

**DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS
DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD
APORTES TEÓRICOS PARA UNA AGENDA DE
INCIDENCIA INCLUSIVA**

**SOFÍA MINIERI
REDI**

Sofía Minieri, *Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad. Aportes teóricos para una agenda de incidencia inclusiva*, Buenos Aires: Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), noviembre 2017.

Investigación y redacción: Sofía Minieri
Revisión: Carolina Buceta y Verónica González Bonet.
Diseño y diagramación: Laura Moizeszowicz

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.ar o sofiaminieri@gmail.com.



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

ACERCA DE ESTA PUBLICACIÓN	4
CAPÍTULO I - BREVE INTRODUCCIÓN A LA CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	5
1. Un nuevo paradigma sobre la discapacidad.....	5
2. Algunas nociones básicas sobre la igualdad y no discriminación en la CDPD.....	6
3. Discriminación múltiple y discriminación interseccional contra las mujeres con discapacidad.....	13
CAPÍTULO II - NOCIONES FUNDAMENTALES SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD	15
1. Contenido y alcance de los derechos sexuales y los derechos reproductivos	15
2. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos.....	17
3. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos fundamentales de las personas con discapacidad	18
4. Obligaciones básicas del Estado en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos.....	19
CAPÍTULO III - EL DERECHO DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	33
1. Nociones preliminares sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva.....	35
2. Componentes del derecho a la salud sexual y reproductiva.....	36
3. Obligaciones básicas del Estado en materia de salud sexual y reproductiva.....	59
CAPÍTULO IV - EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FOCO: EL DERECHO A ACCEDER A INFORMACIÓN, BIENES Y SERVICIOS EN MATERIA DE ANTICONCEPCIÓN	70
1. Componentes del derecho a acceder a información, bienes y servicios en materia de anticoncepción.....	71

ACERCA DE ESTA PUBLICACIÓN

Las mujeres con discapacidad, al igual que el resto de las personas con y sin discapacidad, tienen derechos sexuales y derechos reproductivos (DSyDR). Sin embargo, los estereotipos sobre las mujeres con discapacidad y, en particular, sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, dan lugar a prácticas de discriminación múltiple y/o interseccional que les impiden ejercer plenamente estos derechos.

La discriminación hacia las mujeres con discapacidad tiene un impacto especialmente significativo en su derecho a la salud sexual y reproductiva. En particular, las mujeres con discapacidad que viven en Argentina encuentran un sinnúmero de obstáculos para acceder a información, bienes y servicios de anticoncepción y tomar decisiones autónomas en la materia. Muchas mujeres con discapacidad son sometidas a prácticas de esterilización quirúrgica o se les prescriben métodos anticonceptivos de larga duración, sin su consentimiento. En otros casos, las mujeres aceptan utilizar un determinado método anticonceptivo, pero su consentimiento está basado en información errónea o sesgada en virtud de estereotipos y prejuicios.

Esta publicación está dirigida a los agentes del Estado y a las organizaciones de la sociedad civil y activistas comprometidos con la equidad de género y los derechos de las personas con discapacidad. Las páginas que siguen procuran proporcionarles un marco teórico que les permita identificar las prácticas discriminatorias que afectan los DSyDR de las mujeres con discapacidad y analizarlas desde un enfoque que comprenda, como mínimo, las perspectivas de género y discapacidad. También les ofrecemos lineamientos sobre las acciones que debe implementar el Estado para cumplir con su obligación de respetar, proteger y garantizar los DSyDR de las mujeres con discapacidad y, en particular, su derecho a la salud sexual y reproductiva. Se hace especial énfasis en un componente específico de este derecho: el derecho a acceder a información, bienes y servicios de anticoncepción. Al ofrecer estos lineamientos no sólo aspiramos a influenciar la labor de los agentes del Estado sino que, además, buscamos alentar a la sociedad civil a profundizar sus esfuerzos por desarrollar agendas de incidencia cada vez más inclusivas e interseccionales en la materia.

Este documento está dividido en cuatro capítulos. El primer capítulo presenta una breve descripción de las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que resultan relevantes para comprender el contenido del derecho de las mujeres con discapacidad a la igualdad y no discriminación en el ejercicio de sus DSyDR. El primer capítulo también esboza los principios fundamentales del Modelo de Derechos Humanos de la Discapacidad que subyace a la convención.

El segundo capítulo ofrece algunas nociones básicas sobre el contenido y alcance de los DSyDR. También realiza un análisis preliminar de las obligaciones del Estado en relación a estos derechos, con especial énfasis en la obligación del Estado de eliminar y/o abordar los estereotipos compuestos hacia las mujeres con discapacidad. Los dos últimos capítulos profundizan este análisis en relación al derecho de las mujeres con discapacidad a la salud sexual y reproductiva (Capítulo III) y, en especial, a su derecho a acceder a información, bienes y servicios de anticoncepción (Capítulo IV).

CAPÍTULO I

BREVE INTRODUCCIÓN A LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Este capítulo esboza algunas nociones fundamentales sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) que es importante conocer antes de emprender el estudio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad. La CDPD es el primer tratado de derechos humanos de este siglo: fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 2006 y fue ratificada por el Estado argentino en 2008.¹

La CDPD reconoce que todas las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y libertades que el resto de las personas y deben poder ejercerlos en condiciones de igualdad y no discriminación. En particular, la convención deja en claro que las mujeres con discapacidad deben poder “disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.”²

Sin embargo, a más de 10 años de la aprobación de la CDPD, las mujeres con discapacidad siguen enfrentando formas agravadas y/o particulares de discriminación que tienen un impacto significativo en sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

1. UN NUEVO PARADIGMA SOBRE LA DISCAPACIDAD

Tal como explica Agustina Palacios, la CDPD “aporta un cambio de mirada sobre la discapacidad: deja de conceptualizarla como una limitación de la persona, para redefinirla desde la construcción de las relaciones sociales y desde las dinámicas de construcción y exclusión de “otros”, legitimadas en nuestras sociedades a través de barreras —arquitectónicas, comunicacionales, culturales, sociales y legales— que impiden el ejercicio de derechos en condiciones de igualdad para las personas con diversidad funcional.”³ En términos más precisos, la CDPD determinó la consolidación del Modelo de Derechos Humanos, un nuevo paradigma de la discapacidad que retoma muchos de los postulados fundamentales del Modelo Social de Discapacidad.

A la luz del Modelo Social de Discapacidad, “las causas que originan la discapacidad no son individuales —de la persona afectada—, sino sociales —por la manera en que se encuentra diseñada la sociedad.”⁴ Así, la discapacidad no está configurada por una

¹ Ley 26.378

² CDPD, artículo 6.

³ Agustina Palacios, “La necesidad de adecuación de la Ley de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica”, en P. O. Rosales (dir.) *Discapacidad, justicia y estado: género, mujeres, niñas y niños con discapacidad* (Buenos Aires: Infojus, 2013), p. 143.

⁴ Agustina Palacios, *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* [El modelo social de discapacidad] (Madrid: Ediciones Cinca, 2008), p. 103.

“patología” o “limitación” de las personas, sino por “factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad.”⁵

En consonancia con esta concepción, el inciso e) del Preámbulo de la CDPD describe a la discapacidad como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con déficits y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”⁶ Asimismo, el artículo 1 de la CDPD establece que “[l]as personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”⁷

El mismo artículo enfatiza que el propósito de la CDPD “es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.”⁸ De esta manera, al caracterizar a la persona con discapacidad, el Modelo de Derechos Humanos plasmado en la CDPD pone el foco “en primer término, en su condición de *ser humano en igualdad de derechos y dignidad que los demás* y, en segundo lugar, en una condición (la discapacidad) que le acompaña, y que requiere en determinadas circunstancias de medidas específicas para garantizar el goce y ejercicio de los derechos, en igualdad de condiciones que el resto de las personas.”⁹

2. ALGUNAS NOCIONES BÁSICAS SOBRE LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN EN LA CDPD

La igualdad es un principio fundamental de los derechos humanos, en virtud del cual todos los seres humanos tienen igual valor y los mismos derechos.¹⁰ Este principio “se complementa con el principio de no discriminación”¹¹ que prohíbe “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que deje sin efecto u obstaculice el reconocimiento y ejercicio de los derechos en igualdad de condiciones por diferentes motivos, como la raza, el origen étnico, el género y la nacionalidad, entre otros, sin justificación objetiva.”¹²

La evolución del derecho internacional ha dado lugar a dos nociones de igualdad: la igualdad formal y la igualdad sustantiva. La *igualdad formal* exige que todas las personas que se encuentran en la misma situación “sean tratadas en pie de igualdad.”¹³ Así, las leyes, políticas, programas y acciones estatales no pueden establecer distinciones entre diferentes personas o grupos, si esas distinciones no tienen una justificación objetiva y están basadas

⁵ *Ídem*, p. 123.

⁶ CDPD, Preámbulo, inciso e).

⁷ CDPD, artículo 1, segundo párrafo.

⁸ CDPD, artículo 1, primer párrafo.

⁹ Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Madrid: Ediciones Cinca, 2007), p. 23. Énfasis agregado.

¹⁰ ACNUDH, *Igualdad y no discriminación de acuerdo con el artículo 5 de la CDPD 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. 4.

¹¹ *Ídem*, parág. 5.

¹² *Ídem*. Ver, entre otros, DUDDHH, artículo 7; PIDCP, artículos 2, 3, y 26; PIDESC, artículo 2.2 y 3. Debe tenerse en cuenta que esta enumeración no es taxativa. Alice Miller et al., “Sexual rights as human rights: a guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health” [Sexual rights as human rights], *Reproductive Health Matters*, 23(46) (2015), online: [Reproductive Health Matters](http://bit.ly/2iBBpms) <http://bit.ly/2iBBpms>, p. 21. Ver también ACNUDH, *Igualdad y no discriminación*, *supra* nota 10, parág. 8.

¹³ ACNUDH, *Igualdad y no discriminación*, *supra* nota 10, parág. 9.

en rasgos como la nacionalidad o el género. Asimismo, el Estado debe impedir que terceros realicen estas distinciones.

Por su parte, la *igualdad sustantiva* se preocupa porque todas las personas sean, en la práctica, “igualmente capaces de acceder a recursos, participar y tomar decisiones en la vida pública y privada, y [tengan] igual capacidad para influenciar los resultados y ejercer sus derechos.”¹⁴ En otras palabras, la igualdad sustantiva se preocupa por la igualdad de oportunidades y la igualdad de resultados.

Esta concepción de la igualdad desde la doble perspectiva de la igualdad formal y la igualdad sustantiva es un “pilar básico”¹⁵ de la CDPD y subyace transversalmente a toda la convención. Así, en primer lugar, el artículo 1 de la CDPD deja en claro que el propósito de la convención es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.”¹⁶

En el mismo sentido, el artículo 3 de la CDPD consagra cuatro principios fundamentales vinculados a la noción de igualdad sustantiva: 1. no discriminación; 2. participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; 3. respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; e 4. igualdad de oportunidades.¹⁷ Tal como reflejan estos principios, la CDPD adopta “una concepción amplia de la igualdad, que no se queda en un simple trato no discriminatorio—igualdad formal—, sino que asume la igualdad de oportunidades... —igualdad material—, que debe pasar necesariamente por el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas”¹⁸ y la adopción de medidas que promuevan la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en la sociedad.

