

**EL DERECHO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:
20 PREGUNTAS FUNDAMENTALES SOBRE LAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DEL ESTADO ARGENTINO**

El derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva: 20 preguntas fundamentales sobre las políticas públicas del Estado argentino, Buenos Aires, noviembre 2017.

Investigación y redacción: Sofía Minieri

Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-Sin Derivadas 3.0 Unported. Para ver una copia de esta licencia, visita <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

La elaboración de este documento fue posible gracias al apoyo de la David W. Leebron Human Rights Fellowship, otorgada a la autora por la Escuela de Derecho de la Universidad de Columbia. Las opiniones expresadas en este documento reflejan la opinión de la autora. Este documento no expresa la opinión institucional de la Universidad de Columbia ni de su Escuela de Derecho.

Se ha procurado evitar el lenguaje sexista. Sin embargo, a fin de facilitar la lectura, no se incluyen recursos como la @ y se trató de limitar el uso de barras “as/os”.

Si usted desea comunicarse con nosotros, puede escribirnos a info@redi.org o arosofiaminieri@gmail.com.



**REDI - Red por los Derechos de las
Personas con Discapacidad**
Asociación Civil - I.G.J.N° 000776

ACERCA DE ESTA PUBLICACIÓN	3
PRINCIPALES HALLAZGOS	4
ESTADO DE SITUACIÓN	5
1. El Estado ¿cuenta con información sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad que viven en Argentina?	5
POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y ACCIONES	8
2. ¿Existe una política, programa o estrategia nacional de salud sexual y reproductiva? .	8
3. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ¿es inclusivo de las personas con discapacidad?.....	10
4. ¿Existe una política, programa o estrategia orientada específicamente a garantizar el derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva?.....	13
5. Aunque no exista una política, programa o estrategia específica para esta población, ¿se han diseñado e implementado acciones para garantizar el derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva?	14
6. El Ministerio de Salud ¿ha elaborado lineamientos o directrices para garantizar que los equipos de salud respeten los derechos de las personas con discapacidad al momento de proporcionarles información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva?	23
7. ¿Existe una política sistemática de capacitación a equipos de salud sobre el derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva?	25
8. ¿Existen mecanismos que permitan a las personas con discapacidad denunciar y acceder a recursos y reparaciones efectivas frente a violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos por parte de los equipos de salud?	26
9. El Ministerio de Salud ¿ha producido insumos audiovisuales para informar a las personas con discapacidad sobre sus derechos sexuales y reproductivos?	28
10. El Estado ¿cuenta con un presupuesto adecuado para promover el derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva?	30

INFORMACIÓN, BIENES Y SERVICIOS EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	31
DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN, BIENES Y SERVICIOS ACCESIBLES EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	31
11. ¿Cuántos centros de salud proporcionan información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva?	31
12. Del total de centros de salud que proporcionan información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, ¿cuántos son accesibles para las personas con discapacidad?	32
13. ¿Cuáles son los métodos y prácticas anticonceptivas disponibles en los centros de salud?	32
14. En la práctica, ¿cuántos métodos anticonceptivos fueron distribuidos en el período 2012-2016?	34
OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	36
15. De acuerdo al marco normativo vigente, ¿cuáles son las obligaciones de los equipos de salud al momento de proporcionar información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva?	36
16. Los equipos de salud ¿pueden exigir que las personas, con o sin discapacidad, estén acompañadas por un tercero al momento de acceder a información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva?	37
CONSENTIMIENTO INFORMADO	38
17. ¿Qué normas regulan el derecho de las personas con discapacidad a brindar su consentimiento informado para acceder a información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva?	38
18. ¿Qué requisitos debe cumplir el consentimiento para que sea válido?	38
19. Los requisitos enumerados en la respuesta a la pregunta 18 ¿también rigen el consentimiento informado para acceder a prácticas de anticoncepción quirúrgica?	43
20. Los requisitos enumerados en la respuesta a la pregunta 18 ¿también rigen el consentimiento informado para acceder a la interrupción legal del embarazo?	46
RECOMENDACIONES AL ESTADO	52

ACERCA DE ESTA PUBLICACIÓN

Las páginas que siguen analizan las políticas, estrategias y acciones implementadas por el Estado argentino en relación al derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva. El análisis hace especial hincapié en la situación de las mujeres y niñas con discapacidad y está estructurado a partir de 20 preguntas que abarcan los componentes fundamentales de la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar su derecho a la salud sexual y reproductiva.

La mayor parte de la información presentada en este informe fue proporcionada por las autoridades del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en respuesta a tres pedidos de acceso a la información pública enviados por la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia y la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad, en febrero de 2017. También fue de vital importancia la reunión que mantuvimos con autoridades del programa, a quienes agradecemos por su buena predisposición y disponibilidad para el intercambio de información. La información proporcionada por el Estado fue complementada con datos obtenidos a través de otras fuentes de acceso público.

A través de este documento, aspiramos a informar las acciones de los agentes del Estado y la agenda de incidencia de las organizaciones de la sociedad civil y los activistas comprometidos con el derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva. En particular, buscamos fomentar un debate participativo e informado entre estos actores sobre cómo abordar los desafíos pendientes que impiden que las personas con discapacidad en general, y las mujeres y niñas con discapacidad en particular, puedan ejercer plenamente este derecho.

AVANCES REGISTRADOS

El Estado argentino

- reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a la salud sexual y reproductiva y las incluye entre la población beneficiaria del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;
- ha producido algunos insumos audiovisuales para informar a las personas con discapacidad sobre sus derechos sexuales y reproductivos;
- aprobó la Resolución 65/2015, norma que avanza en el reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad a contar con servicios de salud sexual y reproductiva que sean accesibles, aceptables y de calidad;
- reconoce el derecho de las personas con discapacidad a contar con sistemas de apoyo para el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva y, en particular, para brindar su consentimiento informado.

DESAFÍOS PENDIENTES

El Estado argentino

- no cuenta con información y datos estadísticos sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad que viven en Argentina;
- no ha desarrollado una política de salud sexual y reproductiva que sea plenamente inclusiva de las personas con discapacidad;
- ha implementado un número limitado de acciones para promover el derecho de las mujeres con discapacidad a la salud sexual y reproductiva, pero esas acciones no han generado resultados sustantivos ni han tenido continuidad en el tiempo;
- no garantiza la participación efectiva de las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan en todos los aspectos del diseño, la ejecución y la supervisión de las estrategias y acciones en materia de salud sexual y reproductiva;
- no ha diseñado ni implementado acciones para garantizar el derecho de las mujeres con discapacidad institucionalizadas a la salud sexual y reproductiva;
- no proporciona información que permita determinar si cuenta con un presupuesto adecuado para promover la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad;
- no cuenta con una política sistemática de capacitación a equipos de salud sobre el derecho de las mujeres con discapacidad a la salud sexual y reproductiva;
- cuenta con un marco normativo que no es plenamente respetuoso del derecho de las mujeres con discapacidad a dar su consentimiento informado para las prácticas de anticoncepción quirúrgica e interrupción legal del embarazo, en igualdad de condiciones con el resto de las personas.

1. El Estado ¿cuenta con información sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad que viven en Argentina?

No. El Estado argentino no cuenta con información y estadísticas sobre la salud sexual y reproductiva (SSyR) de las personas con discapacidad (PcD) que viven en Argentina.¹ Tampoco existen evidencias de que el Estado haya procurado producir información cuantitativa y cualitativa en la materia, en forma sistemática y de conformidad con las obligaciones impuestas por el derecho internacional de los derechos humanos.² Además, aunque, en los últimos años, el Estado ha producido información y algunas estadísticas sobre la situación de la SSyR de la población en general, estos datos no están desagregados por situación de discapacidad.³ En consecuencia, el Estado no cuenta con la información que necesita para avanzar en la implementación de políticas, estrategias y acciones para garantizar el derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva.

Resulta particularmente preocupante que el Estado no haya incorporado el enfoque de la discapacidad en el diseño e implementación de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 (ENSSyR 2013). Esta encuesta, realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos y las direcciones de estadística de las provincias y la Ciudad de Buenos Aires, tuvo como población objetivo a “los varones de 14 a 59 años y las mujeres de 14 a 49 años en centros urbanos de 2.000 o más habitantes.”⁴

La encuesta tuvo 10 objetivos específicos:

- “identificar el grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos;
- indagar sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, la edad en que se utilizan dichos métodos por primera vez y el uso actual de los mismos;
- describir los motivos por los cuales no se utilizan métodos anticonceptivos en distintos momentos de la vida de la población;
- identificar las prácticas preventivas en torno a la salud sexual y reproductiva desarrolladas por las mujeres y los varones;
- caracterizar la historia de la fecundidad de las mujeres;
- describir los cuidados y controles durante el embarazo del último hijo nacido vivo;

¹ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública realizado por la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia. Expediente IF-2017-02197956-APN-DD#MS.

² La única información en la materia de la que dispone el Estado fue relevada a través del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2010). Esta información, que es escasa y no se encuentra actualizada, está disponible en el capítulo 9 del insumo Instituto Nacional de Estadística y Censos, *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Serie C. Población con dificultad o limitación permanente*, primera edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2014. Ese capítulo analiza “la situación de las mujeres con dificultad o limitación permanente que son madres y la estructura de fecundidad de esa población”. *Ídem*, p. 77.

³ *Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad*, Catalina Denandras-Aguilar, A/71/314, 9 de agosto de 2016, parág. 72.

⁴ Instituto Nacional de Estadística y Censos, *Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. Presentación de resultados*, disponible en http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssyr_2013.pdf, página 1.

- indagar sobre la cantidad de hijos vivos y por el deseo de tener otro hijo;
- indagar sobre los comportamientos de las mujeres respecto a la lactancia;
- conocer las prácticas preventivas en torno a las enfermedades de transmisión sexual;
- caracterizar la situación demográfica y laboral de los varones y mujeres.⁵

De acuerdo a lo informado por el Estado, la encuesta

“no incluía preguntas sobre discapacidad, ni incluía la posibilidad de identificar a personas con discapacidad, excepto en el caso que por su discapacidad no pudiera responder las preguntas; el operativo de recolección de datos no incluyó estrategias de aplicación del cuestionario para esos casos.”⁶

El Estado debe subsanar estas omisiones en las iniciativas que implemente a futuro para relevar información sobre la salud sexual y reproductiva de la población. Las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan tienen derecho a participar en *todas* las etapas de desarrollo de estas iniciativas.⁷

OBSERVACIONES FINALES DE LOS ÓRGANOS DE TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE ESTADÍSTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La omisión del Estado de producir información y estadísticas sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, y en particular de las mujeres con discapacidad, desconoce las recomendaciones realizadas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CDPD) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) en 2012 y 2016, respectivamente.

Observaciones finales del Comité CDPD al primer informe presentado por Argentina (2012)

“Recopilación de datos y estadísticas (artículo 31)

49. El Comité... subraya la importancia de disponer de datos actualizados que permitan conocer con precisión la situación de sectores específicos de personas con discapacidad que puedan estar sujetas a múltiples formas de exclusión, en particular, las *mujeres*, la infancia, las personas institucionalizadas, aquéllas que han sido privadas de su capacidad jurídica o pertenecientes a pueblos indígenas.

50. El Comité recomienda al Estado parte a que *sistematice la recopilación, el análisis y la difusión de datos estadísticos* tomando en consideración la situación de sectores específicos de personas con discapacidad que puedan estar sujetas a múltiples formas de exclusión. El Comité insta al Estado parte a que incremente las medidas de fomento de la capacidad a ese respecto y elabore indicadores que tengan en cuenta las cuestiones de múltiple discriminación e interseccionalidad en las personas con discapacidad, tomando en consideración el paso del modelo médico de la discapacidad al de derechos humanos.⁸

⁵Ídem.

⁶ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

⁷ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3. Artículo 6: Mujeres con discapacidad*, CRPD/C/GC/3, 2 de septiembre de 2016, parág. 63, inciso d)

⁸ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Argentina*, 19 de octubre de 2012, CRPD/C/ARG/CO/1, parág. 49 y 50. Énfasis agregado.

Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer al séptimo informe periódico presentado por Argentina (2016)

“Recopilación y análisis de datos

48. El Comité observa con preocupación la *insuficiencia de información y datos actualizados y desglosados* sobre la situación de las mujeres que se enfrentan a formas entrecruzadas de discriminación... por su condición de personas... con discapacidad.

49. El Comité recomienda que el Estado parte *reúna datos estadísticos* desglosados por sexo, edad, origen étnico, y *condición de personas... con discapacidad...*, en todos los ámbitos de la Convención, en particular la educación, el empleo y la *salud*, y en las esferas pública y privada. El Estado parte debería utilizar esos datos para determinar los ámbitos en que existe discriminación y como referencia para elaborar sus políticas.”⁹

⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de la Argentina*, 25 de noviembre de 2016, CEDAW/C/ARG/CO/7, parág. 48 y 49. Énfasis agregado.

2. ¿Existe una política, programa o estrategia nacional de salud sexual y reproductiva?

Sí, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). El PNSSyPR fue creado por la Ley 25.673, sancionada en 2002. La ley fue reglamentada en 2003, a través del Decreto 1.282/03 del Poder Ejecutivo nacional.

El Ministerio de Salud de la Nación es el organismo encargado de la implementación del PNSSyPR.¹⁰ El Ministerio tiene, además, el deber de suscribir convenios para que las jurisdicciones locales adhieran al PNSSyPR y lo implementen en su territorio¹¹. De hecho, el Decreto 1.282 establece que “los Programas Provinciales que adhieran al Programa Nacional... serán los *principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción*.”¹²

La Ley 25.673 definió los objetivos generales del programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.”¹³

En base a estos objetivos generales, a lo largo del tiempo, las autoridades del programa definieron objetivos específicos:

2010→ Se inició una etapa de consolidación del PNSSyPR “basada en una mayor fortaleza en la capacidad de gestión a nivel territorial garantizando la provisión de insumos anticonceptivos, fortaleciendo a los programas provinciales y generando

¹⁰ Ley 25673, artículo 11, inciso a).

¹¹ *Ídem*, artículo 11, inciso b).

¹² Decreto 1282/03, artículo 2. Énfasis agregado.

Las siguientes jurisdicciones han adherido a la Ley 25.673 y/o cuentan con programas de salud sexual y procreación responsable: Buenos Aires, Ley 13.066; Catamarca, Ley 5399; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley 418 de 2000; Córdoba, Ley 9.099 de adhesión a la Ley nacional 25.673; Corrientes, Ley 5.146 y Ley 5.527 de adhesión a la Ley nacional 25.673; Chaco, Ley 4.276; Chubut, Ley 4.545; Jujuy, Ley 5.133; Entre Ríos, Ley 9.501; La Pampa, Ley 1.363; La Rioja, Ley 7.425 de adhesión a la Ley nacional 25.673; Mendoza, Ley 6.433; Misiones, Decreto 92/98; Neuquén, Ley 2.222; Río Negro, Ley No 3.059 y Ley 3.157; Salta, Ley 7.311 y Ley 6.660; San Luis, Ley No. III - 0069 – 2004 de adhesión a la Ley nacional 25.673; Santa Cruz, Ley No. 2.656 de adhesión a la Ley nacional 25.673; Santa Fe, Ley 11.888; Santiago de Estero, Ley 6.759 de adhesión a la Ley nacional 25.673; Tierra del Fuego, Ley 509. No se han encontrado datos que permitan afirmar que las provincias de Formosa, San Juan y Tucumán han adherido a la Ley 25.673 y/o adoptado programas de salud sexual y procreación responsable.

¹³ Ley 25673, artículo 2.

acciones que permitan brindar servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad.”¹⁴

2013-2015→ Las acciones del programa estuvieron orientadas a “[garantizar] el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad; disminuir la morbimortalidad materna por aborto; [y] promover la salud sexual y la salud reproductiva de la población objetivo del programa.”¹⁵

2016-2017→ En la actualidad, el PNSSyPR tiene los siguientes objetivos específicos: “[disminuir] el embarazo no planificado, aumentar el acceso a métodos anticonceptivos gratuitos, [y el] acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva.”¹⁶

OTRAS NORMAS RELEVANTES EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- **LEY 25.543**(2002)- Establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada.
- **LEY 25.929** (2004) - Protección del embarazo y del recién nacido (también conocida como Ley de Parto Humanizado)- Reglamentada por el **Decreto 2.035/2015**.
- **LEY 26.130** (2006) - Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica.
- **LEY 26.150**(2006) – Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
- **LEY 26.485**(2009) - Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Reglamentada por el **Decreto 1.011/2010**.
La ley establece que la violencia sexual es un *tipo* de violencia contra las mujeres. La violencia contra la libertad reproductiva y la violencia obstétrica son *modalidades* de violencia contra las mujeres.¹⁷ El PNSSyPR tiene competencia para el desarrollo de políticas sobre estos tipos/modalidades de violencia.¹⁸

¹⁴ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Informe de Gestión Anual 2013*, sin fecha de publicación, disponible en <http://bit.ly/2pY3SXQ>, pág. 3.

