL CASO DE UN MENOR AUTOS Nº 404/12 «M., S. O. Y A., E. S. P/ SU HIJA MENOR M.P.A. P/ MED. AUTOSATISFACTIVA»<sup>9</sup>**

- No debe equipararse le menor con discapacidad con la persona con discapacidad declarada judicialmente incapaz (no se aplica l. 26.130 que en su art 3 que habilita la practica quirúrgica a personas declaradas judicialmente incapaces mediante autorización judicial)
- Existe la obligatoriedad de información al padre y a la madre de la menor con discapacidad y a la menor sobre métodos anticonceptivos menos radicales.
- Que el padre y la madre no fueran informados incumple con el art 4 de la ley 16.130
- El padre y la madre en ejercicio de su patria Potestad deberán ejercer un control ginecológico adecuado sobre la menor y disponer a los efectores públicos sanitarios arbitrar las medidas correspondientes para efectivizar dicho control.
- En el mismo caso además se ha puntualizado que “de realizarse una intervención quirúrgica reversible la recanalización, no es solventada por el estado ni las Obras Sociales, por lo que se puede

---

<sup>9</sup> Autos Nº 404/12 «M., S. O. Y A., E. S. p/ su hija menor M.P.A. p/ med. autosatisfactiva»- Sentencia del 11/06/2013 de la Cámara de Apelaciones de Familia de Mendoza

decir que para los argentinos el método de ligadura tubaria o vasectomía es definitivo salvo que cuenten con altas sumas de dinero.<sup>10</sup>

- **SE DEBE PRESERVAR EL BINOMIO MADRE-HIJO, Y EL ESTADO SE VE OBLIGADO A TOMAR LAS MEDIDAS PERTINENTES PARA GARANTIZAR SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (ART 23 CDPCD, ART.10 PIDESC, OG N° 5 COMITÉ PIDESC ) EN “RECURSO DEDUCIDO POR CMI EN LOS AUTOS I.,J.M. S/PROTECCIÓN ESPECIAL”**

- El máximo Tribunal de la Nación ha resuelto revocar una sentencia en primera instancia que dispuso la adoptabilidad de un niño, hijo de una mujer con discapacidad.
  - Introduce el sistema de apoyos (contemplado en el nuevo Código Civil a partir de la CDPCD) la Ley 24.901 de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las personas con discapacidad y la Ley 26.480 de Asistente Domiciliario para personas con discapacidad cubren el apoyo necesario para ejercer la maternidades si alguna mujer lo requiriera.
- 

---

<sup>10</sup> Autos N° 404/12 «M., S. O. Y A., E. S. p/ su hija menor M.P.A. p/ med. autosatisfactiva»- Sentencia del 11/06/2013 de la Cámara de Apelaciones de Familia de Mendoza.

---

## **ANEXO I - GLOSARIO SOBRE VIOLENCIAS**

**FÍSICA:** violencia que se emplea contra el cuerpo produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.

**PSICOLÓGICA:** violencia que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación o aislamiento.

**SEXUAL:** violencia que a través de cualquier acción implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

**SIMBÓLICA:** violencia que, a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, que en el caso que nos ocupa se visibiliza en mensajes que intentan implementar el concepto de la asexualidad de las personas con discapacidad.

**VIOLENCIA DOMÉSTICA:** Aquella ejercida por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres.

Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;

**VIOLENCIA INSTITUCIONAL:** Aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las personas con discapacidad tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;

**VIOLENCIA CONTRA LA LIBERTAD REPRODUCTIVA:** Aquella que vulnere el derecho a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA:** Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y una tendencia a considerar patologías los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.



---

## **ANEXO II- TECNICAS COMUNICACIONALES PARA EDUCAR EN SEXUALIDAD INTEGRAL Y BRINDAR INFORMACION PARA BRINDAR EL CONSENTIMIENTO**

- Dirigirse directamente a la persona con discapacidad
- Si se presentan dificultades en la comunicación graves podemos emplear material gráfico: fotografías, dibujos.
- La mayoría de las personas con discapacidad intelectual desean hablar y expresarse ellas mismas: por lo cual se debe dar el tiempo para ello y ser pacientes.
- Si tenemos dudas sobre su comprensión debemos re preguntar para asegurar el entendimiento de lo explicado.
- Se recomienda usar un lenguaje sencillo accesible usando vocablos del lenguaje cotidiano
- Evitar tecnicismos y hablar demasiado.
- Tratar de pronunciar con claridad frases cortas y concisas
- Adaptar el lenguaje al nivel de la persona con discapacidad.
- Si estamos frente a una persona sorda podemos acompañar las explicaciones con material gráfico signos y señas para facilitar la comprensión, o solicitarle que sume a la comunicación a un interprete de confianza.
- Respetemos sus silencios, no tienen por qué significar una interrupción en la comunicación
- Hay que acomodar los ritmos conversacionales, dando opción al paciente a intervenir.
- No debemos abusar de preguntas que requieren respuestas cerradas de tipo si/no. Este tipo de preguntas no facilitan información y puede sentirse presionado en elegir por una u otra respuesta.
- Ejemplificar
- Utilizar lenguaje positivo
- Utilizar tiempos verbales en voz activa
- No hablar en modo condicional
- No utilizar lenguaje metafórico figurado o irónico, puesto que no es comprendido según la discapacidad intelectual que posea.
- Demos tiempo para que se exprese y se comunique
- Intentar atraer su atención antes de empezar a hablar
- Utilizar preguntas abiertas.
- Dar respuestas fáciles y comprensibles.
- Usar la repetición con medida para asegurar que el mensaje se ha comprendido.

---

### **ANEXO III - COMPENDIO DE LEYES EN MATERIA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

- Ley 25.673 que crea, en el año 2003, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ley de Parto Humanizado (Ley 25.929/ 2004).
- Ley de Educación Sexual Integral (Ley 26.150/ 2006).
- Ley de Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica (Ley 26.130/2006).
- Ley de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad (Ley 26.378/2008).
- La Ley de Asistente Domiciliario para personas con discapacidad (Ley 26.480/2009).
- Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley 26.485/ 2009).
- Ley Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley 26.529/ 2009).
- Ley de Matrimonio Igualitario. Modifica el Código Civil en lo que hace a matrimonio civil, incorporando el término de cónyuges (Ley 26.618/ 2010).
- Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657/ 2011).
- Ley Nacional de Identidad de Género (Ley 26.743/ 2012)
- Ley de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico Asistenciales de Reproducción Médicamente Asistida (Ley 26.862/ 2013).
- Ley de Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública (Ley 26.873/ 2013).

**DRA. ALDANA RIQUELME**  
**INVESTIGACIÓN Y COMPILACIÓN.**  
**ANDIS**