En consonancia con estos principios, el artículo 4 inciso 1 de la CDPD establece que el Estado debe “abstenerse de actos o prácticas”¹⁹ discriminatorias y tiene la obligación general de “modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas”²⁰ discriminatorias por motivos de discapacidad. El Estado también debe “tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad.”²¹

LA NOCIÓN DE "DISCRIMINACIÓN POR MOTIVOS DE DISCAPACIDAD"

De acuerdo al artículo 2 de la CDPD, el concepto de “discriminación por motivos de discapacidad” refiere “cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos

¹⁴ Alice Miller et al., *supra* nota 12, p. 23. Traducción de los autores.

¹⁵ Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 101. En relación a este punto, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha señalado que “todas [las] disposiciones [de la CDPD] sustentan el afianzamiento de la concepción de la igualdad sustantiva, en particular en su mandato de eliminar la discriminación, y también en el sector privado.” ACNUDH, *Igualdad y no discriminación*, *supra* nota 10, parág. 3.

¹⁶ CDPD, artículo 1, primer párrafo.

¹⁷ Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 81.

¹⁸ *Ídem*, p. 83

¹⁹ CDPD, artículo 4, inciso 1 d)

²⁰ CDPD, artículo 4, inciso 1 b)

²¹ CDPD, artículo 4, inciso 1 e)

humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.”²²

Tal como sostiene Agustina Palacios, siguiendo a Gerard Quinn, esta definición parece hacer foco “sobre el fenómeno de la discriminación y no tanto en las peculiaridades de la persona.”²³ En consecuencia, una persona sin discapacidad puede ser discriminada por motivos de discapacidad si experimentan una distinción, exclusión o restricción a sus derechos porque se considera que tiene una discapacidad (“*discriminación por discapacidad aparente*”²⁴).

Al mismo tiempo, esta disposición comprende lo que el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad define como *discriminación por asociación*, que tiene lugar cuando una persona es discriminada por sus vínculos o su asociación con una persona con discapacidad. A modo de ejemplo, el Comité menciona el caso de una mujer madre de un niño con discapacidad que es rechazada en una búsqueda laboral porque el potencial empleador considera que la discapacidad de su hijo- concebida como una patología- le impedirá tener el tiempo suficiente para desarrollar correctamente su trabajo.²⁵

Esta definición también comprende los supuestos de *discriminación directa* y *discriminación indirecta*. La discriminación directa se registra cuando una persona “[recibe] un trato menos favorable que otra persona en una situación similar por alguna causa relacionada con uno de los motivos prohibidos. También incluye los actos u omisiones que causen perjuicio y se basen en alguno de los motivos prohibidos de discriminación cuando no exista una situación similar comparable.”²⁶ Por su parte, la discriminación indirecta comprende las “leyes, políticas o prácticas en apariencia neutras pero que influyen de manera desproporcionadamente negativa”²⁷ en algunas personas o grupos, como las mujeres con discapacidad.

Además de la denegación de ajustes razonables, la noción de discriminación por motivos de discapacidad también abarca los casos de discriminación *estructural o sistémica*, que “se manifiesta a través de patrones ocultos o encubiertos de comportamiento institucional discriminatorio, tradiciones culturales discriminatorias y normas y/o reglas sociales discriminatorias,”²⁸ y los supuestos de *discriminación múltiple* e *interseccional* que se analizan más abajo (ver *Discriminación múltiple y discriminación interseccional contra las mujeres con discapacidad*).

La CDPD contiene, además, un artículo específico en materia de igualdad y no discriminación: el artículo 5.²⁹ Esta disposición recepta las dos nociones de igualdad analizadas más arriba.³⁰ La norma también obliga al Estado a sancionar un marco

²² CDPD, artículo 2, tercer párrafo.

²³ Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 68.

²⁴ ACNUDH, *Igualdad y no discriminación*, *supra* nota 10, parág. 24.

²⁵ 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. 17.

²⁶ *Ídem*, con cita a Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* [Recomendación general No. 20], E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, parág. 10.

²⁷ *Ídem*.

²⁸ *Ídem*.

²⁹ Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 101

³⁰ En relación a la igualdad formal, el artículo 5 establece que: “Los Estados Partes reconocen que todas las personas son *iguales ante la ley* y en virtud de ella y que tienen derecho a *igual protección legal* y a beneficiarse de la

normativo que prohíba expresamente la discriminación por motivos de discapacidad,³¹ asegurar la adopción de ajustes razonables;³² y adoptar “medidas específicas... para acelerar o lograr la *igualdad de hecho* de las personas con discapacidad.”³³ Estas medidas comprenden pero no deben ser confundidas con las medidas especiales de carácter temporal analizadas más abajo (ver 4. *Obligaciones básicas del Estado en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos*, en el *Capítulo II*).³⁴ Esto así porque, en algunos casos, el logro de la igualdad requiere de medidas específicas y permanentes, mientras que las medidas especiales de carácter temporal tienen, como su nombre lo indica, una duración limitada.

De acuerdo al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), la igualdad sustantiva también requiere que el Estado “[tome] medidas proactivas en todas las esferas del derecho y las políticas públicas mediante la adopción de un enfoque doble, la inclusión de las personas con discapacidad en todos los planes y programas de políticas y la formulación de políticas centradas específicamente en la discapacidad.”³⁵ Tal como se describe más abajo, estas medidas deben hacer especial hincapié en abordar la discriminación múltiple y/o interseccional hacia determinados grupos³⁶ de personas con discapacidad y las barreras actitudinales (prejuicios, estigmas y estereotipos) que les impiden ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con las demás personas.³⁷

2.a) La accesibilidad como condición indispensable para la igualdad

La accesibilidad es una “condición ineludible”³⁸ para que las personas con discapacidad puedan ejercer plenamente sus derechos, en condiciones de igualdad (formal y sustantiva) y no discriminación.³⁹ En otras palabras, “la accesibilidad es una herramienta imprescindible para lograr la igualdad real de las personas con discapacidad.”⁴⁰ En consecuencia, la accesibilidad fue consagrada como un principio fundamental de la CDPD⁴¹ y es reconocida como un derecho fundamental de las personas con discapacidad.⁴²

De acuerdo al artículo 9 de la CDPD, el Estado debe “asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte,

ley en igual medida sin discriminación alguna.” CDPD, artículo 5, incisos 1 y 2. Énfasis agregado. Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 101.

En cuanto a la igualdad sustantiva, “[los] Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad *protección legal igual y efectiva* contra la discriminación por cualquier motivo.” CDPD, artículo 5, inciso 2. Énfasis agregado. Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 102.

³¹ CDPD, artículo 5, inciso 2. Énfasis agregado. Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 102.

³² CDPD, artículo 5, inciso 3. Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 102.

³³ CDPD, artículo 5, inciso 4.

³⁴ ACNUDH, *Igualdad y no discriminación*, *supra* nota 10, parág. 19.

³⁵ *Ídem*, parág. 62.

³⁶ *Ídem*, parág. 70.

³⁷ *Ídem*, parágs. 6, 13 y 64.

³⁸ Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 84. Los autores señalan: “[m]erece a esta altura destacar la importancia de que la accesibilidad universal haya sido prevista, no solo como derecho sino también como principio de la Convención, ya que este principio-derecho resulta ser una condición ineludible para el ejercicio de los derechos —en igualdad de oportunidades— por todas las personas, y para, en último término, conseguir el logro de la igual dignidad humana, del libre desarrollo de la personalidad.” *Ídem*.

³⁹ CDPD, Preámbulo, inciso v). Ver también Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2. Artículo 9: Accesibilidad* CRPD/C/GC/2, 22 de mayo de 2014, parág. 4.

⁴⁰ Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 103.

⁴¹ CDPD, artículo 3, inciso f)

⁴² Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra* nota 9, p. 103. Ver también Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 39.

la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al *público o de uso público*, tanto en zonas urbanas como rurales.”⁴³ Como surge de la cita, el artículo deja en claro que la accesibilidad se debe abordar “en toda su complejidad”⁴⁴ y no como una cuestión que atañe sólo al entorno físico. Al mismo tiempo, el artículo reconoce que la accesibilidad comprende todos los servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, “independientemente de que la entidad que los posea u ofrezca sea una autoridad pública o una empresa privada.”⁴⁵

Es fundamental que el Estado cumpla con su obligación de “[asegurar] la accesibilidad a *todas* las personas con discapacidad, con independencia del tipo de deficiencia, [y] sin [hacer] distinción de ninguna clase por motivos tales como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, el patrimonio, el nacimiento u otra condición, la situación jurídica o social, el género o la edad.”⁴⁶ Al mismo tiempo, al garantizar la accesibilidad, se debe “[tener] especialmente en cuenta las perspectivas del género.”⁴⁷ En otras palabras, el Estado debe reconocer la situación y las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad en materia de accesibilidad.

La CDPD establece dos estrategias fundamentales y complementarias para alcanzar la accesibilidad: el diseño universal y los ajustes razonables.⁴⁸ El artículo 2 de la convención define al *diseño universal* como “el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado.”⁴⁹ Como surge de esta definición, el diseño universal beneficia a *todas las personas*, no sólo a las personas con discapacidad. Esto así porque garantiza que todos los consumidores o usuarios potenciales de un producto, entorno, programa y/o servicio tengan acceso pleno a él, en condiciones de igualdad, sin restricciones y de un modo respetuoso de su dignidad y diversidad intrínsecas.⁵⁰

En virtud del principio de diseño universal, el Estado debe garantizar que todos los *nuevos* objetos, infraestructuras, instalaciones, bienes, productos y servicios (públicos y privados) sean diseñados y producidos de forma tal que sean plenamente accesibles para todas las personas, incluidas las personas con discapacidad. Así lo establece el artículo 4 de la CDPD al señalar que el Estado tiene la “obligación general” de “[emprender] o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal..., promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño, universal en la elaboración de normas y directrices.”⁵¹ Asimismo, el Estado debe avanzar en la eliminación de las barreras que impiden el pleno acceso de todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, a los objetos, infraestructuras, instalaciones, bienes, productos y servicios (públicos y privados) que *ya existen*.

⁴³ CDPD, artículo 9, primer párrafo. Énfasis agregado.

⁴⁴ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 39, parág. 13.

⁴⁵ *Ídem*. Énfasis agregado.

⁴⁶ *Ídem*.

⁴⁷ *Ídem*.

⁴⁸ Agustina Palacios, *Ponencia sobre “La configuración de los sistemas de apoyo en el contexto de la accesibilidad universal y los ajustes razonables”* [Ponencia], online: Madrid Sin Barreras <http://bit.ly/2ialv1B>

⁴⁹ CDPD, artículo 2, quinto párrafo. Énfasis agregado.

⁵⁰ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 39, parág. 15.

⁵¹ CDPD, artículo 4, inciso 1.f)

La accesibilidad también encierra la obligación de realizar *ajustes razonables*, definidos por la CDPD como “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.”⁵² Esta obligación alcanza tanto al Estado como a los actores privados.