¹⁵ *Ídem*.

¹⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Lista de cuestiones y preguntas relativa al séptimo informe periódico de la Argentina, Adición: Respuestas de la Argentina, Anexo I (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable)*, CEDAW/C/ARG/Q/7/Add.1, 18 de julio de 2016, disponible en <http://bit.ly/2qEW4GI>, punto I.

¹⁷ Ley 26485, artículo 6, incisos d) y e).

Entre otros puntos, la ley obliga al Ministerio de Salud de la Nación a “[incorporar] la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral de la mujer; [diseñar] protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista; [y alentar] la formación continua del personal médico sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género.” *Ídem*, artículo 11, inciso 4.

¹⁸ Centro de Estudios Legales y Sociales, *Políticas públicas de salud sexual y reproductiva: análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut*, primera edición, Buenos Aires, 2016, p. 31.

- **LEY 26.743**(2012) – Ley de identidad de género
El artículo 11 reconoce que, en ejercicio de su derecho a la salud integral, las personas tienen derecho a “acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.”
El **DECRETO 903/2015**reglamenta este artículo y establece que el Ministerio de Salud, a través del PNSSyPR, deberá “[realizar] campañas de información a fin de promover la salud integral, intervenciones y/o tratamientos disponibles.”¹⁹
- **LEY 26.862**(2013) - Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.
- **RESOLUCIÓN 65/2015 DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN**(2015) – Marco interpretativo del Código Civil y Comercial en relación a los Derechos Sexuales y los Derechos y Reproductivos.

3. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ¿es inclusivo de las personas con discapacidad?

Sólo parcialmente. Aunque sus autoridades reconocen formalmente que las personas con discapacidad tienen derechos sexuales y derechos reproductivos e integran la población beneficiaria del programa, el PNSSyPR no es plenamente inclusivo de las personas con discapacidad, tal como lo exige el derecho internacional de los derechos humanos.²⁰

La Ley 25.673 enfatiza que el programa “está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.”²¹ En términos más precisos, de acuerdo a lo informado por el Estado, el PNSSyPR:

“procura que toda la población pueda ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos sin discriminación por su género, clase, etnia, diversidad corporal y sexual, lo que incluye a las personas con discapacidad.

Las acciones del PNSSYPR están guiadas por los principios de autonomía personal, de diversidad e integralidad de la salud. Por lo que se promueve la toma de decisiones consciente, autónoma e informada de todas las personas sin importar su edad, origen, orientación sexual, corporalidad, tenga o no discapacidad, etc.”²²

De esta manera, el programa parece adoptar, al menos formalmente, “un enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos, donde las personas con discapacidad [son] consideradas titulares de derechos y no meras receptoras de protección, rehabilitación y bienestar.”²³

Sin embargo, el PNSSyPR no incorporó este enfoque desde el momento mismo de su diseño e implementación.²⁴ Este enfoque fue incorporado a través de “añadidos,

¹⁹ Poder Ejecutivo Nacional, Decreto 903/2015, Anexo I, inciso 3 c).

²⁰Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas-Aguilar, *supra* nota 3, parág. 5 y ss.

²¹ Ley 25673, artículo 3.

²² Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

²³Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas-Aguilar, *supra* nota 3, parág. 11.

²⁴ *Ídem*, parág. 21.

adaptaciones o ajustes a posteriori,²⁵ durante la etapa de consolidación del PNSSyPR que se inició en 2010, siete años después de su creación y dos años después de que Argentina ratificara la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). De acuerdo a documentos oficiales, durante esa etapa, se incorporaron “líneas estratégicas de acción destinadas al colectivo de la diversidad sexual [y] la población con discapacidad.”²⁶

En los hechos, esta incorporación sólo se tradujo en un número limitado de acciones aisladas que no han generado resultados sustantivos en términos del reconocimiento *efectivo* de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad y, en particular, de su derecho a la salud sexual y reproductiva. De esta manera, es posible afirmar que, aunque el Estado adoptó algunas “medidas concretas para abordar las necesidades específicas de las mujeres y jóvenes con discapacidad”²⁷ (ver *Pregunta 5*), el enfoque de la discapacidad no fue incorporado en forma sustantiva, sistemática y transversal en todas las acciones del PNSSyPR. Así lo evidencia el hecho de que, al tiempo que desarrollaba mesas de trabajo para planificar acciones orientadas a promover los derechos de las personas con discapacidad, el programa omitía incorporar la perspectiva de discapacidad en otras acciones significativas, tales como la ENSSyR 2013 (ver *Pregunta 1 y Pregunta 5*).

El PNSSyPR tampoco puede ser considerado plenamente inclusivo de las personas con discapacidad porque no existe una estrategia orientada a garantizar el derecho de las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan a participar en todos los aspectos del diseño, la ejecución y la supervisión de todas las estrategias y acciones implementadas por sus autoridades.²⁸ En relación a este punto, el Estado informa que “todas las acciones llevadas adelante por el PNSSyPR incluyeron instancias de consulta, trabajo y articulación con diversas personas con o sin discapacidad que trabajan en organizaciones que las representan u organismo de vínculo directo.”²⁹ En particular, el programa realizó “consultas a personas y organizaciones que trabajan con y desde la perspectiva de las PcD”³⁰ para la producción de materiales de difusión de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad (ver *Pregunta 9*).

Sin embargo, el Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable,³¹ creado en 2007, “no está conformado por [personas con discapacidad] ni integrantes de organizaciones que las representen.”³² El Consejo Asesor nuclea a la Unidad de Coordinación del programa y a “personas y entidades de destacada trayectoria en los ámbitos profesionales sanitarios y/o representativos de los usuarios del sistema.”³³ De

²⁵ *Ídem*.

²⁶ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Informe de Gestión Anual 2013*, *supra* nota 14.

²⁷ *Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad*, Catalina Devandas-Aguilar, *supra* nota 3, parág. 59.

²⁸ *Ídem*, parág. 63 y siguientes. Ver también Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 7, parág. 63 inciso c).

²⁹ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

³⁰ *Ídem*.

³¹ Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 1/2007*, 19 de enero de 2007, artículo 1.

³² Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

³³ Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 1/2007*, *supra* nota 31, considerandos.

acuerdo a la resolución que lo crea, debe reunirse mensualmente para tratar una agenda de temas prioritarios definidos por la coordinación del programa.³⁴

El hecho de que las personas con discapacidad no estén incluidas en este canal de participación de la sociedad civil en el PNSSyPR desconoce que el Estado argentino “debe promover la participación de las organizaciones que representan a las mujeres con discapacidad más allá de los órganos y mecanismos consultivos que se enfocan específicamente en temas de discapacidad.”³⁵

UNA POLÍTICA DE SSyR ES INCLUSIVA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SI:	EL PNSSyPR ¿CUMPLE CON ESTAS CONDICIONES?
Reconoce a las PcD como titulares del derecho a la SSyR ³⁶	Parcialmente. Tanto el marco normativo que lo rige como las autoridades del programa reconocen <i>formalmente</i> que las PcD tienen derecho a la SSyR. Sin embargo, el programa no ha realizado avances significativos en el reconocimiento <i>efectivo</i> de este derecho.
Incorpora el enfoque de la discapacidad desde su creación	Parcialmente. El programa incorporó una línea estratégica en materia de discapacidad en 2010, 7 años después de su creación y 2 años después de la ratificación de la CDPD. La incorporación de esta línea estratégica sólo se tradujo en un número limitado de acciones que no tuvieron continuidad en el tiempo.
Combina las perspectivas de género y discapacidad y, en consecuencia, comprende “medidas concretas para abordar las necesidades específicas de las mujeres y jóvenes con discapacidad” ³⁷	Parcialmente. Se han adoptado acciones para abordar las necesidades específicas de las mujeres y jóvenes con discapacidad. No obstante, estas acciones sólo estuvieron focalizadas en la realización de mesas de trabajo y la producción de materiales de difusión.

³⁴Ídem, artículo 2.

³⁵Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 7, parág. 23.

³⁶*Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad*, Catalina Devandas-Aguilar, *supra* nota 3, parágs. 11.

³⁷Ídem, parág. 59.

Las PcD y las organizaciones que las representan participan activamente en su diseño, implementación, supervisión y evaluación³⁸

Parcialmente.
El Consejo Asesor del Programa no está conformado por PcD u organizaciones de personas con discapacidad.

Tabla 1

4. ¿Existe una política, programa o estrategia orientada específicamente a garantizar el derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva?

No.

Además de incorporar los derechos e intereses de las personas con discapacidad- y de las mujeres con discapacidad en particular- “en *todos* los planes de acción, estrategias y políticas nacionales”³⁹ relativas a la salud sexual y reproductiva, el Estado debe desarrollar políticas y marcos específicos orientados a garantizar que puedan acceder a los servicios que necesiten como consecuencia de su discapacidad.⁴⁰ Sin embargo, de acuerdo a la información proporcionada por el Estado, “el PNSSyPR no desarrolla una estrategia orientada específicamente a las personas con discapacidad.”⁴¹

EL COMITÉ CDPD Y LA OMISIÓN DEL ESTADO DE IMPLEMENTAR POLÍTICAS, PROGRAMAS O ESTRATEGIAS ORIENTADAS ESPECÍFICAMENTE A GARANTIZAR EL DERECHO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En 2012, el Comité CDPD señaló:

“13. El Comité observa con preocupación la precariedad de medidas que han sido adoptadas por el Estado parte para hacer frente a las necesidades específicas de las mujeres y niñas con discapacidad, y lamenta la falta de una protección adecuada de sus derechos.... Le preocupa, en particular, la *ausencia de una estrategia de transversalización del enfoque de género y discapacidad*, en la legislación y en los programas específicos para las mujeres; entre otros, en lo que respecta a violencia, acceso a la justicia, *derechos sexuales y reproductivos* y acceso al mercado laboral.

14. El Comité insta al Estado parte a adoptar una *estrategia específica dirigida a las mujeres y las niñas con discapacidad* que garantice la plena protección y goce de sus derechos, contando con su *participación efectiva en los procesos de toma de decisiones*. El Comité recomienda además al Estado la *inclusión de la perspectiva de discapacidad en todas las políticas y programas de igualdad de género*, garantizando la plena participación efectiva de las mujeres con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás mujeres.”⁴²

³⁸ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 2, quinto párrafo. *Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas-Aguilar, supra* nota 3, parág. 63 y siguientes. Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3, supra* nota 7, parág. 63 inciso c).

³⁹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3, supra* nota 7, parág. 27. Énfasis agregado.

⁴⁰ ACNUDH, *Igualdad y no discriminación de acuerdo con el artículo 5 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [Igualdad y no discriminación]*, A/HRC/34/26, 9 de diciembre de 2016, parág. 15.

⁴¹ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

⁴² Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Argentina, supra* nota 8, parágs. 13 y 14. Énfasis agregado.

5. Aunque no exista una política, programa o estrategia específica para esta población, ¿se han diseñado e implementado acciones para garantizar el derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva?

Sí. De acuerdo a lo informado por el Estado, desde 2011, el PNSSyPR

“sostiene una serie de acciones en pos de visibilizar los derechos sexuales y reproductivos de las [personas con discapacidad] y sensibilizar a los equipos de salud y a los gestores provinciales... [sobre] la existencia de barreras de acceso específicas a la atención en salud sexual y salud reproductiva de las PcD.”⁴³

Como ya se señaló, estas acciones responden a una serie de “líneas estratégicas de acción” que se incorporaron a partir de 2010. Se ha señalado que estas líneas estratégicas “no tuvieron el mismo nivel de desarrollo dentro de la política pública general.”⁴⁴ Por el contrario, “tuvieron una presencia menor [en la agenda del PNSSyPR], centrada en la elaboración de material de difusión y en su impresión o en la elaboración de un taller.”⁴⁵ La información que sigue parece confirmar este análisis.

Año 2012

El PNSSyPR participó en la *Mesa Intersectorial de Discapacidad y Sexualidad*,⁴⁶ tal como lo venía haciendo desde 2011. De acuerdo a información proporcionada por el Estado, la Mesa fue creada por iniciativa del Programa de Educación Sexual Integral del Ministerio de Educación e incluyó a representantes de la Modalidad de Educación Especial de ese Ministerio, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), la Red por los derechos de las personas con Discapacidad (REDI), la Unidad para personas con discapacidad y grupos vulnerables del Ministerio de Trabajo de la Nación y el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.⁴⁷

Esta Mesa “buscaba revisar y adaptar los materiales del programa [de Educación Sexual Integral] para incorporar y hacerlos accesibles a las personas con discapacidad. Sin embargo, los temas y las propuestas de trabajo se ampliaron.”⁴⁸ La Mesa también se abocó a debatir “propuestas para desarrollar políticas”⁴⁹ y a la “[revisión] y adaptación de materiales... sobre temas vinculados y contacto con experta/o, realización de un material propio de la mesa y participación de actividades.”⁵⁰

En 2012, también se creó la página de Facebook “Salud responde”. Este espacio “abrió la posibilidad de hacer consultas por escrito a los consultores y consultoras de la [Línea 0800 Salud Sexual] y recibir respuestas escritas sobre salud sexual y reproductiva.”⁵¹ De esta

⁴³ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

⁴⁴ Centro de Estudios Legales y Sociales, *supra* nota 18, p. 25.

⁴⁵ *Ídem*.

⁴⁶ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Boletín bimensual de salud sexual y reproductiva*, año 2, número 10, noviembre-diciembre de 2011, disponible en <http://bit.ly/2s9qdlj>, pág. 9.

⁴⁷ *Ídem*.

⁴⁸ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

⁴⁹ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Respuestas del Gobierno de la Argentina a la lista de cuestiones (CRPD/C/ARG/Q/1) que deben abordarse al examinar el informe inicial de la Argentina (CRPD/C/ARG/1)*, *supra* nota 20, parág. 203.

⁵⁰ *Ídem*, 204.

⁵¹ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

manera, se procuró “garantizar la accesibilidad al espacio de consulta de la línea 0800 por parte de las personas sordas o hipoacúsicas.”⁵²

El Estado también informa que:

“en 2012 se comenzó incipientemente a ampliar la línea de trabajo sobre discapacidad a las y los encargados de los programas provinciales de salud sexual y reproductiva. En primera instancia se realizó el envío por correo electrónico de una serie de documentos sobre discapacidad, salud sexual y derechos sexuales y reproductivos. Por otro lado, se envió a cada referente una serie de consultas específicas sobre la atención a las personas con discapacidad en los servicios y espacios de salud sexual y reproductiva en todos los efectores del país. Una primera aproximación de las respuestas recibidas indica la necesidad de profundizar el trabajo y la visibilidad de las necesidades específicas para garantizar una atención de calidad.”⁵³

Estas acciones parecen haber estado motivadas por el interés de las autoridades del programa en avanzar en el

“[relevamiento] entre los programas provinciales de SSyR sobre los obstáculos y/o dificultades en los servicios de SSyR en la atención de personas con discapacidad; [y la producción de] información respecto de cantidad de centros de salud que poseen equipamiento accesible para estudios ginecológicos para mujeres con discapacidad motora.”⁵⁴

La información disponible indica que el Estado planeaba incorporar la información recopilada en el informe de gestión anual 2012 del PNSSyPR. Aunque este informe fue elaborado,⁵⁵ no está disponible.

Año 2013

En 2013, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS) organizaron una *Mesa de trabajo interinstitucional sobre salud sexual inclusiva y prevención de VIH e infecciones de transmisión sexual*. Representantes del PNSSyPR participaron de esta iniciativa, junto a integrantes de “ONUSIDA, la Dirección Nacional de Sida y ETS, el Servicio Nacional de Rehabilitación y los Programas de Educación Especial y de Educación Sexual Integral del Ministerio de Educación de la Nación en articulación con diferentes organizaciones de la sociedad civil.”⁵⁶ Se desconoce la relación que existió entre esta mesa de trabajo y la *Mesa Intersectorial de Discapacidad y Sexualidad* mencionada más arriba.

De acuerdo a una gacetilla de prensa elaborada por la OPS/OMS y difundida en mayo de 2013,

“los participantes de la mesa de trabajo acordaron que los insumos y materiales de difusión del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y de la Dirección de Sida puedan ser distribuidos en espacios de circulación de personas con discapacidad... Los asistentes también discutieron la necesidad de desarrollar materiales específicos de prevención para las personas con diferentes tipos de discapacidades (con disminución visual, auditiva, discapacidad mental o motora)... Los asistentes al encuentro también acordaron realizar [ese] año una jornada sobre salud sexual y prevención de VIH/ITS

⁵²Ídem.