En el caso específico de la accesibilidad, los ajustes razonables representan el “medio para garantizar la accesibilidad a una persona con una discapacidad en una situación particular.”⁵³ En otras palabras, los ajustes razonables “son aquellas medidas destinadas a adaptar el entorno a las necesidades específicas de ciertas personas que, por diferentes causas, se encuentran en una situación especial, que no ha podido ser prevista a través del diseño universal.”⁵⁴ Así, “la accesibilidad sería la situación a la que se aspira; el diseño universal, una estrategia previa a nivel general para alcanzarla; y los ajustes razonables, estrategias a nivel particular, que comenzarían a operar cuando la prevención del diseño universal no llega a asegurar la accesibilidad.”⁵⁵

Pese a estos puntos de contacto entre ambos conceptos, existen ciertas diferencias fundamentales entre accesibilidad y ajustes razonables. La obligación de garantizar el derecho a la accesibilidad es una obligación *ex ante*: el Estado “[tiene] la obligación de proporcionar accesibilidad antes de recibir una petición individual para entrar en un lugar o utilizar un servicio.”⁵⁶ Este deber puede cumplirse en forma progresiva, pero “de modo continuo y sistemático, [y] en forma... constante.”⁵⁷ Por el contrario, la obligación de realizar estos ajustes es “exigible desde el momento en que una persona los solicita en una determinada situación para disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones en un contexto particular.”⁵⁸

La última cita refleja dos diferencias adicionales entre accesibilidad y ajustes razonables. Por un lado, “los ajustes razonables se aplican... a todos los derechos”⁵⁹ y no sólo al derecho a la accesibilidad. Por otro lado, la realización de ajustes razonables beneficia, en principio, sólo a la persona que los solicita, mientras que la accesibilidad beneficia a todos. Sin embargo, es importante no exagerar estas diferencias: la aplicación sistemática de ajustes razonables en materia de accesibilidad puede beneficiar, en la práctica, a otras personas y, a largo plazo, promover la accesibilidad.⁶⁰

El deber de garantizar la accesibilidad no está sujeto a ningún requisito de proporcionalidad y es “incondicional, lo que significa que la entidad obligada a asegurarla no puede excusarse por no hacerlo aduciendo la carga que supone proporcionar acceso a las personas con discapacidad.”⁶¹ Por el contrario, los ajustes deben ser razonables: no deben representar una carga excesiva para el sujeto encargado de realizarlos y deben ser necesarios, adecuados y viables desde el punto de vista legal y práctico.⁶²

⁵² CDPD, artículo 2, cuarto párrafo.

⁵³ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 39, parág. 26.

⁵⁴ Agustina Palacios, *Ponencia*, *supra* nota 48.

⁵⁵ *Ídem*.

⁵⁶ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 39, parág. 25.

⁵⁷ ACNUDH, *Igualdad y no discriminación*, *supra* nota 10, parág. 27.

⁵⁸ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 25, parág. 15.

⁵⁹ *Ídem*, parág. 36.

⁶⁰ ACNUDH, *Igualdad y no discriminación*, *supra* nota 10, parág. 38.

⁶¹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 39, parág. 25.

⁶² *Ídem*.

¿CÓMO EVALUAR SI LA CARGA DERIVADA DE LA REALIZACIÓN DE UN AJUSTE ES EXCESIVA?

Al momento de determinar si la carga derivada de la realización de un ajuste es o no excesiva, no debe tomarse en cuenta únicamente la relación costo financiero- beneficio financiero para el sujeto obligado. *La relación costo-beneficio para la persona con discapacidad beneficiaria del ajuste también debe ser parte del análisis.* En particular, debe tenerse en cuenta “el beneficio de proporcionar igualdad de oportunidades, trato o participación a la persona con discapacidad directamente afectada.”⁶³ En otras palabras, debe tomarse en cuenta el perjuicio o costo que experimentará la persona con discapacidad si no se implementan los ajustes.

Tanto la denegación de ajustes razonables como la falta de accesibilidad representan formas de discriminación por motivos de discapacidad prohibidas por la CDPD y así debe reconocerlo expresamente el marco normativo del Estado.⁶⁴

¿QUÉ DEBE HACER EL ESTADO PARA RESPETAR, PROTEGER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA ACCESIBILIDAD?

En primer lugar, el Estado debe diseñar un plan de acción para identificar las barreras que impiden la plena accesibilidad y establecer una estrategia para eliminarlas. La estrategia debe incluir plazos específicos para alcanzar este objetivo y proporcionar los recursos humanos y materiales necesarios para lograrlo. Tanto el plan de acción como la estrategia deben aplicarse estrictamente y su cumplimiento debe monitorearse en forma permanente a través de un sistema de supervisión adecuado.⁶⁵

Al mismo tiempo, el Estado debe evaluar su legislación y determinar si existe un marco jurídico sobre accesibilidad. Si existen lagunas en la letra de la ley o en su aplicación, el Estado debe subsanarlas a fin de garantizar que el marco normativo:⁶⁶

- a) sea de cumplimiento obligatorio;
- b) garantice el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación y a los bienes y servicios que se ofrecen a través de ellas;
- c) incorpore el principio de diseño universal y se base en él;
- d) establezca normas mínimas de accesibilidad para servicios públicos o de uso público ofrecidos por el Estado o por actores privados (ver *¿Qué debe hacer el estado para garantizar la accesibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva?*, en el *Capítulo III*);
- e) garantice niveles mínimos de calidad de los servicios relacionados con las comunicaciones;
- f) incorpore la accesibilidad como parte de la legislación general y específica sobre igualdad y no discriminación. En particular, la legislación que prohíbe la discriminación por motivo de discapacidad debe incluir la denegación de acceso y de ajustes razonables como un acto de discriminación prohibido;
- g) prevea sanciones claras en caso de incumplimiento;
- h) garantice la existencia de recursos jurídicos efectivos en caso de denegación de acceso.

⁶³ Naciones Unidas, *De la exclusión a la igualdad. Hacia el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Manual para parlamentarios sobre la CDPD y su Protocolo Facultativo*, HR /PUB/07/6, Ginebra, 2007, p. 69.

⁶⁴ *Ídem*, parág. 29 y 69. Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra nota* 9, p. 84.

⁶⁵ El contenido de este párrafo está basado en Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra nota* 39, parág. 33

⁶⁶ La enumeración que sigue está basada en Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra nota* 39, parágs. 27 a 33.

Al desarrollar estas normas, planes de acción y estrategias, el Estado debe “tener en cuenta la diversidad de las personas con discapacidad y garantizar que se proporcione accesibilidad a las personas de ambos géneros, de todas las edades y con cualquier tipo de discapacidad.”⁶⁷ Al mismo tiempo, el Estado tiene la obligación de realizar consultas estrechas y colaborar activamente con las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan en todas las etapas del diseño, implementación y evaluación de cada una de las acciones mencionadas más arriba y cualquier otra medida que se adopte para garantizar la accesibilidad.⁶⁸

3. DISCRIMINACIÓN MÚLTIPLE Y DISCRIMINACIÓN INTERSECCIONAL CONTRA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

La CDPD reconoce que algunas personas con discapacidad son “víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación.”⁶⁹ En particular, el artículo 6 de la convención enfatiza que “las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación.”⁷⁰

En base a estas disposiciones, se suele señalar que, en el caso de las mujeres con discapacidad, la discriminación por motivos de discapacidad se combina por la discriminación por motivos de género.⁷¹ Esta combinación da lugar a formas agravadas de discriminación que determinan que las mujeres con discapacidad encuentren mayores dificultades que las mujeres sin discapacidad y los hombres (con y sin discapacidad) a la hora de ejercer sus derechos.

Más recientemente, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CDPD) ha señalado que las mujeres con discapacidad no sólo enfrentan formas agravadas de discriminación, sino que, además, experimentan formas *interseccionales* de discriminación; es decir, formas *particulares* de discriminación que no pueden ser caracterizadas como más o menos graves que otras, sino que resultan de la interacción simultánea de diversos motivos prohibidos de discriminación.

El concepto de discriminación interseccional se basa en la premisa de que las mujeres con discapacidad son un grupo heterogéneo⁷², cuya identidad está determinada y atravesada por una multiplicidad de identidades, status y circunstancias de vida.⁷³ Así, entre muchos otros rasgos, las mujeres con discapacidad pertenecen a distintos grupos etarios, son migrantes o nacionales del Estado donde viven, defienden diversas opiniones políticas, y/o tienen diversas identidades de género u orientaciones sexuales. Se produce una situación de discriminación interseccional contra una mujer con discapacidad si estos motivos

⁶⁷ *Ídem*, parág. 29.

⁶⁸ *Ídem*, parág. 28 y CDPD, artículo 4, inciso 3.

⁶⁹ CDPD, Preámbulo, inciso p).

⁷⁰ CDPD, artículo 6, primer párrafo.

⁷¹ “A los efectos de la presente convención, la expresión ‘discriminación contra la mujer’ denotará toda distinción, exclusión o restricción, basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.” CEDAW, artículo 1.

⁷² Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 25, parág. 16.

⁷³ *Ídem*.

prohibidos de discriminación “operan e interactúan entre sí en forma simultánea, de tal manera que resultan inseparables.”⁷⁴

Además de reconocer su existencia, la CDPD prescribe las acciones que el Estado debe implementar para abordar la discriminación múltiple y/o interseccional hacia las mujeres con discapacidad. Lo hace a través de un doble enfoque: incorpora la perspectiva de género a lo largo de todo su articulado⁷⁵ y, al mismo tiempo, dedica un artículo específico a las mujeres con discapacidad.⁷⁶

En principio, el Preámbulo de la CDPD reconoce que “las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación”⁷⁷ y subraya la necesidad de “incorporar una *perspectiva de género* en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad”.⁷⁸ Por su parte, el artículo 3 establece que la igualdad entre el hombre y la mujer es uno de los principios rectores de la CDPD.

El artículo 6 de la CDPD avanza un paso más y “prohíbe inequívocamente la discriminación contra las mujeres con discapacidad y promueve la igualdad de oportunidades y la igualdad de resultados.”⁷⁹ En concreto, esta disposición obliga al Estado a “[adoptar] medidas para asegurar que [las mujeres con discapacidad] puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.”⁸⁰ Asimismo, el segundo párrafo del artículo impone al Estado la obligación de “adoptar medidas orientadas al desarrollo, avance y empoderamiento de las mujeres con discapacidad”.⁸¹ En otras palabras, el artículo 6 obliga al Estado a garantizar la igualdad formal y la igualdad sustantiva de las mujeres con discapacidad.

Al cumplir con estas obligaciones, el Estado debe tener en cuenta que la discriminación múltiple y/o interseccional hacia las mujeres con discapacidad tiene un impacto especialmente significativo en sus derechos sexuales y derechos reproductivos.⁸² De hecho, “[las] investigaciones indican que ningún otro grupo ha sufrido una restricción tan dura de sus derechos reproductivos ni ha sido tratado tan negativamente como las mujeres con discapacidad.”⁸³ Dada esta realidad, el Estado debe hacer especial énfasis en promover que las mujeres con discapacidad puedan ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos en condiciones de igualdad (formal y sustantiva) y no discriminación.

⁷⁴ *Ídem*, parág. 4.

⁷⁵ Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *supra nota* 9, p. 85.

⁷⁶ *Ídem*.

⁷⁷ CDPD, Preámbulo, inciso q).

⁷⁸ CDPD, Preámbulo, inciso s). Énfasis agregado.

⁷⁹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra nota* 25, parág. 9.

⁸⁰ CDPD, artículo 6, primer párrafo.

⁸¹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra nota* 25, parág. 7.

⁸² *Ídem*, parág. 2.

⁸³ *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*, A/67/227, 3 de agosto de 2012, parág. 28, con cita a Rannveig Traustadottir, “Obstacles to equality: the double discrimination of women with disabilities: overview article” (1990). Ver también Carolyn Frohmader y Stephanie Ortoleva, *The sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities*, online: Women Enabled, <http://bit.ly/2ip9TVC>, p. 4.

CAPÍTULO II

NOCIONES FUNDAMENTALES SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

El derecho internacional de los derechos humanos reconoce que los derechos sexuales y los derechos reproductivos (en adelante, DSyDR) son derechos fundamentales de todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, sin excepción. Las páginas que siguen ofrecen una descripción preliminar del contenido y alcance de los DSyDR y su vinculación con otros derechos humanos fundamentales.

Este capítulo también esboza el contenido de las obligaciones del Estado en relación a los DSyDR. Este análisis hace especial énfasis en la obligación del Estado de garantizar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus DSyDR en condiciones de igualdad y no discriminación. En particular, se argumentará que esta obligación se traduce en el deber del Estado de eliminar los estereotipos, prejuicios y prácticas consuetudinarias que dan lugar a formas de discriminación múltiple y/o interseccional contra las mujeres con discapacidad en el ejercicio de sus DSyDR.

Asimismo, el Estado debe garantizar el derecho de las mujeres con discapacidad a participar en todas las etapas del diseño, la implementación y la evaluación de las políticas públicas orientadas a garantizar sus DSyDR. Con ese fin, entre otras medidas, el Estado debe recopilar, sistematizar y difundir información sobre la situación de los DSyDR de las mujeres con discapacidad y garantizar el acceso a esta información.

1. CONTENIDO Y ALCANCE DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales comprenden el derecho de todas las personas a “una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia.”¹ Siguiendo a la

¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*, LC/L.3697, 5 de septiembre de 2013, online: Comisión Económica para América Latina y el Caribe <http://bit.ly/1z2uIqM>.

En relación a la orientación sexual y la identidad de género, Miller sostiene: “[aunque] la identidad y la expresión de género no son, en sí mismas, determinantes de la sexualidad o la conducta sexual, la manera en la que uno expresa el género puede formar la base a partir de la cual el Estado regula con quien uno puede tener relaciones sexuales legítimamente. Entonces, las normas de expresión e identidad de género son relevantes para los derechos sexuales, y pueden ser incluidas dentro del ámbito de los derechos sexuales.” Traducción de los autores. En el original: “While gender identity and expression are not in themselves determinative of sexuality or sexual conduct, how one expresses gender can form the basis upon which state law regulates whom one can legitimately have sexual relations with. Thus, gender expression and identity norms matter for sexual rights, and can be included within the ambit of sexual rights.” Alice Miller et al., “Sexual rights as human rights: a guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health”, *Reproductive Health Matters*, 23(46) (2015), online: Reproductive Health Matters <http://bit.ly/2iBBpms>, p. 17.

Organización Mundial de la Salud (OMS), es posible detallar un poco más esta definición y señalar que los derechos sexuales abarcan “el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, a: (1) el mayor estándar posible de salud, en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; (2) buscar, recibir e impartir información en relación a la sexualidad; (3) educación sexual; (4) respeto por la integridad corporal; (5) elección de pareja; (6) decidir ser o no ser sexualmente activo; (7) [tener] relaciones sexuales consensuadas; (8) [un] matrimonio consensuado; (9) decidir tener o no tener, y cuándo tener hijos; y (10) ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.”²

Por su parte, los derechos reproductivos “se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.”³

Así, los derechos reproductivos comprenden el derecho de todas las personas a la autonomía reproductiva;⁴ esto es, su derecho a tener control sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, y a adoptar decisiones informadas sobre estos aspectos fundamentales de su plan de vida, sin verse sujetas a ninguna forma de violencia, discriminación o coerción. Los derechos reproductivos también comprenden el derecho de los individuos a acceder a educación, información, medios y servicios de salud sexual y reproductiva.⁵

Como surge de estas definiciones, existen importantes puntos de contacto entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos y, en ocasiones, parece difícil trazar límites claros entre ellos.⁶ Esta dificultad resulta particularmente evidente si nos detenemos en los

² Organización Mundial de la Salud, citado por Alice Miller, *Sexualidad y Derechos Humanos. Documento de reflexión* [Sexualidad y Derechos Humanos] (Ginebra: Consejo Internacional de Políticas en Derechos Humanos, 2010), online: Consejo Internacional de Políticas en Derechos Humanos <http://bit.ly/2hKDvRD>, pps. 9 y 10.

Miller aclara que esta definición tiene ciertas limitaciones. En particular, “como se concentra en cuerpos humanos individuales, [esta definición] no trata a fondo la sexualidad como construcción política y pública a través de la cual a las conductas sexuales se les asignan significados y se las juzga. La lista de derechos tampoco hace referencia a los derechos públicos y participativos: derecho a la gestión y la defensa, a reunirse, organizarse y exigir cambios. Y como el mandato de la OMS se circunscribe a la salud, la definición sólo se centra en la ‘información sobre salud sexual’ y no aborda el rol importante que desempeñan otras clases de información en conceptos más generales como la sexualidad y la identidad. El derecho a acceder a información relacionada con la sexualidad a través de la literatura, el cine y otras formas de expresión, que también es un elemento de los derechos sexuales, no se puede deducir fácilmente de un derecho que en su formulación se limita a la información sobre la salud sexual. Por último, la definición de la OMS no hace referencia al acceso a los recursos, a nivel individual o nacional, que habiliten el ejercicio de los derechos sexuales y de todos los otros derechos, lo que resulta una omisión chocante después del importante debate acerca de los recursos que tuvo lugar en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994.” *Ídem*, p. 10.

³ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas, *Programa de Acción, Capítulo VII, Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva*, 1994, online: Naciones Unidas <http://bit.ly/1IpoDi7>, parág. 7.3

⁴ Center for Reproductive Rights, *Breaking Ground: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights* [Breaking Ground], online: Center for Reproductive Rights <http://bit.ly/2j16Nvt>, p. 8. Oscar A. Cabrera y Ximena Casas, “Marco General: Obligaciones de los Estados en Materia de Derechos sexuales y derechos reproductivos”, en PROMSEX, *Los Derechos Reproductivos: Un debate necesario*, online: CLACAI, <http://bit.ly/2ibBWtL>, p. 19.

⁵ Center for Reproductive Rights, *Breaking Ground*, *supra* nota 4, p. 2.

⁶ Alda Facio, *Los derechos reproductivos son derechos humanos* (San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008), p. 24.

puntos en los que ambas definiciones refieren al derecho de los individuos a decidir si desean ejercer su sexualidad con (o sin) fines reproductivos. Sin embargo, esta dificultad no debe tomarse como justificación para considerar que los derechos sexuales son un subconjunto de los derechos reproductivos, porque, de esa manera, se puede cometer el error de creer que la sexualidad está asociada exclusivamente con la reproducción y la heterosexualidad.⁷

2. LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS SON DERECHOS HUMANOS

En virtud del principio de indivisibilidad, interdependencia e interrelación de los derechos humanos,⁸ los DSyDR “abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso.”⁹ En otras palabras, “los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales.”¹⁰

Estos derechos incluyen el derecho a la vida, que comprende el “derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo,”¹¹ y el derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva¹². Asimismo, los DSyDR están íntimamente vinculados con el derecho a la libertad y seguridad de la persona, que ampara el derecho de las mujeres a no ser sometidas a esterilizaciones, abortos y la imposición de métodos anticonceptivos sin su consentimiento.¹³ Estas prácticas pueden constituir, además, una violación del derecho a una vida libre de violencia y a no ser sometidas a tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes.¹⁴

Por su parte, tanto el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos¹⁵ como el derecho a la intimidad¹⁶ se relacionan con un componente fundamental de los DSyDR: el derecho de los individuos a tomar decisiones libres y autónomas sobre su cuerpo,

⁷ Alice Miller, *Las demandas por los derechos sexuales*, online: Rebelión, <http://bit.ly/2iG38iP>.

Por ejemplo, la decisión de una mujer de llevar a término o interrumpir su embarazo puede ser vista como un aspecto del derecho de la mujer a decidir si quiere vincular o desvincular la actividad sexual de la decisión de convertirse en madre, e involucra por lo tanto a componentes de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Ejemplo tomado de Alice Miller et al., *supra* nota 1, p. 17.

⁸ Alice Miller et al., *supra* nota 1, p. 21.

⁹ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas, *supra* nota 3.

¹⁰ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *supra* nota 1, p. 14.

¹¹ Alda Facio, *supra* nota 6, p. 26.

¹² *Ídem*

¹³ *Ídem*, p. 39

¹⁴ *Ídem*, p. 26

¹⁵ Amnistía Internacional, *¡Defensoras bajo ataque! Promoviendo los derechos sexuales y derechos reproductivos en las Américas*, online: Amnistía Internacional <http://bit.ly/2iIwTQm>, p. 30.

Tal como señala Alice Miller, “[cuando] se redactaron muchos de los principales instrumentos de derechos humanos, en la mayoría de los estados modernizadores, el matrimonio y la reproducción constituían el contexto legal y social que definía la conducta sexual aceptable.” Alice Miller, *Sexualidad y Derechos Humanos*, *supra* nota 2, p. 26. En consecuencia, en los tratados de derechos humanos, el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos está íntimamente vinculado con el derecho de las personas a decidir si desean casarse o no, cuándo y con quién y a la igualdad en el matrimonio. *Ídem*.

¹⁶ Alda Facio, *supra* nota 6. La noción de intimidad como privacidad también es mencionada como un componente de los derechos sexuales y derechos reproductivos por Center for Reproductive Rights y UNFPA, *Derechos Reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, online: Center for Reproductive Rights, <http://bit.ly/2nQtcK6>.

sexualidad y reproducción. A fin de poder adoptar estas decisiones de manera informada y conocer el estado de su salud sexual y reproductiva, los individuos también tienen derecho a contar con información y educación integral en sexualidad y reproducción. De esta manera, el derecho a la educación y el derecho a la información son componentes fundamentales de los DSyDR.¹⁷

Finalmente, todas las personas tienen derecho a la igualdad y la no discriminación en el ejercicio de sus DSyDR.¹⁸ En consecuencia, tal como se describe en las secciones siguientes, el Estado debe respetar, proteger y garantizar todos y cada uno de estos DSyDR para todas las personas, incluidas las mujeres con discapacidad, “en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo.”¹⁹

3. LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS SON DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En virtud del carácter universal e inalienable de los derechos humanos,²⁰ todas las personas, incluidas todas las personas con discapacidad, sin excepción, son titulares de derechos sexuales y derechos reproductivos. Así lo reconoce implícita y explícitamente la CDPD.