⁵³Ídem.

⁵⁴ Información disponible en <http://slideplayer.es/slide/1621613/>

⁵⁵ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Informe de Gestión Anual 2013*, *supra* nota 14, pág. 46.

⁵⁶ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

inclusiva y convocar a una segunda reunión de la mesa de trabajo para avanzar en su organización.”⁵⁷

Como ya se indicó, se observa que las acciones estuvieron orientadas casi exclusivamente a la planificación de la producción de materiales de difusión y la realización de talleres. La jornada a la que hace referencia la gacetilla se denominó “Taller de ‘Salud sexual inclusiva y prevención de Sida y ETS’: Hacia la construcción de una agenda de trabajo articulado” y fue organizada por la CONADIS, distintas entidades dependientes del Ministerio de Salud de la Nación, tales como el PNSSyPR y el Servicio Nacional de Rehabilitación; la OPS/OMS y organizaciones de la sociedad civil.

De acuerdo a un informe de gestión elaborado por el PNSSyPR, “[los] objetivos del encuentro se centraron en la reflexión colectiva para derribar mitos y falsas creencias relacionados con la sexualidad humana y el VIH/Sida, así como respecto de los dispositivos necesarios para la inclusión de la población con discapacidad en los programas de salud sexual y prevención del VIH/Sida. La construcción de un espacio colectivo que facilite el intercambio entre los diferentes actores, fue otro objetivo propuesto.”⁵⁸

Aunque la *Mesa de trabajo interinstitucional* buscaba “avanzar en iniciativas conjuntas en sexualidad y discapacidad y eliminar la concepción de que las poblaciones con algún tipo de discapacidad son asexuadas,”⁵⁹ no se han encontrado insumos que permitan determinar si esas iniciativas fueron diseñadas e implementadas ni su contenido.

El Estado sólo parece haberse limitado a la planificación de acciones de difusión, muchas de las cuales no se concretaron. Por ejemplo, se realizaron gestiones para producir materiales en Braille sobre derechos sexuales y reproductivos y acceso a métodos anticonceptivos, en articulación con la Editora Nacional de Braille.⁶⁰ No obstante, se desconoce si estos materiales fueron producidos y su contenido.

Año 2014

El PNSSyPR produjo el folleto *Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad*,⁶¹ en formato díplico (ver *Pregunta 9*). De acuerdo a la información proporcionada por el Estado, la producción de este insumo buscó:

“favorecer el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las personas ciegas en base al reconocimiento de su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones, según establece la Convención Internacional de Derechos de Personas con Discapacidad.

[También se buscó brindar] una herramienta de trabajo a los equipos de salud en situaciones de atención de personasciegas, en el marco de la realización de las

⁵⁷ OPS/OMS, *Funcionarios y expertos crean mesa para trabajar en sexualidad y discapacidad*, 9 de mayo de 2013, disponible en <http://bit.ly/2sfrtnW>.

⁵⁸ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Informe de Gestión Anual 2013*, *supra* nota 14, pág. 35. Lo mismo se indicó en la Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

⁵⁹ OPS/OMS, *supra* nota 57.

⁶⁰ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Informe de Gestión Anual 2013*, *supra* nota 14, pág. 36.

⁶¹ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad*, disponible en <http://bit.ly/2rIE0SF>

consejerías en anticoncepción. Promover los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.”⁶²

Aunque esta descripción refiere a las personas ciegas, la misma fuente indica que el folleto estuvo destinado a la “[población] general de todo el país, con énfasis en personas con discapacidad [y los equipos] de salud que trabajen en atención de la salud sexual y la salud reproductiva y en la promoción de estos derechos.”⁶³ En cualquier caso, el folleto no es accesible para las personas ciegas.

Asimismo, en septiembre de 2014, se realizó un *Taller de Sexualidad y Discapacidad para madres, padres y equipos de salud*, en el Centro de Salud “Don Bosco” de Benavidez, Partido de Tigre.⁶⁴

Año 2015

En noviembre de 2015, el PNSSyPR y el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, que también depende del Ministerio de Salud de la Nación, convocaron a organizaciones de la sociedad civil y expertos a la *Mesa de trabajo “Nuevo Código Civil y Comercial. Lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos”*. La mesa de trabajo buscaba

“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.”⁶⁵

La Mesa de Trabajo produjo un *Documento de consensos* que fue aprobado mediante la *Resolución 65/2015*.⁶⁶ Entre otros puntos, el Documento de consensos:

- Recuenta la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, reconoce el derecho a la salud y “considera deseable que los procesos de atención sean abordados por *equipos de salud interdisciplinarios* constituidos de modo tal que desarrollen una perspectiva integral y compleja de la salud;”⁶⁷
- Destaca que el principio *pro homine* debe regir la *aplicación* del marco normativo en materia de salud sexual y reproductiva;
- Recuerda la *preeminencia de la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos* sobre el resto de las normas del ordenamiento jurídico interno. De acuerdo al documento, esta preeminencia determina que la *interpretación* del marco normativo en materia de salud sexual y reproductiva debe regirse por “los siguientes criterios interpretativos: interés superior y autonomía progresiva de niñas, niños y adolescentes (en adelante, NNyA) presunción de la capacidad de todas las personas en todas las circunstancias, pro persona, pro NNyA (pro minoris) e igualdad y no discriminación.”⁶⁸
En particular, dispone que “la interpretación de las normas y reglas en relación con las personas con discapacidad debe armonizarse con los estándares y principios

⁶² Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

⁶³ *Ídem*.

⁶⁴ *Ídem*.

⁶⁵ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, disponible en <http://bit.ly/2nvqEV3>, Anexo I, Presentación.

⁶⁶ *Ídem*.

⁶⁷ *Ídem*. Énfasis agregado.

⁶⁸ *Ídem*.

constitucionales y convencionales, especialmente los contenidos en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad..., incorporada a la Constitución Nacional. Esta técnica de interpretación constitucionalizada implica que se interpreten todas las normas del ordenamiento en tanto afirmen como regla general la capacidad de todas las personas.”⁶⁹

- Recuerda que el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) reconoce a todas/os las/os NNyA, incluidos/as los/as NNyA con discapacidad, como *sujetos de derechos*;
- Deja en claro que el *artículo 26 del CCyC* aplica a *todas* las personas mayores de 13 años, incluidas las personas con discapacidad, y explica cómo debe aplicarse este artículo en relación a las prácticas de salud sexual y salud reproductiva, incluidas aquellas vinculadas al acceso a métodos anticonceptivos, diagnóstico de VIH y test de embarazo;
- Reconoce que las personas con discapacidad encuentran *barreras* para acceder a las prestaciones de salud sexual y reproductiva y destaca que esas barreras responden a la presunción que prevalece en el marco de la atención sanitaria de que las personas con discapacidad son incapaces.
Enfatiza que, para hacer frente a estas barreras, es necesario “reforzar la obligación de atención y prestación de los servicios sanitarios sin barreras o requerimientos especiales innecesarios e ilegales,”⁷⁰ incluso a través de la producción de materiales que “mencionen a las personas con discapacidad como destinatarias de esos derechos en igualdad de condiciones que todas las personas.”⁷¹
- Dispone que la atención de la salud se debe regir por la *presunción de capacidad* de las personas con discapacidad para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva por sí mismas;⁷²
- Señala que “en el sistema de salud se deben *adoptar medidas* tendientes a facilitar que las PcD puedan ejercer sus derechos de manera autónoma y recibir la atención sanitaria en los términos que les resulten más accesibles, aceptables y con la mejor calidad disponible.”⁷³
- Establece *criterios de actuación* para los profesionales de la salud en caso de que la persona que realice la consulta cuente con una sentencia de restricción de su capacidad jurídica vinculada a la toma de decisiones en materia de salud;
- Dispone que “los equipos de atención de la salud deben acomodar sus prácticas para asegurar la accesibilidad a través de *ajustes razonables*,”⁷⁴
- Reconoce el derecho de las personas con discapacidad a contar con *sistemas de apoyo* para que puedan tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, por sí mismas.

⁶⁹Ídem.

⁷⁰Ídem.

⁷¹Ídem.

⁷²Ídem, punto 3.2.

⁷³Ídem. Énfasis agregado.

⁷⁴Ídem. Énfasis agregado.

Destaca que los apoyos no pueden sustituir a la persona en la toma de decisiones y que contar con apoyos no es un requisito para el acceso a servicios y/o la toma de decisiones.

También establece que el equipo de salud debe “proponer/ ofrecer sistemas de apoyo y escuchar las propuestas para las personas que se acerquen a los servicios.”⁷⁵

- Reconoce que es “prioritario reforzar la *capacitación* a los equipos de salud. Así como contemplar los mecanismos para resguardar el cumplimiento de los derechos de las personas.”⁷⁶
- Establece criterios de interpretación y aplicación del CCyC en relación a la *Ley 26.743 de identidad de género*;
- Establece “*Reglas para el consentimiento informado relativo al acceso a prestaciones de salud sexual y salud reproductiva*”. En particular, regula los requisitos formales del consentimiento y enfatiza que debe ser brindado por la persona que accederá a las prestaciones.

El contenido de esta resolución se ha plasmado en dos guías de atención de la SSyR: los “Lineamientos sobre Derechos y Acceso de adolescentes al sistema de salud”⁷⁷ y el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”⁷⁸.

En su respuesta a un pedido de acceso a la información pública, el Estado señala que, en 2015, el PNSSyPR “participó en la 2da. Jornada ‘*Conversatorios sobre sexualidad y diversidad funcional/discapacidad*’ junto con la Dirección Nacional de Sida y ETS.”⁷⁹ También se imprimieron copias del folleto Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.⁸⁰

Año 2016

Se redactó el artículo “*Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad*”, que será incluido dentro del campo temático “Salud sexual y salud reproductiva” del “Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria (DELS).”⁸¹

5. a) Acciones en áreas específicas

I. Acceso sin barreras a información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva

El PNSSyPR debe “establecer medidas destinadas específicamente a *hacer efectivo*”⁸² el “acceso universal y equitativo a servicios, bienes y establecimientos asequibles, aceptables y

⁷⁵ *Ídem.*

⁷⁶ *Ídem.* Énfasis agregado.

⁷⁷ Ministerio de Salud de la Nación, *Lineamientos sobre Derechos y Acceso de adolescentes al sistema de salud*, 2015, disponible en <http://bit.ly/2qfNRJP>.

⁷⁸ Ministerio de Salud de la Nación, *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*, 2.ª edición revisada y actualizada en abril de 2015, versión con nota aclaratoria incorporada en septiembre de 2016, disponible en <http://bit.ly/2qAuB9Z>.

⁷⁹ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

⁸⁰ *Ídem*

⁸¹ *Ídem*

de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, en particular para las mujeres y los grupos desfavorecidos y marginados,⁸² tales como las mujeres con discapacidad. El programa debe hacer especial hincapié en eliminar las “prácticas nocivas que interpongan obstáculos directos e indirectos”⁸⁴ al acceso a servicios esenciales de salud sexual y reproductiva por parte de las personas con discapacidad, incluidas las barreras actitudinales.⁸⁵

Como ya se señaló, se han encontrado documentos que indican que, en 2012, las autoridades del PNSSyPR tenían la intención de relevar “los obstáculos y/o dificultades en los servicios de SSyR en la atención de personas con discapacidad”⁸⁶ en el marco de los programas provinciales de SSyR. Ese mismo año, el programa realizó

“una serie de consultas específicas sobre la atención a las personas con discapacidad en los servicios y espacios de salud sexual y reproductiva en todos los efectores del país. Una primera aproximación de las respuestas recibidas indica la necesidad de profundizar el trabajo y la visibilidad de las necesidades específicas para garantizar una atención de calidad.”⁸⁷

Sin embargo, se desconoce el contenido específico de esas respuestas.

En 2015, al aprobar la Resolución 65/2015, el Ministerio de Salud reconoció que:

“En el caso de las prestaciones de salud sexual y salud reproductiva, las [personas con discapacidad] enfrentan distintos tipos de barreras, tanto físicas como culturales, que se desprenden de esta ‘presunción de incapacidad’. Por esto es necesario reforzar la obligación de atención y prestación de los servicios sanitarios sin barreras o requerimientos especiales innecesarios e ilegales.

En esta comprensión, se considera como medida necesaria que los materiales y documentos producidos desde los programas sobre derechos sexuales y derechos reproductivos mencionen a las personas con discapacidad como destinatarias de esos derechos en igualdad de condiciones que todas las personas. Adoptándose esta medida de carácter transitorio, dado que, aunque resulte redundante (ya que toda la población tiene los mismos derechos sexuales y reproductivos), es necesario visibilizar especialmente los derechos de este grupo de personas en este estado de la reflexión y de la implementación de los derechos de las personas con discapacidad.”⁸⁸

Se desconoce si se han producido materiales o documentos en la temática. Como ya se señaló, la única acción que el programa realizó con posterioridad a la aprobación de esta resolución fue la redacción del artículo “Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad”.

⁸² ACNUDH, *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad* [Orientaciones técnicas], A/HRC/21/22, 2 de julio de 2012, parág. 40. Énfasis agregado.

⁸³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* [Observación general N° 22], E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, parág. 49, inciso c). Ver también parág. 62. Traducción de los autores.

⁸⁴ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 82, parág. 35. Traducción propia. Ver también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 83, parág. 48.

⁸⁵ Comité de los Derechos del Niño, *Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, 6 de diciembre de 2016, CRC/C/GC/20, parág. 60. Traducción propia.

⁸⁶ Información disponible en <http://slideplayer.es/slide/1621613/>

⁸⁷ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

⁸⁸ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65.

II. Personas con discapacidad institucionalizadas

El PNSSyPR no ha diseñado ni implementado acciones orientadas a cumplir con su obligación de respetar, proteger y garantizar el derecho de las personas con discapacidad institucionalizadas a la salud sexual y reproductiva.⁸⁹

III. Infección por virus Zika

En noviembre de 2016, el Ministerio de Salud publicó la *Guía para la vigilancia integrada de la infección por virus Zika y recomendaciones para el equipo de salud*.⁹⁰ El PNSSyPR colaboró en la redacción de este insumo, al que incorporó las siguientes recomendaciones:

“Las mujeres embarazadas deben recibir información clara, suficiente y adecuada, de acuerdo al derecho a la información sanitaria reconocido en la ley de Derechos del Paciente (Ley 26.529, artículo 3), sobre las causales de interrupción legal del embarazo definidas en el artículo 86 del Código Penal. Dichas causales son:

- El embarazo representa un peligro para la vida de la mujer.
- El embarazo representa un peligro para la salud de la mujer.
- El embarazo proviene de una violación.
- El embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.

Respecto del peligro para la salud es pertinente señalar que, según la [Organización Mundial de la Salud], la salud implica el ‘completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones’.... Por lo tanto, y de acuerdo a la legislación vigente en el país, deberá evaluarse la situación de cada mujer embarazada teniendo en cuenta una concepción de salud integral y se deberá brindar siempre una completa consejería explicando a la mujer todas las opciones.”⁹¹

Por su parte, desde 2015, se han producido materiales de difusión orientados a las mujeres en edad reproductiva y, en particular, a las mujeres embarazadas. Estos insumos incluyen los siguientes insumos:

- Placa para redes sobre los riesgos asociados viajar a zonas con circulación viral de Zika⁹²
- Afiche *Si estás embarazada cuidate del Zika*,⁹³
- Placa para redes con consejos para mujeres embarazadas,⁹⁴
- Folleto *Cuidate del Zika*⁹⁵

Los insumos dan recomendaciones vinculadas a la prevención en el hogar (i.e. cómo evitar picaduras, cómo reducir la reproducción del mosquito, etc.). Los insumos también explican que el Zika “se puede transmitir por vía sexual y afectar a tu bebé”⁹⁶ y/o “causar

⁸⁹ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

⁹⁰ Ministerio de Salud, *Guía para la vigilancia integrada de la infección por virus zika y recomendaciones para el equipo de salud*, Buenos Aires, noviembre de 2016, disponible en <http://bit.ly/2li7Nfd>

⁹¹ *Ídem*, p. 44. Se han omitido las citas internas.

⁹² Disponible en <http://bit.ly/2sn3cK1>. La placa señala: “Es importante que las mujeres en edad reproductiva, especialmente las embarazadas, consideren el riesgo de viajar a áreas con circulación viral de zika, ante la posibilidad de malformaciones fetales, como microcefalia”

⁹³ Disponible en <http://bit.ly/2rrqvAW>.

⁹⁴ *Ídem*

⁹⁵ *Ídem*

⁹⁶ Afiche *Si estás embarazada cuidate del Zika*. Disponible en <http://bit.ly/2rrqvAW>

daños al bebé.”⁹⁷ Por lo tanto, recomiendan a la mujer: “usá preservativo durante las relaciones sexuales.”⁹⁸

INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA EN ARGENTINA, SEGÚN INFORMACIÓN DISPONIBLE EN JUNIO DE 2017⁹⁹

Brotos y casos autóctonos relacionados en 2016

- Tucumán: San Miguel de Tucumán (26 casos de transmisión vectorial);
- Chaco: El Sauzalito (39 casos confirmados, 4 probables, 130 muestras en estudio);
- Salta: Embarcación (35 casos, confirmados y probables), General Mosconi (20 casos, confirmados y probables) y Tartagal (46 casos, confirmados y probables), entre otros.
- Formosa: Ingeniero Juárez (6 casos).

Casos importados y aislados:

- Buenos Aires: Tres de Febrero (un caso probable). 3 casos importados (2 confirmados y 1 probable);
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 2 casos importados;
- Chaco: 6 casos importados (5 confirmados y 1 probable);
- Salta: 2 casos importados (1 confirmado y 1 probable).

Brotos en 2017: Formosa (Ingeniero Juárez), Salta (Embarcación, Tartagal y Mosconi) y Chaco (El Sauzalito).

Síndrome congénito asociado a virus del Zika (2016-2017)

- Cantidad de casos notificados hasta la fecha: 5 casos.
- 2 casos autóctonos (Santa Fe y Tucumán, nacimientos registrados en 2016)- 3 casos importados (Santa Fe, CABA y Buenos Aires);
- Junio de 2017: caso sospechoso de síndrome congénito asociado a la infección por virus del Zika, en Chaco.

IV. *Métodos y prácticas anticonceptivas*

El PNSSyPR debe asegurar que todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, tengan acceso a información, bienes y servicios de anticoncepción, en condiciones de igualdad y no discriminación. En particular, debe garantizar “el acceso [universal] a todas las opciones de anticoncepción a fin de velar por que todas las personas puedan utilizar un método adecuado que se adapte a su situación y a sus necesidades particulares.”¹⁰⁰

Como ya se señaló, uno de los objetivos del PNSSyPR es “[garantizar] a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.”¹⁰¹ En particular, desde su creación, las acciones del PNSSyPR han hecho especial énfasis en garantizar el acceso de toda la población a información, orientación, métodos y prestaciones en materia de anticoncepción.¹⁰²

⁹⁷Folleto *Cuidate del Zika*. Disponible en <http://bit.ly/2rrqvAW>

⁹⁸Afiche *Si estás embarazada cuidate del Zika*. Disponible en <http://bit.ly/2rrqvAW>

⁹⁹ Ministerio de Salud de la Nación, *Boletín Integrado de Vigilancia N° 363 – SE 23- 2017*, junio de 2017, disponible en <http://bit.ly/2sfpFbS>, p. 12.

¹⁰⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22, supra* nota 83, parág. 62.

¹⁰¹ Ley 25673, artículo 2.

¹⁰² Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Informe de Balance 2003-2011*, septiembre de 2011, disponible en <http://bit.ly/2sfC1nh>, pág.

En relación a las iniciativas orientadas específicamente a la población con discapacidad, la acción más significativa parece haber sido la aprobación de la *Resolución 65/2015* (ver *Pregunta 5*). Además, en 2011, 2012 y 2014, el programa produjo algunos materiales de difusión que hicieron referencia al derecho de las personas con discapacidad a acceder a información, bienes y servicios de anticoncepción (ver *Pregunta 9*).

6. El Ministerio de Salud ¿ha elaborado lineamientos o directrices para garantizar que los equipos de salud respeten los derechos de las personas con discapacidad al momento de proporcionarles información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva?

En los últimos años, el PNSSyPR ha publicado protocolos y guías para profesionales de la salud que contienen lineamientos o directrices para la prestación y el suministro de información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva.¹⁰³ El programa reconoce que las “menciones explícitas”¹⁰⁴ a las personas con discapacidad en estos documentos “son acotadas.”¹⁰⁵ Al mismo tiempo, estas menciones no siempre son acordes al contenido y alcance del derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva (ver recuadro a continuación).

BREVE ANÁLISIS CRÍTICO DE DOS INSUMOS PRODUCIDOS POR EL PNSSyPR: “MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS - GUÍA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD” (2014) Y “CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA” (2015)

En 2014, el PNSSyPR publicó el documento *Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud*. Este insumo busca fortalecer el trabajo de los equipos de salud en “la tarea de mejorar el acceso, uso y adherencia a los métodos anticonceptivos de cada persona que los requiera, en cada rincón del país.”¹⁰⁶ En particular, el insumo presenta “lineamientos a seguir en el desarrollo de las consejerías o asesorías en salud sexual y salud reproductiva” e información sobre el marco normativo en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos.¹⁰⁷

La guía contiene, al menos, tres capítulos en los que el PNSSyPR debería haber incluido referencias a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad y lineamientos para que la actuación de los profesionales de la salud garantice estos derechos: el *Capítulo 1: Consejería en salud sexual y reproductiva*, el *Capítulo 16. Procedimientos para garantizar el acceso de la población a los métodos anticonceptivos* y el *Capítulo 17: Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la acción profesional*. Asimismo, el insumo tiene dos capítulos dedicados a grupos específicos: el *Capítulo 13: Anticoncepción en distintos momentos de la vida fértil de una mujer. Adolescencia y Perimenopausia* y el *Capítulo 15: Anticoncepción en mujeres viviendo con VIH*.

36. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Lista de cuestiones y preguntas relativa al séptimo informe periódico de la Argentina, Adición: Respuestas de la Argentina, Anexo I (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable)*, *supra* nota 16.

¹⁰³ En relación a la obligación del Estado de producir estos insumos, ver Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 83, parág. 47.

¹⁰⁴ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

¹⁰⁵ *Ídem*

¹⁰⁶ Ministerio de Salud de la Nación, *Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud*, Buenos Aires, agosto 2014, disponible en <http://bit.ly/1NghrUZ>, p. 3

¹⁰⁷ *Ídem*.

El documento contiene sólo dos referencias a las personas con discapacidad. El *Capítulo 13: Anticoncepción en distintos momentos de la vida fértil de una mujer. Adolescencia y Perimenopausia* considera que los dispositivos intrauterinos (DIU) deben ser tenidos en cuenta para las mujeres con “discapacidad mental,”¹⁰⁸ entre otros grupos. El documento señala que “el DIU les brinda seguridad, alta eficacia y confort al no exigir otra motivación más allá de la relacionada con su inserción desvinculada del coito; es de uso permanente y continuo, y demanda un seguimiento relativamente espaciado.”¹⁰⁹

Históricamente, los equipos de salud han prescripto métodos anticonceptivos de larga duración a las mujeres con discapacidad, en mucha mayor medida que a las mujeres sin discapacidad.¹¹⁰ Esta práctica refleja y perpetúa la idea de que las mujeres con discapacidad son incapaces de tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción y/o no están en condiciones de desempeñar adecuadamente el rol de madres.¹¹¹ En base a esta idea, se estima conveniente evitar que queden embarazadas, para lo cual se les prescribe métodos anticonceptivos, como el DIU, que no dependen de su control o, en palabras del insumo *Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud*, que “no exige otra motivación más allá de la relacionada con su inserción desvinculada del coito.”¹¹²

Los lineamientos vinculados al consentimiento informado contribuyen a reforzar estas prácticas y los estereotipos que subyacen a ellas. Luego de enfatizar que “no se requiere el consentimiento o autorización de un tercero”¹¹³ para que una mujer pueda acceder a un método o práctica anticonceptiva, el documento explica que “en el caso de la mujer con enfermedad o discapacidad mental,”¹¹⁴ el consentimiento debe ser brindado por su representante legal.¹¹⁵ De esta manera, el documento desconoce que todas las mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad intelectual o psicosocial que han sido declaradas incapaces o tienen una restricción total o parcial a su capacidad jurídica, tienen derecho a brindar su consentimiento informado, por sí mismas y en condiciones de igualdad y no discriminación.¹¹⁶ También resulta problemático que este lineamiento equipare la

¹⁰⁸ “Es un método a tener en cuenta en aquellas adolescentes expuestas a un embarazo no buscado, cuando no hay adaptación o existen contraindicaciones a otros MAC, en personas con antecedentes de embarazos previos (abortos provocados o partos) o con discapacidad mental.” Ministerio de Salud de la Nación, *Métodos anticonceptivos*, *supra* nota 106, p. 216.

¹⁰⁹ *Idem*.

¹¹⁰ Carolyn Frohmader y Stephanie Ortoleva, *The sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities*, online: Women Enabled, <http://bit.ly/2ip9TVC>, p. 5, con cita a O'Connor, J. *Literature Review on Provision of Appropriate and Accessible Support to People with an Intellectual Disability who are Experiencing Crisis Pregnancy*, disponible en <http://bit.ly/2nD12X0>

¹¹¹ Tom Shakespeare et al., *The sexual politics of disability: untold desires* (London: Cassell, 1996), p. 111.

¹¹² Ministerio de Salud de la Nación, *Métodos anticonceptivos*, *supra* nota 106, p. 216.

¹¹³ *Idem*, p. 268.

¹¹⁴ *Idem*.

¹¹⁵ *Idem*.

¹¹⁶ “[Los] criterios que determinan los motivos para administrar un tratamiento sin que haya consentimiento libre e informado deben aclararse en la ley, y no deben hacerse distinciones entre las personas con discapacidad o sin ella.” *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, parág. 66. Énfasis agregado.

El Estado tiene la obligación de “no permitir que el consentimiento sea otorgado por personas que sustituyan a las personas con discapacidad en la adopción de decisiones, en nombre de ellas. Todo el personal médico y sanitario debe velar por que se efectúe la consulta apropiada directamente con la persona con discapacidad.” Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1. Artículo 12: Igual reconocimiento ante la Ley [Observación General N° 1]* CRPD/C/GC/1, 11 de abril de 2014, parág. 42. Énfasis agregado.

discapacidad a una enfermedad o patología, desconociendo que la discapacidad es una construcción social.¹¹⁷

El documento *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva* tampoco contiene referencias sustantivas a la población con discapacidad. Aunque explica que la CDPD reconoce que las personas con discapacidad son titulares de derechos sexuales y reproductivos y señala que la discapacidad es un factor a considerar en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva,¹¹⁸ el documento no ofrece lineamientos para que los equipos de salud incorporen la perspectiva de discapacidad en las consejerías y brinden una atención plenamente respetuosa de los derechos de las personas con discapacidad.

Al mismo tiempo, resulta particularmente preocupante la ausencia de referencias a las personas con discapacidad en los siguientes documentos:

- Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto;¹¹⁹
- Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud;¹²⁰
- Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud;¹²¹
- Guía sobre fertilidad para equipos de atención primaria de la salud;¹²²
- Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad¹²³

7. ¿Existe una política sistemática de capacitación a equipos de salud sobre el derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva?

No. No existe evidencia de la existencia de una política sistemática de capacitación y entrenamientos de profesionales de la salud y otros funcionarios estatales sobre “los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad,”¹²⁴ a fin de garantizar que les “presten... atención de la misma calidad que a las demás personas”¹²⁵ y respeten sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

De acuerdo a la información proporcionada por el Estado,
“[el] PNSSyPR promueve mediante sus estrategias de capacitación un enfoque de la salud sexual y la salud reproductiva que contemple en su atención y cobertura criterios

¹¹⁷Verónica González Bonet, *Buenas prácticas en comunicación y discapacidad. Informar con responsabilidad y respeto por la diversidad*, Noviembre de 2015, online: CIAPAT, <http://bit.ly/2iWe8ey>, p. 3.

¹¹⁸ Ministerio de Salud de la Nación, *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva*, Buenos Aires, junio de 2015, disponible en <http://bit.ly/2p2qiCp>, pp. 9, 10 y 14.

¹¹⁹ Ministerio de Salud de la Nación, *Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto*, Buenos Aires, abril de 2015, disponible en <http://bit.ly/2svhIAZ>

¹²⁰ Ministerio de Salud de la Nación, *Atención de la salud integral de personas trans*, Buenos Aires, junio de 2015, disponible en <http://bit.ly/1K86bWh>.

¹²¹ Ministerio de Salud de la Nación, *Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud*, Buenos Aires, Abril de 2015, disponible en <http://bit.ly/2fG8VGS>. Sólo contiene referencias a las “personas declaradas judicialmente incapaces”. *Ídem*, p. 32. Ver también páginas 42 y 43.

¹²² Ministerio de Salud de la Nación, *Guía sobre fertilidad para equipos de atención primaria de la salud*, Buenos Aires, diciembre de 2015, <http://bit.ly/2t3FO61>.

¹²³ Ministerio de Salud de la Nación, *Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*, Buenos Aires, sin fecha de publicación, disponible en <http://bit.ly/2txM0E3>. Contiene una sola referencia a las “Adolescentes discapacitadas mentales”. *Ídem*, p. 75.

¹²⁴ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 25, inciso d)

¹²⁵*Ídem*.

de accesibilidad y perspectiva de derechos humanos. Las [personas con discapacidad] están visibilizadas en sus materiales de capacitación y comunicación, sin perjuicio de que no se cuenta por el momento con un dispositivo específico de capacitación sobre la temática.”¹²⁶

La ausencia de una política sistemática de capacitación y entrenamiento en materia de salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad es especialmente problemática en un contexto caracterizado por la existencia de barreras actitudinales, tales como el prejuicio de que las personas con discapacidad son incapaces para adoptar decisiones sobre su salud. Asimismo, la omisión del Estado de adoptar una política de este tipo impide avanzar en la implementación de la Resolución 65/2015. Esta norma reconoce la necesidad de “reforzar la obligación de atención y prestación de los servicios sanitarios sin barreras o requerimientos especiales innecesarios e ilegales.”¹²⁷ También señala que es

“fundamental contemplar que el personal de las instituciones donde... asisten [las personas con discapacidad] no siempre vela por [sus] derechos. En estos sentidos, se considera prioritario reforzar la capacitación a los equipos de salud. Así como contemplar los mecanismos para resguardar el cumplimiento de los derechos de las personas”¹²⁸ (ver *Pregunta 8*).

8. ¿Existen mecanismos que permitan a las personas con discapacidad denunciar y acceder a recursos y reparaciones efectivas frente a violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos por parte de los equipos de salud?

El Estado debe crear “mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial”¹²⁹ para que las personas, con y sin discapacidad, puedan acceder a una reparación efectiva en caso de que experimenten violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos.¹³⁰

En el caso argentino, de acuerdo a lo informado por el PNSSyPR, el mecanismo de denuncia más importante es la *Línea 0800 Salud Sexual*. Esta línea telefónica tiene alcance nacional y es de acceso gratuito y confidencial. Está disponible de lunes a viernes de 9 a 21 hs. y los fines de semana y feriados de 9 a 18 hs.

El Estado informa que, “si bien no es lo óptimo, para las personas sordas o hipoacúsicas se ofrece la opción de comunicarse con lxs consultores de la línea 0800 por medio de una comunicación privada por el Facebook de la línea ‘Salud responde’.”¹³¹

¹²⁶ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

¹²⁷ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65, sección 3.1.

¹²⁸ *Ídem*, sección 3.4. Énfasis agregado.

¹²⁹ Corte IDH, *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador*, sentencia de 21 de mayo de 2013 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas), online: Corte IDH, parág. 132.

¹³⁰ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 82, parág. 12. Ver también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 83, parág. 49.