Por un lado, el Preámbulo de la CDPD reafirma el principio de “universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación.”²¹ Así, el Preámbulo enfatiza que la CDPD no crea nuevos derechos sino que procura garantizar que las personas con discapacidad ejerzan todos los derechos ya reconocidos por el derecho internacional de los derechos humanos, incluidos los DSyDR, en igualdad de condiciones con las demás personas.²²

Al mismo tiempo, dos artículos de la CDPD receptan expresamente algunos aspectos de los DSyDR. El artículo 23 reconoce “el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y... [a] los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.”²³ De esta manera, la CDPD replica, casi exactamente, el artículo 16 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW).²⁴ Dada la prevalencia de esterilizaciones forzadas entre las personas con discapacidad, el artículo 23 de la CDPD también obliga al

¹⁷ Alda Facio, *supra* nota 6.

¹⁸ *Ídem*, p. 27.

¹⁹ Asamblea General del Foro Europeo de la Discapacidad, *Segundo Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea*, online: CERMI <http://bit.ly/2iwijJA>, punto 8.6.

²⁰ UNFPA, The Danish Institute for Human Rights y ACNUDH, *Reproductive rights are human rights. A handbook for national human rights institutions*, HR/PUB/14/6, Naciones Unidas, 2014, p. 75 y ss.

²¹ CDPD, Preámbulo, inciso c).

²² Agustina Palacios y Francisco Bariffi, *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Madrid: Ediciones Cinca, 2007), p. 56.

²³ CDPD, artículo 23, inciso 1.b).

²⁴ “Los Estados partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: ... e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.” CEDAW, artículo 16, inciso e.

Estado a garantizar que las personas con discapacidad “mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.”²⁵

Por su parte, el artículo 25 de la misma convención impone al Estado el deber “[proporcionar] a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.”²⁶ Asimismo, el artículo obliga al Estado a “[adoptar] las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género.”²⁷ De esta manera, el Estado debe garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones la igualdad y no discriminación y, al hacerlo, debe tomar particularmente en cuenta las cuestiones de género que pueden impedir o dificultar dicho acceso. Por ejemplo, tal como se describe más abajo, el Estado debe abordar los estereotipos que se traducen en prácticas discriminatorias hacia las mujeres con discapacidad en los servicios de salud (ver *La obligación de eliminar estereotipos*).

En virtud de estas disposiciones, el Comité CDPD ha dejado en claro que “al igual que todas las mujeres, las [mujeres con] discapacidad tienen derecho a elegir el número y el espaciamiento de sus hijos, así como a ejercer control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujetas a la coerción, la discriminación y la violencia.”²⁸

4. OBLIGACIONES BÁSICAS DEL ESTADO EN MATERIA DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

4.a) Obligación de respetar, proteger y garantizar y obligación de adoptar medidas

El derecho internacional de los derechos humanos impone tres obligaciones generales al Estado en relación a los derechos humanos. En primer lugar, el Estado tiene la obligación negativa de *respetar* los derechos humanos, lo que implica que debe “abstenerse de interferir en el disfrute”²⁹ de los derechos por parte de los individuos. Asimismo, el Estado debe “impedir que otras personas interfieran en el disfrute”³⁰ de estos derechos. En otras palabras, el Estado debe *proteger* los derechos humanos. Finalmente, el Estado debe “adoptar medidas apropiadas con miras a lograr la plena efectividad”³¹ de los derechos humanos; es decir, el Estado tiene la obligación positiva de *garantizar* estos derechos.

En el caso de los DSyDR, la obligación de respetar implica que el Estado debe reconocer la existencia de estos derechos y no debe privar arbitrariamente a las personas de ellos o

²⁵ *Ídem*, artículo 23, inciso 1.c).

²⁶ *Ídem*, artículo 25, inciso a). En este punto, la CDPD expande y clarifica el alcance del artículo 12 de la CEDAW, disposición que obliga al Estado a adoptar “todas las medidas apropiadas para eliminar discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.” CEDAW, artículo 12, inciso 1.

²⁷ *Ídem*, artículo 25, primer párrafo.

²⁸ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3. Artículo 6: Mujeres con discapacidad* [Observación General N° 3], CRPD/C/GC/3, 2 de septiembre de 2016, parág. 38.

²⁹ ACNUDH, *Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Folleto informativo N° 33*, online: ACNUDH <http://bit.ly/218JU3L>, p. 15. El contenido de este párrafo está basado en esta fuente.

³⁰ *Ídem*.

³¹ *Ídem*.

dificultar su goce y ejercicio.³² Por su parte, la obligación de proteger se traduce en el deber de adoptar medidas apropiadas para evitar que terceros interfieran con el pleno ejercicio de los DSyDR. Esto implica que el Estado debe regular a los individuos y actores privados para impedir que conculquen o amenacen los DSyDR.³³ Así, por ejemplo, el Estado debe impedir que centros de salud privados nieguen a las personas el acceso a métodos y prácticas anticonceptivas. La obligación de proteger comprende, además, el deber de ejercer debida diligencia a la hora de prevenir la violación de los DSyDR. Cuando se produce una violación a estos derechos, el Estado debe proteger a las víctimas, investigar y sancionar a los responsables y proporcionar a las víctimas recursos eficaces y una reparación adecuada.³⁴

Finalmente, la obligación de garantizar encierra una obligación positiva: el Estado “[debe] adoptar las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otra índole que sean necesarias para la plena realización de los derechos reproductivos”³⁵ y los derechos sexuales.

En el caso de los DSyDR que se vinculan con derechos económicos, sociales y culturales reconocidos tanto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) como en la CDPD³⁶, la “obligación básica”³⁷ del Estado es la de “adoptar medidas..., hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente... la plena efectividad”³⁸ de esos derechos. Es importante interpretar correctamente el contenido de esta disposición: aun cuando la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales es un objetivo que el Estado puede alcanzar en forma progresiva, la obligación de adoptar medidas es una obligación de cumplimiento inmediato o dentro de un plazo razonable.

Las medidas que el Estado adopte deben ser “deliberadas, concretas y orientadas a objetivos que sean lo más claro posibles, utilizando todos los medios apropiados, particularmente, aunque no de manera exclusiva, la adopción de medidas legislativas.”³⁹ Asimismo, el Estado debe invertir “hasta el máximo de los recursos de que disponga,”⁴⁰ lo que incluye tanto los recursos propios como los recursos que el Estado obtenga a través de la asistencia y la cooperación internacional.⁴¹

Sin embargo, en virtud de la exigibilidad inmediata de la obligación de tomar medidas, el Estado no puede alegar la escasez o ausencia de recursos para justificar la omisión de adoptar medidas. La obligación de garantizar el derecho a la igualdad y no discriminación en el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales también es de cumplimiento inmediato, al igual que la obligación de abstenerse de adoptar medidas

³² Alda Facio, *supra* nota 6, p. 74.

³³ *Ídem*, p. 76.

³⁴ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 28, parág. 26.

³⁵ Alda Facio, *supra* nota 6, p. 77.

³⁶ “Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.” CDPD, artículo 4, inciso 2.

³⁷ ACNUDH, *Preguntas frecuentes*, *supra* nota 29, p. 16.

³⁸ PIDESC, artículo 2, inciso 1. Énfasis agregado.

³⁹ ACNUDH, *Preguntas frecuentes*, *supra* nota 29, p. 20.

⁴⁰ PIDESC, artículo 2, inciso 1.

⁴¹ *Ídem*.

regresivas.⁴² Finalmente, el Estado tiene “una obligación inmediata de satisfacer los niveles mínimos esenciales de cada derecho.”⁴³ En caso de ausencia de recursos suficientes para alcanzar estos niveles mínimos esenciales, el Estado “ha de demostrar que ha hecho todo lo posible para utilizar todos los recursos disponibles a fin de satisfacer con carácter prioritario tales obligaciones básicas.”⁴⁴

4. b) Obligación de garantizar el ejercicio de los DSyDR en condiciones de igualdad y no discriminación

El Estado debe garantizar que hombres y mujeres puedan ejercer los derechos sexuales y los derechos reproductivos en condiciones de igualdad y no discriminación.⁴⁵ Como ya se señaló en el *Capítulo I*, el derecho internacional de los derechos humanos comprende dos nociones de igualdad: la igualdad formal y la igualdad sustantiva.

Al tiempo que la igualdad formal exige que “las normas jurídicas o de otra naturaleza [traten] a hombres y mujeres de una manera neutra,”⁴⁶ la igualdad sustantiva requiere que “la mujer tenga las mismas oportunidades desde un primer momento y que disponga de un entorno que le permita conseguir la igualdad de resultados.”⁴⁷ La igualdad de resultados se logra cuando “en diferentes campos, las mujeres disfrutan de derechos en proporciones casi iguales que los hombres,... tienen los mismos niveles de ingresos,... hay igualdad en la adopción de decisiones y la influencia política y... la mujer vive libre de actos de violencia.”⁴⁸

Las nociones de igualdad formal y la igualdad sustantiva remiten a “conceptos diferentes pero conectados entre sí.”⁴⁹ La igualdad formal no es suficiente, per se y en todos los casos, para lograr la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres. Por el contrario, para lograr la igualdad sustantiva, el Estado debe abordar las condiciones estructurales que subyacen a la discriminación contra las mujeres. En particular, “[el] logro del objetivo de la igualdad sustantiva también exige una estrategia eficaz encaminada a corregir la representación

⁴² En relación a este punto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dejó en claro que “[si] se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte.” Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, E/C.12/2000/4, 31 de agosto de 2000, parág. 32.

⁴³ ACNUDH, *Preguntas frecuentes*, *supra* nota 29, p. 21.

⁴⁴ *Ídem*.

⁴⁵ Artículo 3 del PIDCP y artículo 3 del PIDESC. ACNUDH, *Igualdad y no discriminación de acuerdo con el artículo 5 de la CDPD 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. 5.

En relación al principio de no discriminación, ver artículo 2.1 del PIDCP y artículo 2.2 del PIDESC.

Debe tenerse en cuenta que esta enumeración no es taxativa. Alice Miller et al., *supra* nota 1, p. 21.

Ver también ACNUDH, *Igualdad y no discriminación*, *supra* nota 45, parág. 8.

⁴⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 16: La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* [Observación general N° 16], E/C.12/2005/4, 11 de agosto de 2005, parág. 7.

⁴⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general No. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal* [Recomendación general No. 25], 30° período de sesiones (2004), 18 de agosto de 2004, parág. 8.

⁴⁸ *Ídem*, parág. 9.

⁴⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 16*, *supra* nota 46.

insuficiente de la mujer y una redistribución de los recursos y el poder entre el hombre y la mujer.”⁵⁰

Al mismo tiempo, la igualdad sustantiva no ignora las diferencias que existen entre hombres y mujeres (y entre diversos grupos de mujeres). Por el contrario, obliga al Estado a tomar en cuenta estas diferencias y adoptar las medidas necesarias para evitar que se traduzcan en desigualdades y prácticas discriminatorias (y a la inversa). Tal como señaló el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), “en ciertas circunstancias será necesario que haya un trato no idéntico de mujeres y hombres [y entre diferentes grupos de mujeres] para equilibrar esas diferencias.”⁵¹ En otras palabras, en algunos casos, el Estado debe adoptar “medidas especiales de carácter temporal que establezcan diferencias explícitas”⁵² entre hombres y mujeres (o entre diferentes grupos de mujeres).

ALGUNAS DISPOSICIONES FUNDAMENTALES DE LA CEDAW EN MATERIA DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

Artículo 1

“A los efectos de la presente convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción, basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.”

Artículo 2

“Los Estados partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto se comprometen a:

- a) Consagrar, si aún no lo han hecho en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio.
- b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer.
- c) Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales o competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación.
- d) Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación.
- e) Tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas.
- f) Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer.

⁵⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general No. 25*, *supra* nota 47.

⁵¹ *Ídem*.

⁵² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, parág. 9.

g) Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer.”

Artículo 5

“Los Estados partes tomarán todas las medidas apropiadas para:

a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.”

Igualdad sustantiva y derechos sexuales y derechos reproductivos

La igualdad sustantiva exige que las mujeres tengan, en la práctica, las mismas oportunidades de adoptar decisiones autónomas sobre aspectos fundamentales de sus vidas en “un entorno que [les] permita conseguir la igualdad de resultados.”⁵³ Estas decisiones incluyen las decisiones de las mujeres sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, amparadas por los DSyDR. De esta manera, para alcanzar la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres, y entre diferentes grupos de mujeres, es fundamental respetar, proteger y garantizar los DSyDR. A la inversa, dado que la desigualdad y la discriminación contra las mujeres les impide ejercer plenamente sus DSyDR, garantizar la igualdad sustantiva es una condición necesaria para que las mujeres puedan ejercer estos derechos.⁵⁴

La obligación de eliminar estereotipos

A fin de garantizar que las mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos en condiciones de igualdad (formal y sustantiva) y no discriminación, el Estado debe identificar y eliminar los estereotipos de género. Estos estereotipos comprenden la visión generalizada de que las mujeres no están en condiciones de tomar decisiones autónomas sobre aspectos fundamentales de su vida y, en particular, sobre su sexualidad y reproducción⁵⁵, y la creencia de que su rol social por excelencia es el de madres y cuidadoras⁵⁶. Estas creencias se ven plasmadas en y son perpetuadas por “estructuras de poder discriminatorias”⁵⁷ (leyes, políticas, programas, prácticas y acciones de actores estatales y no estatales) que impiden que las mujeres puedan ejercer plenamente sus DSyDR.

⁵³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general No. 25*, *supra* nota 47.

⁵⁴ Center for Reproductive Rights, *A guide to aligning development goals to human rights standards on reproductive equality* [A guide], 2014, pag. 8.

⁵⁵ Rebecca J. Cook, "Structures of Discrimination," *Macalester International Vol. 28*, Article 8 (2012), p. 43. Ver también 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. 137.

⁵⁶ *Ídem*, parág. 252.

⁵⁷ Center for Reproductive Rights, *A guide*, *supra* nota 54, pag. 10 y ss.

¿QUÉ SON LOS ESTEREOTIPOS Y POR QUÉ REPRESENTAN UNA FORMA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES?

Un *estereotipo* puede ser definido como “una visión generalizada o una preconcepción sobre los atributos o características de los miembros de un grupo en particular o sobre los roles que tales miembros deben cumplir.”⁵⁸ En base a esta visión generalizada sobre los atributos, características y roles de un determinado grupo, se considera que una persona, por el sólo hecho de pertenecer al grupo, poseerá esos atributos y características o cumplirá ese rol. De esta manera, “todas las dimensiones de la personalidad que hacen que una persona sea única, serán... filtradas a través del lente de dicha visión generalizada o preconcepción sobre el grupo con el cual se le identifica.”⁵⁹

Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) define a un *estereotipo de género* como “una pre-concepción de atributos o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados por hombres y mujeres respectivamente.”⁶⁰ Tal como lo han reconocido el Comité CEDAW⁶¹, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ComitéDESC)⁶², la Corte IDH⁶³, y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)⁶⁴, entre otros órganos de tratados de derechos humanos, los estereotipos de género constituyen una forma de discriminación contra las mujeres contraria al derecho internacional de los derechos humanos.⁶⁵

Entre muchas otras manifestaciones, los estereotipos sobre el rol reproductivo de las mujeres explican por qué muchos Estados prohíben expresamente que se usen fondos públicos para financiar la distribución de métodos anticonceptivos o se niegan a regular la objeción de conciencia para evitar su ejercicio abusivo en perjuicio de las mujeres. Asimismo, los estereotipos sobre la incapacidad de las mujeres de tomar decisiones autónomas subyacen a (y se ven reforzados) por las leyes y prácticas en virtud de las cuales las mujeres son sustituidas en la toma de decisiones sobre su salud por otros actores. En la mayoría de los casos, estos actores son varones, tales como su esposo o un profesional de la salud. Esto así porque, históricamente, la sociedad les ha asignado a los hombres “un rol preponderante en la adopción de decisiones sobre el cuerpo de las mujeres.”⁶⁶

En el caso de las mujeres con discapacidad, los estereotipos de género se combinan con estereotipos sobre las personas con discapacidad, dando lugar a estereotipos compuestos.⁶⁷ El resultado es un conjunto de preconcepciones que, en algunos casos, coinciden con las preconcepciones propias de los estereotipos de género y, en otros, las contradicen explícitamente. Estos estereotipos se traducen en (y se ven reforzados por) leyes, políticas,

⁵⁸ Rebecca J. Cook y Simone Cusack, *Estereotipos de Género: Perspectivas Legales Transnacionales [Estereotipos de Género]*, (Andrea Parra, trad.) (Bogotá: PROFAMILIA, 2010), p. 11.

⁵⁹ *Ídem.*

⁶⁰ Corte IDH, *Caso González y Otras (“Campo Algodonero”) vs. México*, sentencia de 16 de noviembre de 2009 (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas) [Caso González y Otras (“Campo Algodonero”) vs. México], online: Corte IDH, <http://bit.ly/1kho5vc>, parág. 401.

⁶¹ CEDAW, *Introducción*, online: Naciones Unidas, <http://bit.ly/VjkZJY>.

⁶² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 16*, *supra* nota 46, parágs. 14 y 16.

⁶³ Corte IDH, *Caso González y Otras (“Campo Algodonero”) vs. México*, *supra* nota 60.

⁶⁴ CIDH, *Informe N° 4/01. Caso 11.625. María Eugenia Morales De Sierra (Guatemala)*, 19 de enero de 2001, online: CIDH, Disponible en <http://bit.ly/2ia9ngl>, parág. 44.

⁶⁵ Artículo 1 de la CEDAW, artículos 1 y 24 de la CADH y artículo 3 del PIDESC, entre otras normas.

⁶⁶ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 55, parág. 243.

⁶⁷ “Los estereotipos compuestos son estereotipos de género que interactúan con otros estereotipos que asignan atributos, características o roles a diferentes subgrupos de mujeres.” Rebecca J. Cook y Simone Cusack, *supra* nota 58, p. 29.

programas y prácticas de actores estatales y no estatales que dan lugar a patrones de discriminación interseccional que impiden que las mujeres con discapacidad puedan ejercer sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

En términos generales, como integrantes del grupo de personas con discapacidad, las mujeres con discapacidad son consideradas dependientes y vulnerables,⁶⁸ lo que determina que sean “desplazadas como sujetos, y fetichizadas como objetos”⁶⁹ sujetos a las decisiones y sentimientos de otras personas (sin discapacidad). Así, al igual que las mujeres sin discapacidad, las mujeres con discapacidad “son identificadas como seres vulnerables e incapaces de tomar decisiones confiables o consistentes”⁷⁰ sobre aspectos fundamentales de sus vidas,⁷¹ incluida su sexualidad y reproducción. Este es uno de los supuestos en los que los estereotipos compuestos sobre las mujeres con discapacidad coinciden con los estereotipos de género.

En virtud de estos estereotipos, las mujeres con discapacidad son sustituidas en la toma de decisiones sobre su sexualidad y reproducción. Si bien, como ya se señaló, muchas mujeres sin discapacidad también experimentan esta violación a sus derechos, su prevalencia es aún mayor entre las mujeres con discapacidad. Esto se debe a la tendencia histórica de las sociedades a privar a las personas con discapacidad del ejercicio de su capacidad jurídica y sustituirlas en la toma de decisiones sobre sus vidas.⁷²

Dentro del ámbito específico de su sexualidad y reproducción, las mujeres con discapacidad enfrentan estereotipos contradictorios. En principio, se presume que las mujeres con discapacidad son “asexuadas, no están interesadas en su sexualidad o son incapaces de tener relaciones sexuales.”⁷³ Ahora bien, cuando las mujeres con discapacidad ejercen su sexualidad, se las percibe como “incapaces de controlar sus instintos y deseos sexuales.”⁷⁴ Al mismo tiempo, se considera que están más expuestas al riesgo de ser víctimas de abusos sexuales,⁷⁵ una percepción que muchas veces viene asociada a la idea de que no están en condiciones de consentir una relación sexual, dada su supuesta incapacidad de comprender el significado y alcance de estos actos.

Al mismo tiempo, las mujeres con discapacidad son consideradas incapaces de criar a sus hijos y/o de desempeñar adecuadamente el rol de madres y cuidadoras, tradicionalmente asignado a las mujeres sin discapacidad.⁷⁶ En particular, dado que se las considera vulnerables y dependientes, se estima que las mujeres con discapacidad “no [lograrán] la autonomía y capacidad necesaria para el cuidado de sus hijos/as. Se cree que se genera una

⁶⁸ Ver Jenny Morris, *Pride against prejudice: transforming attitudes to disability* (London: Women's Press, 1991), p. 139.

⁶⁹ Tom Shakespeare et al., *The sexual politics of disability: untold desires* (London: Cassell, 1996), p. 3.

⁷⁰ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 55, parág.187.

⁷¹ Jenny Morris, *supra* nota 68, p. 29.

⁷² Red por los derechos de las personas con discapacidad, *Capacidad jurídica y acceso a la justicia: una propuesta de reforma legal desde las organizaciones de personas con discapacidad*, 2010, p. 16.

⁷³ Paul Anderson y Rob Kitchin, *Disability, space and sexuality: access to family planning services*, *Social Science & Medicine*, Volume 51, Issue 8, p. 1163. Traducción de los autores. En el original: “disabled people are commonly understood to be either asexual, uninterested in sex or unable to take part in sexual activity, or sexual ‘monsters’ unable to control their sexual drives and feelings.”

⁷⁴ *Ídem*.

⁷⁵ Tom Shakespeare et al., *supra* nota 69, p. 27

⁷⁶ *Ídem*, p. 111.

situación que pone en jaque la integralidad de los hijos/as con consecuencias emocionales, o que la discapacidad es necesariamente heredable o transmisible.”⁷⁷

De esta manera, “[existe] una dicotomía entre, por un lado, la idea de que todas las mujeres deben ser madres y, por el otro, el hecho de que se suele desalentar a las mujeres con discapacidad a asumir el papel de madre, e incluso se las fuerza a rechazarlo independientemente de sus deseos personales.”⁷⁸ Este es uno de los supuestos más claros en los que los estereotipos compuestos hacia las mujeres con discapacidad contradicen expresamente a los estereotipos de género (o los estereotipos hacia las mujeres sin discapacidad).