¹³¹ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

ESTADÍSTICAS DE LA LÍNEA 0800 SALUD SEXUAL

De acuerdo a lo informado por el PNSSyPR, “desde el lanzamiento de la línea 0800 de salud sexual en 2010, se realizaron más de 1914 (casi 2000) secuencias de las cuales un 0.1% involucraron situaciones de [personas con discapacidad]. En la mayoría de los casos referido a la práctica de Ligadura Tubaria (con o sin consentimiento de la persona).”¹³²

En el mismo período, la línea recibió más de 40.000 llamados.¹³³ La mayor parte de los llamados son realizados por mujeres de entre 15 y 39 años y provienen de la provincia de Buenos Aires (35%), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (15%), Córdoba (5%) y Mendoza (5%). El 60% de las mujeres que llaman consultan sobre métodos y prácticas anticonceptivas. Asimismo, “[entre] mayo de 2015 y mayo de 2016 se registró un incremento con respecto al mismo periodo anterior en las consultas referidas a interrupción legal del embarazo, atención post aborto y ligadura tubaria, es decir de trompas.”¹³⁴

La diferencia entre el número de llamados y el número de secuencias se debe a que ambos términos no son sinónimos. Las secuencias se generan cuando “los consultores y las consultoras no pueden dar respuesta a la consulta que se les realiza, o en los casos en los que quien llama da cuenta de un incumplimiento en la prestación de algún servicio de salud sexual y/o cuando se vulneran los derechos sexuales o ante una situación de aborto no punible.”¹³⁵

También debe tenerse en cuenta que la Ley 26.485 establece que la violencia contra la libertad reproductiva es una modalidad de violencia que “[vulnera] el derecho de las mujeres 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.”¹³⁶ De esta manera,

“[la] negativa a proveer anticonceptivos configura un acto típico de violencia contra la salud reproductiva. Si una/un agente de salud se niega a la provisión de anticonceptivos por cualquier razón, sin formal y previa objeción de conciencia, puede ser denunciado ante cualquier juez/jueza por violencia contra la salud reproductiva, y verse sometido al procedimiento que la ley prevé.”¹³⁷

A nivel nacional, este procedimiento está previsto en los artículos 19 a 40 de la Ley 26.485. Dentro de las 48 horas desde que toma conocimiento de la denuncia, el juez interviniente debe celebrar una audiencia, a la que el/la autor/a de los actos de violencia está obligado/a a asistir. Si no lo hace, puede ser llevado/a por la fuerza pública.

En la audiencia, el juez debe escuchar a las partes por separado y, a continuación, debe dictar las sanciones que estime necesarias.¹³⁸ La ley prevé tres tipos de sanciones:

- a) Advertencia o llamado de atención por el acto cometido;
- b) Comunicación de los hechos de violencia al organismo, institución, sindicato, asociación profesional o lugar de trabajo del agresor;
- c) Asistencia obligatoria del agresor a programas reflexivos, educativos o terapéuticos tendientes a la modificación de conductas violentas.”¹³⁹

¹³² *Ídem*.

¹³³ Ministerio de Salud de la Nación, *El 70% de las consultas que recibe el 0800 Salud Sexual de la cartera nacional las hacen mujeres*, gacetilla de prensa publicada el viernes, 27 de Mayo de 2016, disponible en <http://bit.ly/2stlkkm>

¹³⁴ *Ídem*.

¹³⁵ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Informe de Gestión Anual 2013*, *supra* nota 14.

¹³⁶ Ley 26485, artículo 6, incisos d).

¹³⁷ Ministerio de Salud de la Nación, *Métodos anticonceptivos*, *supra* nota 106, p. 17.

¹³⁸ Ley 26485, artículo 28.

Si los hechos configuran un delito, el juez debe anotar al juez penal competente.¹⁴⁰ Asimismo, la persona afectada por el o los hechos de violencia tiene derecho a reclamar una reparación civil por daños y perjuicios, de acuerdo a las normas fijadas por el CCyC.¹⁴¹

Las provincias pueden adherir a estas disposiciones o establecer una regulación diferente.

9. El Ministerio de Salud ¿ha producido insumos audiovisuales para informar a las personas con discapacidad sobre sus derechos sexuales y reproductivos?

Sí. En 2011, el PNSSyPR produjo una *postal*¹⁴² sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad. La portada de la postal señala: “[las] personas con discapacidad decidimos sobre nuestra vida sexual y reproductiva. Acceder a los servicios de salud es tu derecho”¹⁴³ y menciona la línea de salud sexual (0800 222 3444). Por su parte, el dorso indica:

“Derechos sexuales y reproductivos. Derechos de todos y todas.
Existe la creencia de que las personas con discapacidad son seres sin sexualidad.
Esto es falso y produce discriminación y sufrimiento.
El deseo y el placer no desaparecen con la discapacidad
Se puede disfrutar de diversas formas, la sexualidad no es sólo genital.
Es tu derecho decidir cuándo tener relaciones sexuales, con quién y cómo, sin presiones ni violencia.
Usar el método anticonceptivo que prefieras.
Vivir tu orientación sexual libremente.
Podés formar tu propia familia y, si lo elegís, tener hijos.
Es tu derecho poder entrar y salir sin dificultades de los edificios. La información debe ser comprensible y, si es necesario, con intérprete de lengua de señas y otro medio que permita la comunicación.
El respeto es parte de la atención de la salud. Es tu derecho decidir sobre tu vida sexual. Nadie debe hacerlo por vos. Lo garantizan las leyes 26378 y 25673. Son leyes de la Nación.”¹⁴⁴

En 2012, el programa elaboró un *spot audiovisual*¹⁴⁵ en el marco de la Campaña “Tener derechos te cambia la vida”¹⁴⁶. El spot indica que si una mujer con discapacidad no quiere ser madre, tiene derecho a acceder a métodos anticonceptivos a fin de evitar un embarazo.

¹³⁹ Ley 26485, artículo 32.

¹⁴⁰ Ley 26485, artículo 32.

¹⁴¹ Ley 26485, artículo 35.

¹⁴² Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Informe de Balance 2003-2011*, *supra* nota 102, págs. 81 y 83. De acuerdo al PNSSyPR, “Verónica González Bonnet, integrante de la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI); Verónica Caprigioni, profesora en educación especial y Norma Isabel Picasso, del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables del Ministerio de Salud de la Nación” participaron del proceso de elaboración de la postal. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Boletín bimensual de salud sexual y reproductiva*, *supra* nota 46.

¹⁴³ Disponible en <http://bit.ly/2v3JDK7>

¹⁴⁴ *Ídem*.

¹⁴⁵ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Spot: Campaña "Tener derechos te cambia la vida" (Discapacidad)*, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=Wy41oTsBRKg>, publicado el 8 de junio de 2012.

¹⁴⁶ Los spots producidos en el marco de esta campaña “fueron interpretados en lenguas de señas por una ONG de Bariloche.” Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

También aborda brevemente los mitos y estereotipos más comunes en relación a la sexualidad y reproducción de las mujeres con discapacidad.

Por su parte, en 2014, el programa produjo el folleto *Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad*, que, entre otros puntos, destaca que las personas con discapacidad tienen derecho a

“usar el método anticonceptivo que prefieran,... recibir información clara y oportuna sobre salud sexual y reproductiva, acceder a la atención de la salud sexual y de la salud reproductiva con respeto y confidencialidad..., mantener la fertilidad... [y a no ser esterilizadas] sin sus consentimiento..., acceder a la atención de la salud sexual y reproductiva en forma autónoma, con privacidad y confidencialidad, sin el requisito de ser acompañadas, recibir información accesible y comprensible [y] recibir los apoyos necesarios y adaptaciones en el entorno para poder ejercer sus derechos.”¹⁴⁷

INSUMO	AÑO	¿ES ACCESIBLE?	COPIAS PRODUCIDAS	FUENTE
Postal	2011	No es accesible para personas con discapacidad visual	300.000	http://bit.ly/2toLC8o
Spot audiovisual sobre DSyDR de las PcD	2012	Sí	-	http://bit.ly/2rM5HZc
Folleto “Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad”	2014	No es accesible para personas con discapacidad visual	500.000	http://bit.ly/2rIE0SF

Tabla 2- Insumos producidos por el PNSSyPR en materia de SSyR de las PcD

No existe un sitio de internet administrado por el Ministerio de Salud que esté particularmente orientado a proporcionar información a las personas con discapacidad en materia de salud sexual y reproductiva. No obstante, sí existen dos bancos de recursos: uno está orientado a los profesionales de la salud¹⁴⁸ y el otro, a la población usuaria¹⁴⁹.

De acuerdo a lo informado por el Estado, “[si] bien desde el PNSSyPR se realizaron campañas y estrategias de difusión y promoción sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos de toda la población, éstas no fueron divulgadas en medios masivos de comunicación.”¹⁵⁰

¹⁴⁷ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad*, *supra* nota 61.

¹⁴⁸ Disponible en <http://bit.ly/2sSpRjZ>

¹⁴⁹ Disponible en <http://bit.ly/2swRz2Y>

¹⁵⁰ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

10. El Estado ¿cuenta con un presupuesto adecuado para promover el derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva?

El Estado no proporciona información sobre este punto (ver Recuadro *Dificultades para el acceso a la información en materia de presupuesto*, a continuación). Esta omisión impide analizar si el Estado destina el máximo de los recursos de los que dispone para lograr la plena efectividad del derecho de toda la población, incluidas las personas con discapacidad, a la salud sexual y reproductiva. Tampoco es posible saber si el presupuesto destinado al PNSSyPR, la principal política pública en la materia, incluye partidas específicas sobre discapacidad.¹⁵¹

La disponibilidad de información es una condición indispensable para que la sociedad civil pueda ejercer su derecho a participar en todas las etapas del diseño, planificación, implementación y evaluación del paquete fiscal en materia de salud sexual y reproductiva.¹⁵² En consecuencia, la omisión del Estado de facilitar el acceso a la información en la materia pone en evidencia que el presupuesto destinado a la salud sexual y reproductiva no es participativo.¹⁵³

DIFICULTADES PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE PRESUPUESTO

Las autoridades del PNSSyPR no proporcionaron información sobre los siguientes puntos:

- Presupuesto anual destinado a la salud en el período 2012-2016, desagregado por año;
- Presupuesto anual destinado a la promoción de la salud sexual y reproductiva en el período 2012-2016, desagregado por año, con identificación de la partida presupuestaria correspondiente e indicación de cuáles son los planes, programas, acciones o actividades específicos en salud sexual y reproductiva afectados a esa partida;
- Presupuesto anual destinado al Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el período 2012-2016, desagregado por año, con identificación de la partida presupuestaria correspondiente e indicación de cuáles son los planes, programas, acciones o actividades específicos sobre salud sexual y reproductiva afectados a esa partida;
- Presupuesto anual destinado a la promoción del derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva, en el período 2012-2016, desagregado por año, con identificación de la partida presupuestaria correspondiente e indicación de cuáles son los planes, programas, acciones o actividades específicos sobre salud sexual y reproductiva afectados a esa partida.
- ¿Cuál fue la asignación y ejecución presupuestaria total para la compra de métodos anticonceptivos en el período 2012-2016 (desagregar por año)? ¿Cuál fue el volumen o cantidad total de anticonceptivos adquiridos con dicho presupuesto en el período 2012-2016 (desagregar por año y tipo de método)?

¹⁵¹ Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas-Aguilar, *supra* nota 3, parág. 70.

¹⁵² ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 82, parágs. 44 y 48.

¹⁵³ “[Los] ciudadanos, las organizaciones de la sociedad civil, los académicos y los dispensadores de servicios de salud deberían poder contribuir eficazmente a los debates sobre el presupuesto, por ejemplo señalando las necesidades, y estar informados de los criterios aplicados para adoptar las decisiones.” *Ídem*, parág. 48.

INFORMACIÓN, BIENES Y SERVICIOS EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DISPONIBILIDAD DE INFORMACIÓN, BIENES Y SERVICIOS ACCESIBLES EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El PNSSyPR debe garantizar la disponibilidad de un número adecuado de establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la salud que proporcionen el conjunto más completo posible de servicios de salud sexual y reproductiva a todas las personas, incluidas todas las personas con discapacidad y sean accesibles.¹⁵⁴ En particular, se debe garantizar la disponibilidad de las intervenciones, medicamentos¹⁵⁵ y servicios¹⁵⁶ esenciales en materia de salud sexual y reproductiva.¹⁵⁷

11. ¿Cuántos centros de salud proporcionan información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva?

La Tabla 3¹⁵⁸ indica la cantidad de centros de salud que proporcionan información, bienes y servicios en materia de métodos anticonceptivos (MAC) a toda la población, incluidas las personas con discapacidad. Los datos corresponden al año 2014.

TIPO DE EFECTOR DE SALUD	CANTIDAD DE EFECTORES QUE ENTREGABAN ALGÚN MAC
Hospitales	485
Centros de atención primaria de la salud	5.974
Otros ¹⁵⁹	453
Cantidad total de efectores donde se entregaba algún tipo de MAC	8.426

Tabla 3. Efectores de salud que entregaban MAC en 2014, según tipo de efector. Elaboración propia con datos del PNSSyPR.

¹⁵⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22, supra* nota 83, parág. 12. Énfasis agregado.

¹⁵⁵ Los medicamentos esenciales incluyen “una amplia gama de métodos anticonceptivos, como los preservativos y los anticonceptivos de emergencia, medicamentos para la asistencia en casos de aborto y después del aborto, y medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos, para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH.” *Ídem*, parág. 13.

¹⁵⁶ Los servicios e intervenciones esenciales comprenden la “atención de la salud materna; la información y los servicios de anticoncepción; la atención para el aborto sin riesgo; y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, los cánceres del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA”. *Ídem*, parág. 45.

¹⁵⁷ *Ídem*, parágs. 13 y 49, inciso g).

¹⁵⁸ Elaborada por los autores con información proporcionada en la Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

Como surge de la tabla, existe una diferencia significativa entre el valor que surge de sumar los valores correspondientes a los rubros *Hospitales*, *Centros de atención primaria de la salud* y *Otros* y la cantidad total de efectores donde se entrega algún tipo de MAC. Se desconoce el motivo de esta diferencia.

¹⁵⁹ “Postas Sanitarias, Universidades, Unidades Penitenciarias, Centros Integradores Comunitarios, Organizaciones de la Sociedad Civil.” Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

De acuerdo a lo informado por el PNSSyPR¹⁶⁰, del total de *hospitales* que entregaba algún MAC en 2014, el

- 74,3% realizaba asesoría integral de salud sexual;
- 87,9% entregaba Anticoncepción Hormonal de Emergencia en los servicios de guardia;
- 48,2% prestaba servicios de atención frente a casos de violencia sexual;
- 39,9% contaba con servicios de atención post aborto;
- 31,6% realizaba ligadura tubaria;
- 14% realizaba vasectomías;
- 27,2% realizaba interrupción legal del embarazo.

12. Del total de centros de salud que proporcionan información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, ¿cuántos son accesibles para las personas con discapacidad?

El Estado no cuenta¹⁶¹ con información sobre cuántos centros de salud cumplen con las tres dimensiones del requisito accesibilidad (accesibilidad física, accesibilidad económica, y accesibilidad de la información y la comunicación). Este requisito es un componente esencial del derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva.¹⁶²

EL COMITÉ CEDAW Y LA FALTA DE ACCESIBILIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD DE ARGENTINA

En sus observaciones finales al séptimo informe periódico presentado por Argentina, el Comité CEDAW manifestó su preocupación por “[el] acceso limitado a servicios especializados de salud, en particular los servicios de salud sexual y reproductiva, para las mujeres con discapacidad.”¹⁶³ En consecuencia, el Comité le recomendó al Estado que “[adopte] medidas para garantizar que los servicios de salud, en particular los servicios ginecológicos, sean accesibles para las mujeres con discapacidad, sobre todo mediante inversiones en centros de salud y equipamiento y la sensibilización de los profesionales de la atención de la salud sobre los derechos y la dignidad de las mujeres con discapacidad.”¹⁶⁴

13. ¿Cuáles son los métodos y prácticas anticonceptivas disponibles en los centros de salud?

La Tabla 4¹⁶⁵ que sigue describe los métodos y prácticas anticonceptivas distribuidos por el PNSSyPR a toda la población, incluidas las personas con discapacidad, y el tipo de centro de salud en los que se ofrecen.

¹⁶⁰ *Ídem*.

¹⁶¹ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

¹⁶² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 83, nota al pie 13.

¹⁶³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de la Argentina*, *supra* nota 9, parág. 34.

¹⁶⁴ *Ídem*, parág. 35.

¹⁶⁵ La información incluida en esta tabla fue proporcionada en la Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

	INSUMO	INSTANCIA DE SALUD DONDE SE OFRECE
Insumos Medicamentosos	Anticonceptivo Hormonal Combinado Inyectable (Mensual) Noretisterona + estradiol - Ampolla 50 mg/5mg	
	Anticonceptivo Hormonal Inyectable (Trimestral) Medroxiprogesterona - Ampolla 150 mg	
	Anticonceptivo Hormonal Combinado Oral Etinilestradiol+levonorgestrel - Comp.0.03/0.15mg	
	Anticonceptivo Hormonal para la Lactancia Levonorgestrel - Comp. 0.03 mg	
	Anticonceptivo Hormonal de Emergencia Levonorgestrel - Comp. 0.75 mg	
	Implante Subdermico Etonergestrel 68mg	Efectores que reciben botiquines CUS Medicamentos ¹⁶⁶ y/o efectores abastecidos por los depósitos provinciales
	Anticonceptivo Hormonal Combinado Oral con Gestodeno Etinilestradiol + Gestodeno - Comp. 0,02 mg / 0,075mg	
	Anticonceptivos sólo progestageno Desogestrel 0,075 mg	
Insumos No medicamentosos	Sistema intrauterino liberador de hormona Levonogestrel 51mg.	
	Condomes Preservativo de latex	
	Dispositivo Intrauterino T DIU T Cobre 380 mm	
Prácticas	Dispositivo Intrauterino Multiload DIU Multiload 385 mm	
	Ligadura Tubaria	Se realizan en hospitales ¹⁶⁷
	Vasectomía	

Tabla 4 – Métodos y prácticas anticonceptivas incluidas en la canasta del PNSSyPR, según instancia de salud donde se ofrece. Elaboración propia con datos del PNSSyPR.

No existen datos precisos sobre si estos métodos y prácticas anticonceptivas también están disponibles para las personas con discapacidad institucionalizadas.

¹⁶⁶ “La entrega de los insumos se realiza través de la logística de distribución del Programa CUS-Medicamentos. Los insumos son distribuidos en botiquines exclusivos.” Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

¹⁶⁷ Se están desarrollando experiencias de realización de vasectomía sin bisturí, práctica ambulatoria. *Ídem*.

ALGUNAS NORMAS RELEVANTES EN MATERIA DE MÉTODOS Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS

- La **Ley 25.673** (2002) reconoce que “a demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, [los servicios de salud deberán] prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.”¹⁶⁸ Los servicios de salud también deben “[efectuar] controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.”¹⁶⁹
- La **Resolución 232/2007** del Ministerio de Salud incorporó la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) al Programa Médico Obligatorio.¹⁷⁰
- La **Ley 26.130** (2006) reconoce 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.”¹⁷¹ La **Resolución 755/2006** establece que el costo de estas prácticas debe ser solventado por obras sociales y prepagas.¹⁷²
- A la luz de la **Ley Nacional 26.485** (2009), “obstaculizar el acceso a los métodos anticonceptivos es una forma de violencia contra la libertad reproductiva y su negativa conlleva responsabilidad profesional y para la institución.”¹⁷³
- En 2005, el Ministerio de Salud dictó la **Resolución 989**¹⁷⁴, mediante la cual aprobó la *Guía para el mejoramiento de la atención post aborto*.¹⁷⁵ Una versión “revisada, reformulada y actualizada”¹⁷⁶ de este documento fue publicada en 2015, con el título *Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto*.¹⁷⁷ Las dos versiones contienen un capítulo y/o una sección específica sobre anticoncepción post aborto.

14. En la práctica, ¿cuántos métodos anticonceptivos fueron distribuidos en el período 2012-2016?

La Tabla 5¹⁷⁸ indica la cantidad de métodos anticonceptivos distribuidos por el PNSSyPR en el período 2012-2016. Se desconoce cuántos o qué porcentaje de esos métodos anticonceptivos fueron distribuidos a personas con discapacidad.

¹⁶⁸ Ley 25673, artículo 6, inciso b).

¹⁶⁹ *Ídem*, artículo 6, inciso c).

¹⁷⁰ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 232/2007*, 2 de marzo de 2007.

¹⁷¹ Ley 26130, artículo 1.

¹⁷² Ministerio de Salud de la Nación, *Métodos anticonceptivos*, *supra* nota 106, p. 177.

¹⁷³ *Ídem*, p. 44.

¹⁷⁴ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 989/2005*, disponible en <http://bit.ly/2rGVIFP>

¹⁷⁵ Ministerio de Salud de la Nación, *Guía para el mejoramiento de la atención post aborto*, agosto de 2005, disponible en <http://bit.ly/2tTtNO8>

¹⁷⁶ Ministerio de Salud de la Nación, *Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto*, *supra* nota 119.

¹⁷⁷ *Ídem*.

¹⁷⁸ La información incluida en esta tabla fue proporcionada en la Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

TIPO DE MÉTODO	AÑO				
	2012	2013	2014	2015	2016
Anticonceptivo Hormonal Combinado Inyectable (Mensual)	2.988.955	1.850.396	3.678.718	1.957.375	1.973.747
Anticonceptivo Hormonal Inyectable (Trimestral)	120.000	1.621	129.144	149.154	181.520
Anticonceptivo Hormonal Combinado Oral	4.095.335	5.646.070	6.206.433	4.155.290	1.353.644
Anticonceptivo Hormonal para la Lactancia	475.618	973.247	1.119.258	742.139	405.285
Anticonceptivo Hormonal de Emergencia	153.587	289.512	631.410	325.839	100.103
Implante Subdermico	-	-	12.420	40.537	37.511
Anticonceptivo Hormonal Combinado Oral con Gestodeno	-	-	2.456.890	1.659.669	147.880
Anticonceptivo sólo progestágeno	-	-	525.640	501.035	128.342
Sistema intrauterino liberador de hormona	-	-	-	3.200	8.900
Condomes	15.325.344	23.951.520	10.475.136	16.086.384	12.960
Dispositivo Intrauterino T	97.000	57.000	65.425	64.055	23.606
Dispositivo Intrauterino Multiload	56.500	30.500	33.050	41.910	34.690
Test para la detección del embarazo	593.269	393.162	173.710	685.335	280.076
Total	23.905.608	33.193.028	25.507.234	26.411.922	4.688.264¹⁷⁹

Tabla 5 – Cantidad de métodos anticonceptivos distribuidos por el PNSSyPR, desagregada por tipo de método y año (en unidades de tratamiento).Elaboración propia con datos del PNSSyPR.

¹⁷⁹ En otro apartado de la respuesta brindada por el PNSSyPR, se indica: “[en] el año 2016 se repartieron un total de 7.873.688 unidades de tratamientos de métodos anticonceptivos.” Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

CANTIDAD TOTAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DISTRIBUIDOS

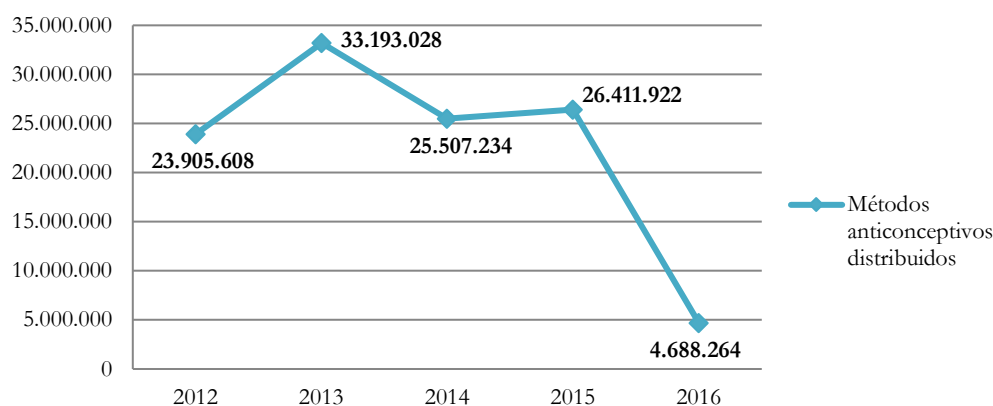


Gráfico 1 - Cantidad de total de métodos anticonceptivos distribuidos por el PNSSyPR, desagregada por año (en unidades de tratamiento). Elaboración propia.

El Gráfico muestra la cantidad total de métodos anticonceptivos distribuidos anualmente en el período 2012-2016. El eje horizontal corresponde a los años y el eje vertical indica la cantidad, en una escala de 0 a 35.000.000.

OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

15. De acuerdo al marco normativo vigente, ¿cuáles son las obligaciones de los equipos de salud al momento de proporcionar información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva?

Cuando una persona, con o sin discapacidad, acude a un centro de salud a solicitar información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, los equipos de salud deben:¹⁸⁰

- Asegurar su intimidad y la confidencialidad de la atención;
- Acompañar su decisión autónoma;
- Realizar consejería en base a los Criterios Médicos de Elegibilidad¹⁸¹ y dar información adecuada, validada científicamente y en forma accesible;
- Contar con su consentimiento informado;
- Abstenerse de obstaculizar el acceso a métodos o prácticas anticonceptivas, por ejemplo, exigiéndole prácticas médicas (i.e. estudios médicos complementarios¹⁸²) o administrativas (i.e. presentación del documento de identidad) innecesarias;
- Respetar el carácter gratuito de los insumos del PNSSyPR. Esta obligación también alcanza las obras sociales y prepagas y comprende los métodos y prácticas anticonceptivas contempladas en el Plan Médico Obligatorio y leyes específicas;

¹⁸⁰ Los puntos que siguen están basados en Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1 y Ministerio de Salud de la Nación, *Métodos anticonceptivos*, *supra* nota 106.

¹⁸¹ Ministerio de Salud de la Nación, *Métodos anticonceptivos*, *supra* nota 106.

¹⁸² “Algunas/os profesionales de la salud, antes de suministrar un MAC, solicitan estudios complementarios, por ejemplo: análisis de sangre, Papanicolaou (PAP), ecografías o algún otro. Sin embargo, NO son requisito para iniciar el MAC, ni motivo para postergar o negar su entrega.” *Ídem*, p. 94.

- Garantizar su derecho a contar con sistemas de apoyo para la toma de decisiones y/o el ejercicio de sus derechos, en particular, su derecho a la salud sexual y reproductiva.

Estas obligaciones generales también rigen si la persona que solicita la atención es una persona con discapacidad institucionalizada y/o una persona declarada incapaz.

16. Los equipos de salud ¿pueden exigir que las personas, con o sin discapacidad, estén acompañadas por un tercero al momento de acceder a información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva?

Por regla, no. Exigir que las personas, con o sin discapacidad, estén acompañadas por un tercero al momento de acceder a información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva viola su derecho a la privacidad y la confidencialidad de la atención.¹⁸³

En relación a este punto, la Resolución 65/2015 enfatiza que:

“[las] personas con movilidad reducida... muchas veces son obligadas a estar durante la consulta con parientes o familiares que faciliten el ingreso a la consulta o incluso la revisión médica, lo cual, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, puede resultar violatorio de los derechos a la privacidad y confidencialidad. Aún más común resulta esta situación cuando se trata de personas con discapacidad auditiva. En estos casos *es muy importante que las personas que asisten a la consulta solamente estén presentes con el consentimiento de la [persona con discapacidad] y se ofrezca en todo momento que le acompañe cualquier persona de su confianza* o incluso se puede solicitar a los organismos de protección de derechos asistencia en caso de que la persona prefiera tener un/a acompañante que no pertenezca a su entorno.”¹⁸⁴

No obstante, existen dos excepciones a esta regla:

- Si la persona es *menor de 13 años*, para acceder a la mayoría de los métodos y prácticas anticonceptivas debe estar acompañada por una “[persona] que [ejerza], formal o informalmente, roles de cuidado.”¹⁸⁵ No obstante, la presencia de un tercero no puede exigirse si la persona solicita el acceso a preservativos/condones y a información sobre salud sexual y reproductiva.¹⁸⁶
- Si la persona es *mayor de 13 años y menor de 16 años*, puede acceder a prácticas de salud sexual y reproductiva que sean invasivas, comprometan su estado de salud o provoquen un riesgo grave en su vida o integridad física¹⁸⁷ siempre que esté acompañada por una “[persona] que [ejerza], formal o informalmente, roles de cuidado.”¹⁸⁸ Esta excepción no alcanza a las prácticas que involucran el acceso a métodos anticonceptivos transitorios, diagnóstico de VIH y test de embarazo.¹⁸⁹

Estas excepciones aplican a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad.

¹⁸³ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65, sección 3.2

¹⁸⁴ *Ídem*. Énfasis agregado.

¹⁸⁵ *Ídem*, sección 2.2

¹⁸⁶ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

¹⁸⁷ Código Civil y Comercial de la Nación, artículo 26.

¹⁸⁸ *Ídem*.

¹⁸⁹ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65, sección 2.3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

17. ¿Qué normas regulan el derecho de las personas con discapacidad a brindar su consentimiento informado para acceder a información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva?

El marco normativo que regula el derecho de las personas con discapacidad a brindar su consentimiento informado para acceder a información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva comprende las siguientes normas:

- Decreto 1282/2003 del Poder Ejecutivo Nacional;¹⁹⁰
- Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud;
- Código Civil y Comercial de la Nación;
- Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud.

Los procedimientos y requisitos establecidos en estas normas aplican a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad institucionalizadas y las personas con discapacidad declaradas incapaces, salvo los supuestos de excepción mencionados más abajo.

18. ¿Qué requisitos debe cumplir el consentimiento para que sea válido?

El consentimiento debe ser brindado antes cualquier actuación sanitaria

El artículo 6 de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud establece que “[toda] actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere... el previo consentimiento informado del paciente.”¹⁹¹

El consentimiento debe ser emitido por la persona titular del derecho

El artículo 59 del CCyC deja en claro que “[nadie] puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado.”¹⁹² *Esta regla también alcanza a las personas con discapacidad.*

En principio,

“todas las personas que no han recibido una sentencia de restricción a la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud deben ser tenidas por capaces en el sistema de salud. De tal suerte podrán consentir de forma autónoma, utilizando o no, un sistema de apoyo voluntario y de confianza en los términos que lo deseen.”¹⁹³

En estos casos, se debe utilizar un sistema de apoyo *si y sólo si* la persona así lo solicita.

Si la *persona ha recibido una sentencia de restricción a la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud*, tiene derecho a prestar su consentimiento por sí misma, pero debe contar con la asistencia de un sistema de apoyos, según los términos de la sentencia. Es decir, la utilización de un sistema de apoyos es obligatoria, pero “quien toma las decisiones sobre el cuidado de su cuerpo es la persona. El apoyo nunca sustituye su

¹⁹⁰ Decreto 1282/2003, artículos 4 y 6.

¹⁹¹ Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, artículo 6.

¹⁹² Código Civil y Comercial, artículo 59.

¹⁹³ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015, supra* nota 65, sección 3.2

decisión.”¹⁹⁴ En estos casos, el equipo de salud debe “[preguntar] sobre los términos de la declaración... [e implementar] el sistema en los términos de la sentencia respetando la capacidad de ejercicio de la persona.”¹⁹⁵

LA REGULACIÓN DE LAS RESTRICCIONES A LA CAPACIDAD JURÍDICA EN EL CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL: ANÁLISIS CRÍTICO A LA LUZ DE LA CDPD

El artículo 31 del CCyC establece los principios que rigen las restricciones al ejercicio de la capacidad jurídica. En particular, el artículo establece que “la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial [y que]... las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona.”¹⁹⁶

El marco normativo permite que se restrinja la capacidad jurídica de una persona mayor de 13 años, si “padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes.”¹⁹⁷ Esta restricción puede ser solicitada por “a) el propio interesado; b) el cónyuge no separado de hecho y el conviviente mientras la convivencia no haya cesado; c) los parientes dentro del cuarto grado; si fueran por afinidad, dentro del segundo grado; d) el Ministerio Público.”¹⁹⁸

En principio, las restricciones a la capacidad jurídica alcanzan a determinados actos jurídicos. La sentencia que restringe la capacidad jurídica de una persona debe identificar cuáles son estos actos y “designar el o los apoyos necesarios”¹⁹⁹ para que la persona pueda realizarlos. También debe indicar las funciones que desempeñara el apoyo, tomando en cuenta las necesidades y circunstancias de la persona.²⁰⁰

El artículo 43 del CCyC define al apoyo como “cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general.”²⁰¹ De acuerdo a esta disposición, “[las] medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.”²⁰²

La persona a la que se le restringe la capacidad puede solicitar al juez que designe a una o más personas de su confianza para que actúen como medida de apoyo. En relación al sistema de salvaguardias, el artículo 43 dispone que el juez debe “procurar la protección de la persona respecto de eventuales conflictos de intereses o influencia indebida.”²⁰³

En casos excepcionales, “cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interaccionar 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.”²⁰⁴

Debe tenerse en cuenta que esta regulación de la capacidad jurídica es contraria al artículo 12 de la CDPD. De acuerdo a este artículo:

¹⁹⁴ *Ídem*, sección 3.4.

¹⁹⁵ *Ídem*, sección 3.2.

¹⁹⁶ Código Civil y Comercial, artículo 31.

¹⁹⁷ *Ídem*, artículo 32.

¹⁹⁸ *Ídem*, artículo 33.

¹⁹⁹ *Ídem*, artículo 32.

²⁰⁰ *Ídem*.

²⁰¹ *Ídem*, artículo 43.

²⁰² *Ídem*.

²⁰³ *Ídem*.

²⁰⁴ *Ídem*, artículo 32.