Como ya se señaló, estos estereotipos compuestos en relación a las mujeres con discapacidad subyacen a (y se ven reforzados por) una gran variedad de leyes, políticas, programas y prácticas que les impiden ejercer sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos en condiciones de igualdad y no discriminación. Por ejemplo, la creencia de que las mujeres con discapacidad son asexuadas explica por qué las políticas y programas nacionales en materia de DSyDR no son inclusivos de las mujeres con discapacidad. El estereotipo sobre la sexualidad descontrolada de las mujeres con discapacidad subyace a las esterilizaciones y abortos practicados sin su consentimiento y a las prácticas en virtud de las cuales se les prescriben métodos anticonceptivos de larga duración, sin su consentimiento.

El Estado debe, en principio, eliminar estos estereotipos y modificar las leyes, políticas, programas y prácticas discriminatorias que derivan de ellos y los refuerzan. Esta obligación no sólo está implícita en el deber del Estado de garantizar el derecho de todos los individuos a la igualdad y la no discriminación, sino que, además, es reconocida explícitamente por la CDPD y la CEDAW.

El artículo 8 de la CDPD obliga al Estado “adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para... luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida.”⁷⁹ Por su parte, el artículo 5 de la CEDAW dispone que el Estado debe “modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.”⁸⁰

EL ARTÍCULO 8 DE LA CDPD

“1. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para:

- a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;
- b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;

⁷⁷*Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo* (Montevideo: Intendencia de Montevideo, 2011), p. 21.

⁷⁸*Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*, A/67/227, 3 de agosto de 2012, parág. 28.

⁷⁹ CDPD, artículo 8, inciso 1 b).

⁸⁰ CEDAW, artículo 5, inciso a).

c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2. Las medidas a este fin incluyen:

- a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:
 - i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;
 - ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;
 - iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;
- b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;
- c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención;
- d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.”

La obligación de reconocer las diferencias y asegurar la igualdad de resultados

Al mismo tiempo, para lograr la igualdad sustantiva en el ámbito de los derechos sexuales y derechos reproductivos, el Estado debe reconocer “las diferencias biológicas que hay entre la mujer y el hombre y las diferencias que la sociedad y la cultura han creado.”⁸¹ Es decir, el Estado debe reconocer que existen diferencias entre hombres y mujeres y que esas diferencias no sólo derivan de factores biológicos sino que también pueden ser el resultado de “expectativas, actitudes y comportamientos estereotípicos hacia la mujer que se basan en las diferencias biológicas entre los sexos. También pueden deberse a la subordinación generalizada de la mujer al hombre.”⁸²

Además de reconocerlas, el Estado debe adoptar las medidas que sean necesarias para evitar que esas diferencias den lugar a situaciones de discriminación y desigualdad. Por ejemplo, el Estado debe garantizar que las mujeres puedan acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva que sólo ellas necesitan, en virtud de sus diferencias biológicas con los hombres.⁸³ El aborto es un ejemplo de estos servicios.

En el caso de las diferencias que la sociedad y la cultura han creado, el Estado debe eliminar las estructuras y patrones de discriminación y desigualdad que las generan. Así, el Estado debe eliminar los estereotipos que subyacen a las leyes y prácticas en virtud de las cuales las mujeres son sustituidas por terceros (en general, varones) en la adopción de decisiones sobre su sexualidad y reproducción, tal como se discutió más arriba.

Al tiempo que toma en cuenta las diferencias que existen entre hombres y mujeres, el Estado debe reconocer que también existen diferencias entre diferentes grupos de mujeres.

⁸¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general No. 25*, *supra* nota 47.

⁸² *Ídem*, nota 1.

⁸³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observación General N°24: Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*, (20° período de sesiones, 1999), parág. 14.

Una vez más, estas diferencias pueden ser biológicas o estar social y/o culturalmente construidas. En ambos casos, a la luz del artículo 6 de la CDPD, el Estado debe adoptar las medidas que sean necesarias para impedir que esas diferencias den lugar a formas de discriminación interseccional que impidan que las mujeres con discapacidad ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos.⁸⁴

4.c) Obligación de rendir cuentas y su relación con otros derechos(reparación efectiva, participación, información)

En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los actores estatales deben actuar en base a deberes y estándares de desempeño que permitan evaluar sus acciones. Quienes se vean afectados por las decisiones de estos actores tienen derecho a exigirles que expliquen las razones que justifican sus acciones. Al mismo tiempo, el Estado debe implementar mecanismos efectivos, accesibles e independientes⁸⁵ para monitorear el cumplimiento de los estándares de desempeño establecidos, imponer sanciones en caso de incumplimiento, y asegurar la adopción de remedios y/o acciones correctivas que resulten necesarias.⁸⁶ La rendición de cuentas también involucra a los organismos internacionales y regionales de derechos humanos que están encargados de monitorear el cumplimiento de las obligaciones impuestas por los tratados de derechos humanos.⁸⁷

Asimismo, el deber de rendir cuentas encierra la obligación de adoptar procedimientos eficaces para presentar recursos y obtener reparación⁸⁸ en caso de violación de los derechos humanos. El Estado debe garantizar que los individuos estén en condiciones *reales* de acceder y hacer uso de estos procedimientos.⁸⁹

Al mismo tiempo, el Estado debe “garantizar la participación de una gran diversidad de sectores interesados en la formulación de leyes, políticas y programas”⁹⁰ orientadas a respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. La participación también debe darse en relación al diseño y la ejecución del presupuesto público.

De esta manera, el deber de rendición de cuentas se encuentra íntimamente vinculado con el derecho de todos los individuos y las organizaciones de la sociedad civil a participar en forma activa, informada y significativa en todos los aspectos del proceso de adopción, implementación y evaluación de las decisiones que los afectan.⁹¹ En particular, las personas tienen derecho a participar en el diseño, la ejecución y la supervisión de los programas, políticas y servicios gubernamentales orientados a respetar, proteger y garantizar sus derechos, incluidos sus DSyDR.⁹²

⁸⁴ Center for Reproductive Rights, *A guide*, *supra* nota 54, pag. 14.

⁸⁵ Center for Reproductive Rights y UNFPA, *Derechos reproductivos*, *supra* nota 16.

⁸⁶ Carolyn Frohmader y Stephanie Ortoleva, *The sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities*, online: Women Enabled, <http://bit.ly/2ip9TVC>, p. 9.

⁸⁷ Center for Reproductive Rights y UNFPA, *Derechos reproductivos*, *supra* nota 16.

⁸⁸ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones* [Respeto de los derechos humanos] (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014), p. 22. Las formas de reparación contempladas por el derecho internacional de los derechos humanos incluyen la restitución, rehabilitación, indemnización, satisfacción y garantías de repetición. *Ídem*.

⁸⁹ UNFPA, The Danish Institute for Human Rights y ACNUDH, *Reproductive rights are human rights*, *supra* nota 20 p. 82.

⁹⁰ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 88.

⁹¹ “Los Estados ... garantizarán en igualdad de condiciones con los hombres el derecho a... participar en la formulación de las políticas gubernamentales y en la ejecución de éstas.” CEDAW, artículo 7 inciso b).

⁹² Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 88, p. 21.

Es importante tener en cuenta que, para garantizar el derecho a la participación, no basta con que el Estado *consulte* formalmente con los individuos y grupos antes de adoptar una decisión o política que los afecte. Por el contrario, el Estado debe promover que los individuos estén *empoderados* para que puedan formar parte del proceso de toma de decisiones.⁹³ De esta manera, “la participación debe ser considerada no sólo una herramienta”⁹⁴ para la toma de decisiones y la rendición de cuentas, “sino como un fin en sí mismo.”⁹⁵

En este proceso, el Estado debe establecer “canales específicos de participación”⁹⁶ que tengan en cuenta, en particular, a los grupos tradicionalmente marginalizados en el ejercicio de sus derechos.⁹⁷ En consonancia con esta idea, la CDPD no sólo reconoce el derecho de las personas con discapacidad a la participación, sino que avanza un paso más y establece expresamente que “en la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán *consultas estrechas y colaborarán activamente* con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.”⁹⁸

Tal como se señaló más arriba, el artículo 6 de la CDPD obliga al Estado a promover el “desarrollo, avance y empoderamiento de las mujeres con discapacidad”⁹⁹ como forma de garantizar su derecho a la igualdad y no discriminación. Al interpretar el alcance de esta disposición, el Comité CDPD enfatizó que “asegurar el empoderamiento de las mujeres con discapacidad significa promover su participación en la toma de decisiones públicas.”¹⁰⁰ Con ese fin, el Estado debe “consultar directamente con las mujeres con discapacidad y establecer medidas adecuadas para garantizar que las perspectivas de las mujeres con discapacidad sean tenidas en cuenta y que no sean sometidas a represalias por expresar sus puntos de vista y preocupaciones, especialmente en relación a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.”¹⁰¹ Al mismo tiempo, “el Estado 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.”¹⁰²

El deber de rendir de cuentas y el derecho a la participación lleva implícito, además, el deber de garantizar otro derecho fundamental de todos los individuos: el derecho a la información¹⁰³. Esto así porque el acceso a la información es un prerrequisito para la participación y la rendición de cuentas.¹⁰⁴

⁹³ UNFPA, The Danish Institute for Human Rights y ACNUDH, *Reproductive rights are human rights*, *supra* nota 20, p. 81.

⁹⁴ *Ídem*, p. 82.

⁹⁵ *Ídem*.

⁹⁶ *Ídem*, p. 81.

⁹⁷ *Ídem*.

⁹⁸ CDPD, artículo 4, inciso 3. Énfasis agregado.

⁹⁹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 28, parág. 7.

¹⁰⁰ *Ídem*, parág. 23. Énfasis agregado.

¹⁰¹ *Ídem*.

¹⁰² *Ídem*.

¹⁰³ Artículos 13.1 de la CADH, art. 19 del PIDCyP y el art. 19 de la DUDH.

¹⁰⁴ UNFPA, The Danish Institute for Human Rights y ACNUDH, *Reproductive rights are human rights*, *supra* nota 20, p. 82.