- Ninguna persona puede ser privada, total o parcialmente, de su capacidad jurídica por motivos de discapacidad.²⁰⁵ En consecuencia, tanto las *restricciones parciales* a la capacidad jurídica como las *declaraciones de incapacidad jurídica* son contrarias a la CDPD.
- La utilización de sistemas de apoyo nunca puede ser impuesta a través de un proceso judicial, menos aún si este proceso puede ser iniciado por personas o instituciones distintas a la persona que recibirá los apoyos. Por el contrario, las personas con discapacidad son las únicas legitimadas, a la luz de la CDPD, para solicitar los apoyos que necesitan para el pleno ejercicio de su capacidad jurídica. También tienen derecho a rechazar la utilización de sistemas de apoyo (o de un tipo de apoyo en particular) y a “poner fin a la relación de apoyo o cambiarla en cualquier momento.”²⁰⁶ Asimismo, la persona tiene derecho a “planificar y dirigir su propio apoyo: quién lo presta y cómo lo hace, y si el apoyo se proporciona a través de servicios específicos para personas con discapacidad o de los servicios dirigidos al público en general.”²⁰⁷
- La designación de sistemas de apoyo no subsana la violación del artículo 12 de la CDPD que se produce cuando se restringe la capacidad jurídica de una persona. En otras palabras, si una persona tiene una restricción a su capacidad jurídica, no puede ejercer plenamente los derechos consagrados en el artículo 12 de la CDPD, aun si cuenta con sistemas de apoyo. Para ser compatibles con la CDPD, los sistemas de apoyo deben asistir a la persona en el *pleno* ejercicio de su capacidad jurídica.

Sin embargo, existen algunas excepciones al carácter personal del consentimiento:

- “Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.”²⁰⁸
- Si la persona es *menor de 13 años*, tiene derecho a recibir información clara, completa y oportuna y a acceder a preservativos/condones, por sí misma.²⁰⁹ Es decir, sin necesidad de contar con el acompañamiento y/o el consentimiento de un tercero. Para acceder a otros métodos anticonceptivos, debe prestar su consentimiento con la asistencia de una “[persona] que [ejerza], formal o informalmente, roles de cuidado”²¹⁰
- Si la persona es *mayor de 13 años y menor de 16 años*, se presume que “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.”²¹¹ En consecuencia, puede brindar su consentimiento para el

²⁰⁵ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 116, parág. 15.

²⁰⁶ *Ídem*, parág. 29, inciso g).

²⁰⁷ *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad*, A/HRC/34/58, 20 de diciembre de 2016, parág. 55.

²⁰⁸ Código Civil y Comercial, artículo 59. Énfasis agregado.

²⁰⁹ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

²¹⁰ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65, sección 2.2

²¹¹ Código Civil y Comercial, artículo 26.

acceso a métodos anticonceptivos transitorios, diagnóstico de VIH y test de embarazo.²¹²

Si el tratamiento es invasivo, compromete su estado de salud o está en riesgo su integridad o su vida, la persona *mayor de 13 años y menor de 16 años* debe prestar su consentimiento con la asistencia de una “[persona] que [ejerza], formal o informalmente, roles de cuidado.”²¹³ Si existe conflicto entre ambos, se debe resolver “teniendo en cuenta [el] interés superior [del/a joven], sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.”²¹⁴

A partir de los *16 años*, la persona “es [considerada] como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.”²¹⁵ En consecuencia, tiene derecho a “consentir autónomamente todas las prácticas sanitarias relacionadas con la salud sexual y reproductiva, incluyendo la adecuación corporal en materia de identidad de género, etc.”²¹⁶ Esta regla aplica a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad.

Si la persona los solicita, tiene derecho a contar con sistemas de apoyo para brindar su consentimiento

La Resolución 65/2015 reconoce que “la implementación de un sistema de apoyos para la toma de decisiones y/o el ejercicio de otros derechos es, en sí mismo, un derecho de todas las personas.”²¹⁷ Esta regla resume dos elementos fundamentales del sistema de apoyo: es un derecho y todas las personas, incluidas todas las personas con discapacidad, son titulares de este derecho.

Al ser un derecho, la persona puede decidir si quiere contar con un sistema de apoyo para brindar su consentimiento para acceder a información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva.²¹⁸ Es decir, la implementación de un sistema de apoyos no es un requisito o una condición necesaria para que una persona pueda brindar su consentimiento informado y/o ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

En consecuencia, los equipos de salud no pueden negar el acceso a información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva so pretexto de que la persona que los solicita no cuenta con un sistema de apoyos o no está acompañada. Tampoco pueden presumir que la persona necesite un sistema de apoyos.²¹⁹

Puede ocurrir que una persona asista al centro de salud acompañada por un familiar. No obstante, tal vez, no desea que ese familiar esté presente al momento de la atención, porque no necesita apoyos, o bien los necesita, pero desea ser asistida por otra persona. A fin de brindarle una atención respetuosa de sus derechos, el/la profesional debe consultar directamente con la persona y actuar conforme a su voluntad. En particular, si la persona los solicita, el/la profesional debe “proponer/ofrecer sistemas de apoyo y escuchar las propuestas para las personas que se acerquen a los servicios.”²²⁰

²¹² Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65, sección 2.3

²¹³ *Ídem*, sección 2.2

²¹⁴ Código Civil y Comercial, artículo 26

²¹⁵ Código Civil y Comercial, artículo 26.

²¹⁶ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65, sección 5.4.

²¹⁷ *Ídem*, sección 3.4.

²¹⁸ “No se trata de un requisito para el ejercicio de los derechos y en ningún caso su implementación formal o informal puede suponer una barrera de acceso a las prestaciones requeridas” *Ídem*.

²¹⁹ *Ídem*.

²²⁰ *Ídem*.

En relación a este punto, debe tenerse en cuenta que cualquier individuo puede desempeñarse como sistema de apoyo, siempre que sea elegido y aceptado por la persona a la que le brindará asistencia. Tal como enfatiza la Resolución 65/2015, “[no] se requiere título profesional de ningún tipo. Puede ser una persona allegada. La persona de apoyo puede ser una persona con discapacidad.”²²¹

La persona debe poder decidir el tipo de apoyo que necesita y las funciones que deberá desempeñar el apoyo. En términos generales, “[las] medidas de apoyo tienen como función promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.”²²²

Con independencia de las funciones específicas que se le asignen, el apoyo no representa a la persona ni puede sustituirla en el ejercicio de sus derechos. Es decir, el apoyo no puede brindar el consentimiento en representación de la persona. Los equipos de salud tampoco pueden exigir que el apoyo brinde su consentimiento para que la persona pueda acceder a información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva. Sólo es exigible el consentimiento de la persona.

Es fundamental que “el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardias adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por el/la titular del derecho.”²²³ Las salvaguardias deben estar orientadas a realizar un control externo de la labor del apoyo, para garantizar que se respeta la voluntad de la persona.

Pese a la plena vigencia y exigibilidad de estos requisitos en materia de apoyos, no existen evidencias de que el PNSSyPR haya implementado acciones sustantivas para garantizar su cumplimiento.²²⁴

El consentimiento debe ser informado

De acuerdo al artículo 59 del CCyC:

“El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a:

- a) su estado de salud;
- b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) los beneficios esperados del procedimiento;
- d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.”²²⁵

²²¹ *Ídem.*

²²² *Ídem.* Código Civil y Comercial, artículo 43.

²²³ *Ídem.*

²²⁴ En relación al apoyo para brindar el consentimiento para las prácticas de anticoncepción quirúrgica, en 2012, el Estado informó al Comité CRPD que “[tenía] en su agenda la planificación de metodologías para garantizar el derecho a mantener la fertilidad de las personas con discapacidad, sin embargo, este tema aún no ha sido abordado.” No existen evidencias de que se hayan registrado avances en relación a este punto.

Fuente de la cita: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Respuestas del Gobierno de la Argentina a la lista de cuestiones (CRPD/C/ARG/Q/1) que deben abordarse al examinar el informe inicial de la Argentina (CRPD/C/ARG/1)*, *supra* nota 49, parág. 185.

²²⁵ Código Civil y Comercial, artículo 59.

En relación a este punto, es importante tener en cuenta que

“el consentimiento informado es un proceso que inicia desde el comienzo de la atención y se prolonga durante toda la relación sanitaria. Este proceso tiene por finalidad garantizar que el/a usuario/a del servicio tome decisiones sanitarias basadas en la información necesaria...No se trata por tanto, de un momento, sino de un proceso de expresión de la voluntad que se va dando a través de la consulta y durante toda la relación sanitaria.”²²⁶

Por regla, el consentimiento debe ser expresado verbalmente

Así lo establece el artículo 7 de la Ley 26.529. Esta regla general también aplica en caso de que la persona que brinda el consentimiento sea un niño, niña o adolescente, con o sin discapacidad. La Resolución 65/2015 deja en claro que “[en] el caso de las personas con discapacidad, podrán otorgar consentimiento verbal de forma autónoma, o con la asistencia del sistema de apoyo adecuado a sus condiciones particulares.”²²⁷

Si trata de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos²²⁸ y procedimientos que implican riesgos, el consentimiento debe ser otorgado “por escrito y debidamente suscrito.”²²⁹ En estos casos, los equipos de salud deben:

“asegurar que existan los ajustes razonables para permitir que tanto [niños, niñas y adolescentes] como personas con discapacidad, puedan comprender el contenido del documento y dejar asentado el sentido de su voluntad. La firma podrá emitirse en cualquier formato (braille, manuscrito, digital, audio, etc.) o idioma. Otros ajustes, podrán ser por ejemplo, sustituir la firma por la impresión dactilar, o utilizar cualquier otro mecanismo que indique que la persona comprende la información y expreso su voluntad en tal sentido, como la firma de una persona que haga parte del sistema de apoyo, el/la profesional de la salud, entre otros.”²³⁰

19. Los requisitos enumerados en la respuesta a la pregunta 18 ¿también rigen el consentimiento informado para acceder a prácticas de anticoncepción quirúrgica?

Sí. El acceso a estas prácticas también se rige por la Ley 26130 y la Resolución 755/2006.²³¹

El artículo 1 de la Ley 26130 reconoce 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.”²³² A los fines de esta disposición, las personas deben ser consideradas como mayores de edad a partir de los 16 años.²³³

²²⁶ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

²²⁷ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65, sección 5.2

²²⁸ La Resolución 65/2015 establece que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos son aquellos de “gravedad que impliquen riesgo para la vida o riesgo grave para la salud.” *Ídem*, sección 2.2

²²⁹ Ley 26.529, artículo 7.

²³⁰ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65, sección 2.2

²³¹ Obliga a las entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud a cubrir el 100% del costo de estas prácticas Superintendencia de Servicios de Salud, *Resolución 755/2006*, artículo 1.

²³² Ley 26130, artículo 1.

²³³ Código Civil y Comercial, artículo 26.

De acuerdo al artículo 2 de la ley, si la *persona es capaz*, su consentimiento informado es un “requisito previo inexcusable”²³⁴ para que pueda acceder a la práctica. La misma disposición deja en claro que “no se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial.”²³⁵ Tampoco es necesario que la persona haya tenido hijos/as antes de solicitar la práctica.²³⁶

El PNSSyPR ha dejado en claro que esta regla también aplica a las personas con discapacidad. Así, “[las] personas con discapacidad mental o psicosocial tienen derecho a mantener su fertilidad y a otorgar, o no, su consentimiento para la realización de la práctica *en igualdad de condiciones que las demás personas*.”²³⁷

Sin embargo, el artículo 3 de la Ley 26.130 establece una excepción a esta regla: si la *persona ha sido declarada judicialmente incapaz*, “es requisito ineludible la autorización judicial solicitada por [su] representante legal.”²³⁸ Esta excepción implica que, contrariamente a lo señalado por el PNSSyPR, las personas con discapacidad que son encuadradas dentro de este supuesto de excepción no pueden brindar su consentimiento “en igualdad de condiciones que las demás personas” (ver *Recuadro: La Ley 26130 viola la CDPD*).

Ahora bien, ¿quiénes encuadran dentro del supuesto de excepción establecido en el artículo 3? La Ley 26.130 fue aprobada en 2006. En ese momento, el Código Civil vigente facultaba a los jueces a declarar incapaces a “las personas que por causa de enfermedades mentales no [tenían] aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes.”²³⁹

Desde 2015, el Código Civil y Comercial permite que:

- se *restrinja la capacidad jurídica* de una persona en relación a determinados actos jurídicos, si se trata de “una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes.”²⁴⁰
- se *declare la incapacidad* de una persona, si “se [encuentra] absolutamente imposibilitada de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos [resulta] ineficaz.”²⁴¹

De acuerdo a lo informado por el PNSSyPR, el artículo 3 de la Ley 26.130 sólo aplica si la persona cuenta con una restricción a su capacidad jurídica establecida a través de una “sentencia judicial en la cual expresa y específicamente se la inhabilita para ejercer su derecho a elegir esta práctica.”²⁴² El PNSSyPR también señala que una persona que cuenta con este tipo de sentencia puede consentir por sí misma, pero debe contar con una autorización judicial para acceder a la práctica. Aún si se acepta esta interpretación como válida,²⁴³ la Ley 26.130 viola la CDPD (ver *Recuadro: La Ley 26.130 viola la CDPD*).

²³⁴Ley 26130, artículo 2.

²³⁵*Ídem*.

²³⁶ Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

²³⁷*Ídem*. Énfasis agregado.

²³⁸Ley 26130, artículo 3.

²³⁹ Código Civil, artículo 141.

²⁴⁰ Código Civil y Comercial, artículo 32 .

²⁴¹*Ídem*.

²⁴² Respuesta del Ministerio de Salud de la Nación a un pedido de acceso a la información pública, *supra* nota 1.

²⁴³ Esta interpretación no está explicitada en ninguna norma.

LA LEY 26.130 VIOLA LA CDPD

Al regular los requisitos necesarios para acceder a prácticas de anticoncepción quirúrgica, los artículos 2 y 3 de la Ley 26.130 establecen una clara distinción entre dos grupos:

a) las personas que cuentan con una restricción a su capacidad jurídica vinculada a la toma de decisiones sobre las prácticas de anticoncepción quirúrgica, si aceptamos como válida la interpretación que hace el PNSSyPR, o bien las personas que han sido declaradas incapaces, si nos atenemos a la letra de la ley;

y

b) las personas que no cuentan con restricciones para el ejercicio de su capacidad jurídica ni han sido declaradas incapaces.

Sólo las personas que son encuadradas dentro del grupo a) deben contar con autorización judicial para acceder a las prácticas de anticoncepción quirúrgica. La ley prohíbe que se exija este requisito a las personas que conforman el grupo b).

Al establecer esta distinción, el Estado argentino violó el artículo 23 de la CDPD. Este artículo obliga al Estado a garantizar que “[las] personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, *en igualdad de condiciones con las demás*.”²⁴⁴ Esto implica que las personas con discapacidad tienen derecho a brindar su consentimiento previo, libre, pleno e informado para las prácticas de anticoncepción quirúrgica, *en igualdad de condiciones con las demás personas*.²⁴⁵

Estas condiciones incluyen el carácter personal del consentimiento, en todos los casos y sin excepciones. Tal como sostuvo la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), esto implica que sólo la persona a la que se le practicará la anticoncepción quirúrgica esta “facultada para brindar el consentimiento, y no terceras personas, por lo que no se deberá solicitar la autorización de la pareja *ni de ninguna otra persona*, para la realización de una esterilización.”²⁴⁶ La frase “ninguna otra persona” incluye a los/as jueces/zas.²⁴⁷

La Corte IDH también dejó en claro que “si la mujer no pudiera dar su consentimiento no se deberá acudir a una tercera persona, sino que se deberá esperar hasta que ella pueda brindarlo.”²⁴⁸ Una vez más, la frase “una tercera persona” incluye a los/as jueces/zas.²⁴⁹ Esto así porque la esterilización no es “un procedimiento de urgencia o emergencia de daño inminente.”²⁵⁰

En consecuencia, a la luz del derecho internacional, no existe ningún supuesto en virtud del cual se pueda prescindir del consentimiento de la persona a la que se le realizará una práctica de anticoncepción quirúrgica, o se le pueda exigir que obtenga una autorización judicial para acceder a estas prácticas, tal como lo hace el artículo 3 de la Ley 26.130.

La persona tiene derecho a recibir información sobre los siguientes puntos:

“La naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar.

²⁴⁴ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 23. Énfasis agregado.

²⁴⁵ *Ídem*, artículos 12 y 25.

²⁴⁶ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, sentencia de 30 de noviembre de 2016 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas) [*Caso I.V. vs. Bolivia*], online: Corte IDH, <http://bit.ly/2i5KhkX>, parág. 177.

²⁴⁷ Organización Mundial de la Salud, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization*, 2014, online: OMS <http://bit.ly/1h8S8YG>, p. 9.

²⁴⁸ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 245, parág. 182.

²⁴⁹ Organización Mundial de la Salud, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization*, *supra* nota 246, p. 9.

²⁵⁰ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 245.

Otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos autorizados que pueden ser una alternativa a la [anticoncepción quirúrgica]: existencia y disponibilidad de otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos.

Las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias.

Esto incluye:

- Explicación detallada sobre el método.
- Técnicas quirúrgicas y tipo de anestesia.
- Estudios pre-quirúrgicos a realizar.
- Cuidados y seguimiento post quirúrgicos.
- Complicaciones a corto y largo plazo. Implicancias sobre la salud.
- Efectividad. Tasa de falla.
- Reversibilidad.”²⁵¹

Asimismo, “debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información.”²⁵² En la historia clínica también debe constar que la persona brindó su consentimiento informado.²⁵³ El consentimiento debe ser brindado por escrito²⁵⁴.

Los procedimientos y requisitos establecidos en estas normas aplican a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad institucionalizadas y las personas con discapacidad declaradas incapaces, salvo los supuestos de excepción ya mencionados.

DIFICULTADES PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA

El PNSSyPR no proporcionó información estadística sobre los siguientes puntos:

- Cantidad de personas con discapacidad que han accedido a prácticas de anticoncepción quirúrgica en centros de salud públicos, en el período 2012-2016;
- Cantidad de personas con discapacidad institucionalizadas que han accedido a prácticas de anticoncepción quirúrgica en centros de salud públicos, en el período 2012-2016

20. Los requisitos enumerados en la respuesta a la pregunta 18 ¿también rigen el consentimiento informado para acceder a la interrupción legal del embarazo?

Sí. Asimismo, el *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* establece el procedimiento que deben seguir y los requisitos que una persona debe cumplir para acceder a la práctica del aborto no punible en hospitales y centros de

²⁵¹ Ministerio de Salud de la Nación, *Métodos anticonceptivos*, *supra* nota 106, p. 178.

²⁵² Ley 26130, artículo 4.

En relación a este punto, el artículo 2 de la Resolución 755/2006 obliga a las entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud a:

“a) Efectuar la divulgación a nivel general sobre la materia y eventuales derivaciones de las prácticas mencionadas en el artículo siguiente.

b) Instruir sobre los principios de autodeterminación personal referidos a la información, evaluación y comprensión de esa información (con referencia a la experiencia vital del paciente y su sistema de valores).

c) Brindar la información en términos claros y adecuados al nivel de comprensión, estado psíquico y características personales del paciente, de manera tal, que permita al beneficiario poder efectuar una libre elección en cuanto a tratarse o rehusar un tratamiento, o entre distintas alternativas terapéuticas.

d) Propender a la necesaria educación y adecuada preparación por parte de la persona responsable de la explicación y asistencia de quien demanda un servicio sanitario.”

²⁵³ Ministerio de Salud de la Nación, *Métodos anticonceptivos*, *supra* nota 106, p. 180.

²⁵⁴ Ley 26.529, artículo 7.

salud dependientes tanto del Ministerio de Salud de la Nación como de las 6 jurisdicciones locales que han adherido a este protocolo.²⁵⁵ Las disposiciones de este protocolo aplican a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad institucionalizadas y las personas con discapacidad declaradas incapaces, salvo los supuestos de excepción mencionados más abajo.

LA NECESIDAD DE ARMONIZAR EL LENGUAJE QUE EMPLEA EL PROTOCOLO

Al describir el *Marco jurídico del derecho a interrumpir un embarazo*, el Protocolo reconoce que: “toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa... cuando:

- el embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- el embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- el embarazo proviene de una violación;
- el embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.”²⁵⁶

No existen fundamentos jurídicos o de hecho para establecer una distinción entre los casos en los que “el embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental” y los supuestos en los que “el embarazo proviene de una violación.” Todas las personas (con o sin discapacidad) con capacidad de gestar tienen derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo si el embarazo proviene de una violación. Los requisitos que rigen el ejercicio de este derecho deben ser los mismos para todas las personas, con o sin discapacidad.

Así lo reconocen otros párrafos del Protocolo, como el citado a continuación:

“Este Protocolo está destinado a garantizar la dignidad y derechos de toda persona con capacidad biológica de gestar y, por lo tanto, potencial sujeto del derecho a abortar cuando su vida o salud estén en peligro, o esté *cursando un embarazo producto de una violación sexual, independientemente de tener o no una discapacidad intelectual o mental.*”²⁵⁷

El lenguaje utilizado por el Protocolo debería ser armonizado tomando como base el contenido de este último párrafo.

En relación al consentimiento informado, el Protocolo establece los siguientes lineamientos:

Las mujeres con discapacidad “tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para *decidir* sobre su cuerpo que el resto”²⁵⁸ de las mujeres.

Los servicios de salud deben tener en cuenta y/o respetar la voluntad de las mujeres con discapacidad y tienen la obligación de “proporcionarles las herramientas que aseguren su *participación* en todo acto.”²⁵⁹

²⁵⁵ Santa Fe, Chaco, Jujuy, La Rioja, Santa Cruz y Tierra del Fuego. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Séptimo informe periódico de Argentina*, 6 de marzo de 2015, CEDAW/C/ARG/7, p. 33.

²⁵⁶ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*, supra nota 78, p. 12

²⁵⁷ *Ídem*, p. 16.

²⁵⁸ *Ídem*, p. 18.

Si quien solicita la práctica es una mujer con “discapacidad psicosocial o mental”, el *protocolo* señala que es importante que el equipo de salud la acompañe “durante todo el proceso de atención fortaleciendo su autonomía.”²⁶⁰ En particular, la mujer debe recibir la información que necesite para “decidir con plena comprensión de las circunstancias.”²⁶¹ La información debe ser proporcionada “de forma accesible y adecuada a sus particularidades.... Esto implica el uso de medios y tecnologías adecuadas y flexibles.”²⁶²

El protocolo debería dejar en claro que este lineamiento aplica a todas las mujeres, no sólo a aquellas con “discapacidad psicosocial o mental”. Esto así porque todas las mujeres tienen derecho a ser acompañadas por el equipo de salud y a que se les brinde una atención que fortalezca su autonomía para la toma de decisiones.

En relación a los apoyos, el Protocolo agrega dos consideraciones:

- a) “Una alternativa posible [para cumplir con este deber] es que se solicite a la mujer que elija una o más personas de su confianza para que le presten el apoyo necesario. En caso de no contar con ellas, lo más adecuado y conveniente es designar, con acuerdo de la mujer, a una persona idónea para esto. De esta forma, el procedimiento del consentimiento informado cumplirá con el criterio de respetar la voluntad de la persona con discapacidad.”²⁶³
- b) “En los casos de personas con discapacidad intelectual o mental, se recomienda que la mujer cuente durante todo el proceso con el apoyo de alguien de su confianza (que puede o no ser el representante legal) que la acompañe y asista para que pueda llegar a una mejor comprensión y a una decisión autónoma e informada.”²⁶⁴

En relación al punto a), debe tenerse en cuenta que no es – ni debe ser – función de los equipos de salud solicitar a la mujer que utilice apoyos para la toma de decisiones. Al mismo tiempo, la utilización de sistemas de apoyo no es una condición necesaria ni suficiente para que el procedimiento del consentimiento informado cumpla con el criterio de respetar la voluntad de la persona con discapacidad.

Por el contrario, tal como reconoce la Resolución 65/2015, la mujer, con o sin discapacidad, que solicita la práctica es quien tiene el derecho de requerir la implementación de un sistema de apoyo. En otras palabras, si la mujer no lo solicita, los equipos de salud no le pueden exigir que utilice un sistema de apoyo.

En consecuencia, el párrafo analizado en el punto a) debería leerse de la siguiente manera:

²⁵⁹ *Ídem.*

²⁶⁰ *Ídem.*

²⁶¹ *Ídem.*

²⁶² *Ídem.*

²⁶³ *Ídem.*

²⁶⁴ *Ídem*, p. 29.

“[Si la mujer solicita un apoyo para la toma de decisiones], una alternativa posible es que se le pida que elija una o más personas de su confianza para que le presten el apoyo necesario. En caso de no contar con ellas, lo más adecuado y conveniente es designar, con acuerdo de la mujer, a una persona idónea para esto. De esta forma, el procedimiento del consentimiento informado cumplirá con el criterio de respetar la voluntad de la persona con discapacidad.”²⁶⁵

Esta propuesta permitiría armonizar el texto del protocolo con la nota aclaratoria incorporada en 2016, a la luz de la cual:

“todas las personas que no han recibido una sentencia de restricción a la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud... podrán consentir de forma autónoma *utilizando o no* un sistema de apoyo voluntario y de confianza en los términos que lo deseen.”²⁶⁶

Esta regla también debería aplicarse a las “personas con discapacidad intelectual o mental”. Por lo tanto, debería suprimirse el párrafo señalado en el lineamiento **b)**. Este lineamiento es problemático porque, al igual que el resto de las mujeres, las mujeres con “discapacidad intelectual o mental” tienen derecho a “consentir de forma autónoma *utilizando o no* un sistema de apoyo voluntario y de confianza en los términos que lo deseen.”²⁶⁷ No se les pueden exigir la utilización de un sistema de apoyo.

Asimismo, el Protocolo debería incorporar un párrafo con lineamientos sobre las salvaguardias que deben implementarse para evitar abusos por parte del sistema de apoyos. En relación a este punto, la Resolución 65/2015 establece que:

“la salvaguardia sería un sistema de controles periódicos llevado a cabo por un órgano externo e independiente cuya función es controlar que el sistema de apoyos respete la voluntad de la mujer, por ejemplo si hubiera conflicto de intereses. Las salvaguardias se definen caso por caso. Ese órgano externo, en el caso de aborto no punible, podría ser el Órgano Federal de Revisión de Salud Mental. En el contexto del fallo “F. A. L. s/medida autosatisfactiva” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, se puede concluir que las salvaguardias no deberían provocar la judicialización del caso, ni transformarse en una nueva barrera.”²⁶⁸

En el caso de las mujeres con discapacidad que han sido “declaradas incapaces judicialmente deberá asistirles en el proceso de la consulta y la toma de decisiones su representante *legal*, quien debe firmar también el consentimiento informado.”²⁶⁹

Esta excepción al carácter personal del consentimiento para la práctica de la interrupción legal del embarazo surge del artículo 86 del Código Penal, a la luz del cual, en el caso de las mujeres con discapacidad intelectual o psicosocial

²⁶⁵ *Ídem*.

²⁶⁶ *Ídem*, p. 7.

²⁶⁷ *Ídem*, p. 7.

²⁶⁸ Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65, sección 3.4.

²⁶⁹ *Ídem*, p.18.

(“idiota o demente” en palabras del Código), “el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.”²⁷⁰

Ahora bien, ¿en qué casos aplica esta excepción?

Si se tomara en cuenta el texto de la norma, el artículo 86 del Código Penal debería aplicar sólo a las personas que han sido declaradas incapaces porque “se encuentr[an] absolutamente imposibilitada[s] de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos [resulta] ineficaz.”²⁷¹ Este es el único supuesto en el que el CCyC permite que se declare la incapacidad de una persona y se le designe un representante legal.

Sin embargo, *en virtud de la Resolución 65/2015 y de la nota aclaratoria incorporada al protocolo en 2016, también rige una excepción más amplia y, por ende, más restrictiva de los derechos de las personas con discapacidad. A la luz de esta excepción, si la persona ha recibido una sentencia de restricción a la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud, tiene derecho a prestar su consentimiento para la interrupción legal del embarazo por sí misma. Sin embargo, debe contar con la asistencia de un sistema de apoyos, según los términos de la sentencia. La utilización de un sistema de apoyos es obligatoria, pero “quien toma las decisiones sobre el cuidado de su cuerpo es la persona. El apoyo nunca sustituye su decisión.”²⁷² En estos casos, el equipo de salud debe “[preguntar] sobre los términos de la declaración... [e implementar] el sistema en los términos de la sentencia respetando la capacidad de ejercicio de la persona.”²⁷³*

Ambas excepciones al carácter personal del consentimiento para la práctica de la interrupción legal del embarazo violan la CDPD. En principio, ninguna persona puede ser privada de su capacidad jurídica, en forma total o parcial, por motivos de discapacidad (artículo 12 de la CDPD). Ahora bien, si una persona con discapacidad tiene una restricción total o parcial de su capacidad jurídica, impuesta en violación a sus derechos, el Estado no puede utilizar estas restricciones como fundamento para violar el derecho de la persona a brindar su consentimiento libre e informado para la práctica de la interrupción legal del embarazo (artículo 25 de la CDPD).

El equipo de salud no puede, “bajo ninguna circunstancia”²⁷⁴ solicitar que la mujer acredite la diversidad funcional que determina su discapacidad intelectual y/o mental.

La historia clínica debe documentar todo el proceso de atención a la mujer y su consentimiento informado²⁷⁵

²⁷⁰ Código Penal, artículo 86.

²⁷¹ Código Civil y Comercial, artículo 32.

²⁷² Ministerio de Salud de la Nación, *Resolución 65/2015*, *supra* nota 65, sección 3.4.

²⁷³ *Ídem*, sección 3.2.

²⁷⁴ *Ídem*.

²⁷⁵ *Ídem*.

DIFICULTADES PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

El PNSSyPR no proporcionó información estadística sobre los siguientes puntos

- Cantidad de personas con discapacidad que han accedido a la práctica del aborto no punible en centros de salud públicos, en el período 2012-2016;
- Cantidad de personas con discapacidad institucionalizadas que han accedido a la práctica del aborto no punible en públicos, en el período 2012-2016;
- Acciones que se hayan implementado para garantizar que las mujeres con discapacidad que así lo requieran cuenten con todos los apoyos que le permitan brindar su consentimiento informado a la práctica del aborto no punible sin sustitución de ningún tipo por parte de terceros.

RECOMENDACIONES AL ESTADO

En base a los datos presentados en este informe y a las obligaciones impuestas por el derecho internacional de los derechos humanos, recomendamos al Estado que:

- Produzca y difunda información cualitativa y cuantitativa sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad y, en particular, de las mujeres con discapacidad y las personas con discapacidad institucionalizadas, en forma sistemática;
- Incorpore la perspectiva de discapacidad en todas las políticas públicas orientadas a promover los derechos sexuales y reproductivos de la población y, en particular, en el PNSSyPR.

En relación al PNSSyPR, es especialmente importante que el Estado:

- Incorpore la perspectiva de género y discapacidad en *todas* las acciones y estrategias desarrolladas por el programa (no sólo en aquellas destinadas específicamente a las personas con discapacidad), en forma sustantiva, sistemática y transversal;
- Garantice la participación de las mujeres con discapacidad y las organizaciones que las representan tanto en el Consejo Asesor del PNSSyPR como en *todas* las etapas del diseño, la implementación y la evaluación de *todas* las acciones y estrategias desarrolladas por el programa (no sólo aquellas destinadas específicamente a las personas con discapacidad);
- Dote al PNSSyPR con un presupuesto acorde a la obligación del Estado de destinar el máximo de los recursos de los que dispone para lograr la plena efectividad del derecho a la salud sexual y reproductiva. El presupuesto debe incluir partidas orientadas específicamente a garantizar los derechos de las personas con discapacidad y debe ser desarrollado con la participación de las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan;
- Visibilice a las personas con discapacidad y sus derechos en todos los materiales producidos por el PNSSyPR y, en particular, en las guías de actuación para los profesionales de la salud que brindan información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva. Estas guías deben incluir lineamientos o directrices específicos para evitar y/o abordar las barreras, incluidas las barreras actitudinales, que impiden que las mujeres con discapacidad puedan ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva, en igualdad de condiciones con el resto de las personas;
- Implemente una política sistemática de capacitación a los equipos de salud para que, al momento de brindar información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva a las personas con discapacidad, y en

particular a las mujeres con discapacidad, respeten sus derechos, incluidos sus derechos sexuales y reproductivos;

- Avance en la implementación efectiva de la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación;
- Modifique su marco normativo de modo tal de eliminar las barreras legales que impiden que las mujeres con discapacidad puedan brindar su consentimiento informado para las prácticas de anticoncepción quirúrgica y aborto no punible, en igualdad de condiciones con el resto de las personas.

**EL DERECHO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:
20 PREGUNTAS FUNDAMENTALES SOBRE LAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DEL ESTADO ARGENTINO**

SOFÍA MINIERI

REDI