Algunas nociones básicas sobre el derecho a la información

El primer paso que el Estado debe dar a la hora de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, incluidos los DSyDR, es contar con un diagnóstico completo y actualizado de la situación existente.¹⁰⁵ Esta información resulta indispensable “porque proporciona una base para elaborar políticas claramente formuladas y cuidadosamente adaptadas a la situación.”¹⁰⁶ El Comité DESC enfatizó que el cumplimiento de esta obligación “no puede alcanzarse limitándose a preparar estadísticas o estimaciones nacionales de carácter general, sino que exige también prestar especial atención a las regiones o zonas menos favorecidas, así como a determinados grupos o subgrupos que parezcan hallarse en situación particularmente vulnerable o desventajosa.”¹⁰⁷

En el ámbito específico de los DSyDR, la CIDH se ha hecho eco de estas ideas y ha enfatizado que “la producción de estadísticas confiables en materia reproductiva y la diseminación de dicha información coadyuvará a una mejor atención [de estos temas] en las políticas públicas en salud de los países [y a] que los Estados cumplan con sus deberes internacionales en esta materia. Asimismo, el conocer la verdadera situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres generará conciencia colectiva respecto de las necesidades reales que hay que abordar.”¹⁰⁸ La CIDH también resaltó que los Estados deben recopilar “información específica sobre grupos de exclusión... con la finalidad de identificar los problemas específicos de esta población en este ámbito y abordarlos.”¹⁰⁹

El artículo 31 de la CDPD recepta expresamente estas obligaciones, al obligar al Estado a “[recopilar] información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto”¹¹⁰ a la convención e “identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.”¹¹¹ En particular, el Estado debe “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,”¹¹² incluso a través del desarrollo de indicadores para evaluar la situación de estos sectores.¹¹³ Asimismo, el Estado debe desglosar y difundir esta información en forma sistemática y utilizarla como herramienta para evaluar el cumplimiento de las obligaciones impuestas por la convención. Finalmente, el Estado debe desarrollar “medidas de fomento” de su capacidad de cumplir con estas obligaciones.¹¹⁴

En relación a este punto, el Comité CDPD ha señalado que es indispensable recopilar y analizar datos e información sobre la situación de las mujeres con discapacidad en todos los ámbitos que les conciernen. Esta información debe servir para la planificación de políticas públicas orientadas a implementar el artículo 6 de la CDPD y eliminar la discriminación

¹⁰⁵Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 1. Presentación de informes por los Estados Partes (Tercer período de sesiones, 1989)*, U.N. Doc. E/1989/22, parág. 3.

¹⁰⁶*Ídem*, parág. 4.

¹⁰⁷*Ídem*, parág.3.

¹⁰⁸ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 noviembre 2011, online: CIDH, <http://bit.ly/2iatMTb>, parág. 36.

¹⁰⁹*Ídem*, parág. 37.

¹¹⁰ CDPD, artículo 31, inciso 1.

¹¹¹ CDPD, artículo 31, inciso 2.

¹¹² Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Argentina*, aprobadas por el Comité en su octavo período de sesiones (17 a 28 de septiembre de 2012), 19 de octubre de 2012, CRPD/C/ARG/CO/1, parág. 49.

¹¹³*Ídem*, parág. 50.

¹¹⁴*Ídem*.

múltiple e interseccional hacia las mujeres con discapacidad.¹¹⁵ El Comité también destacó la importancia de garantizar “la participación de las mujeres con discapacidad y las organizaciones que las representan en la concepción de las actividades de reunión de datos, en su ejecución, supervisión y evaluación, así como en la capacitación pertinente; y el establecimiento de mecanismos de consulta para crear sistemas capaces de detectar y captar efectivamente las diversas experiencias vitales de las mujeres con discapacidad con objeto de mejorar las políticas y prácticas públicas.”¹¹⁶

Asimismo, la obligación de producir esta información lleva implícito el derecho de todas las personas a acceder a ella. Es decir, el derecho a la información también comprende el “derecho y la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole.”¹¹⁷ Así lo enfatizó la Corte IDH al señalar que “el actuar del Estado debe encontrarse regido por los principios de publicidad y transparencia en la gestión pública, lo que hace posible que las personas que se encuentran bajo su jurisdicción ejerzan el control democrático de las gestiones estatales, de forma tal que puedan cuestionar, indagar y considerar si se está dando un adecuado cumplimiento de las funciones públicas. El acceso a la información bajo el control del Estado, que sea de interés público, puede permitir la participación en la gestión pública, a través del control social que se puede ejercer con dicho acceso.”¹¹⁸ En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia de Argentina ha establecido que “el fundamento central del acceso la información en poder del Estado consiste en el derecho que tiene toda persona de conocer la manera en que sus gobernantes funcionarios públicos se desempeñan.”¹¹⁹

En ejercicio de su derecho a la información, toda persona tiene derecho a “solicitar el acceso la información bajo el control del Estado,”¹²⁰ sin necesidad de acreditar un interés legítimo. Como contrapartida, el derecho a la información impone al Estado la obligación de suministrar la información solicitada o brindar una respuesta fundada en aquellos casos en los que el derecho internacional de los derechos humanos permite limitar el acceso a la información pública para el caso concreto.¹²¹ Esta obligación alcanza a todos los sujetos que proveen servicios públicos, ejercen funciones públicas o ejecutan recursos públicos en nombre del Estado,¹²² entre los que se encuentran “no solamente a los órganos públicos estatales, en todas sus ramas y niveles, locales o nacionales, sino también a empresas del

¹¹⁵ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 28, parág. 63, inciso d).

¹¹⁶ *Ídem*, parág. 63, inciso e).

¹¹⁷ Corte IDH, *Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile*, sentencia del 19 de septiembre de 2006 (Fondo, Reparaciones y Costas) [Caso Claude Reyes], Serie C No. 151, online: Corte IDH, <http://bit.ly/1Kw8J39>, parág. 76.

¹¹⁸ *Ídem*, parág. 86.

¹¹⁹ CSJN, *Asociación Derechos Civiles c/ EN-PAMI (dto.1172/03) s/ amparo ley 16.986*, A. 917. XLVI, cons. 10.

¹²⁰ Corte IDH, *Caso Claude Reyes*, *supra* nota 117, parág. 77.

¹²¹ *Ídem*.

A la luz del principio de máxima divulgación [*Ídem*, parág. 92], estas restricciones “deben estar previa y expresamente fijadas en una ley... y su consagración debe ser lo suficientemente clara y precisa como para no conferir un nivel excesivo de discrecionalidad a los funcionarios que deciden si se divulga o no la información” [CIDH, *Informe Anual 2009 de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. El derecho de acceso a la información*, online: OEA, <http://bit.ly/2i9caU9>, parág. 30]. Asimismo, estas restricciones “deben ser necesarias en una sociedad democrática para satisfacer un interés público imperativo.” [*Ídem*, parág. 32] El estándar de necesidad exige que, entre las distintas opciones que tienen a su disposición para alcanzar este “interés público imperativo”, las autoridades estatales escojan la que restrinja en menor medida el derecho a la información y que la restricción a este derecho sea “conducente para alcanzar su logro, proporcional al interés que la justifica e interferir en la menor medida posible en el ejercicio efectivo del derecho.” *Ídem*.

¹²² CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva*, *supra* nota 108, parág. 17.

Estado, hospitales, las instituciones privadas o de otra índole que actúan con capacidad estatal o ejercen funciones públicas.”¹²³

Estos sujetos tienen el deber de proporcionar “la información que está bajo custodia, administración o tenencia del Estado; la información que el Estado produce o que está obligado a producir; la información que está bajo poder de quienes administran los servicios y los fondos públicos, únicamente respecto de dichos servicios o fondos; y la información que el Estado capta, y la que está obligado a recolectar en cumplimiento de sus funciones.”¹²⁴ Asimismo, esta información no debe ser proporcionada sólo en respuesta a una solicitud de los ciudadanos. Por el contrario, “las autoridades públicas deberán tener la obligación de publicar de forma dinámica, incluso en la ausencia de una solicitud, toda una gama de información de interés público.”¹²⁵

¹²³ CSJN, *supra* nota 119.

¹²⁴ CIDH, *Informe Anual 2009*, *supra* nota 121, Cap. IV, párr. 21.

¹²⁵ *Declaración conjunta del Relator Especial de las Naciones Unidas para la Libertad de Opinión y Expresión, el Representante de la Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa para la Libertad de los Medios de Comunicación y el Relator Especial de la OEA para la Libertad de Expresión*, 6 de diciembre de 2004, online: CIDH, <http://bit.ly/1R1H2Tv>.

CAPÍTULO III

EL DERECHO DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Como se señaló en el capítulo anterior, los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de un amplio conjunto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, entre los que se destaca el derecho a la salud sexual y reproductiva (SSyR).¹

Luego de esbozar algunas nociones fundamentales sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, las páginas que siguen describen los componentes centrales de este derecho. La descripción hace especial énfasis en incorporar una perspectiva de discapacidad al análisis tradicional sobre la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la salud sexual y reproductiva.

Este capítulo también aborda las obligaciones básicas del Estado en materia de salud sexual y reproductiva: la obligación de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos disponibles y la obligación de respetar, proteger y garantizar este derecho.

ALGUNAS NORMAS FUNDAMENTALES ANALIZADAS EN ESTE CAPÍTULO

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer

Artículo 12

“1. Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo I supra, los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”

Artículo 16 (fragmento)

“1. Los Estados partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:... e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.”

¹ “El derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte integrante del derecho a la salud”. 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. 1.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)

Artículo 23 (fragmento)

Respeto del hogar y de la familia

“1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:...

b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;

c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.”

Artículo 25

Salud

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

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

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.”

1. NOCIONES PRELIMINARES SOBRE EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El derecho a la salud sexual y reproductiva protege “el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva.”² De esta manera, el derecho a la SSyR se vincula con el derecho a la autonomía reproductiva, piedra fundamental de los DSyDR. Al mismo tiempo, el derecho a la SSyR protege “el acceso sin trabas a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información”³ en la materia, en condiciones de igualdad y no discriminación.⁴

Este derecho comprende, además, los *factores determinantes básicos* de la salud sexual y reproductiva, entre los que se destacan “el acceso a agua segura y potable, saneamiento adecuado, alimentación y nutrición adecuadas, vivienda adecuada, condiciones de trabajo y medio ambiente seguros y saludables y educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, así como una protección efectiva frente a toda forma de violencia, tortura y discriminación y otras violaciones de los derechos humanos que repercutan negativamente en el derecho a la salud sexual y reproductiva.”⁵ Estos derechos humanos incluyen el derecho “a la vida; a la libertad y la seguridad de la persona; a no ser sometido a tortura ni otros tratos crueles, inhumanos o degradantes; la privacidad y el respeto por la vida familiar; y la no discriminación y la igualdad.”⁶

Más aun, el derecho a la salud sexual y reproductiva abarca los *determinantes sociales de la salud*. Este concepto engloba las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades.”⁷ Las desigualdades sociales y en la distribución del poder que están basadas en el género y la discapacidad—y en la interacción de ambos factores— son determinantes sociales de la salud.⁸

En relación al género, la OMS señala que las normas, los roles y las relaciones en la esfera del género “influyen en el acceso y el control de los recursos necesarios para lograr una salud óptima”⁹ y ocasionan desigualdades sanitarias entre hombres y mujeres. Estas desigualdades adquieren características específicas cuando las normas, los roles y las

²Ídem, parág. 5.

³Ídem.

⁴Ídem, parág. 9.

⁵Ídem, parág. 7.

⁶Ídem, parág. 10.

⁷ Organización Mundial de la Salud, *Determinantes sociales de la salud. Conceptos clave*, online: Organización Mundial de la Salud, <http://bit.ly/2g0xBaI>

Tal como sostiene la OMS, esas circunstancias no son producto de un fenómeno natural. Por el contrario, están fuertemente influenciadas por la distribución de poder, recursos económicos, bienes y servicios entre diferentes personas y grupos, tanto a nivel nacional como internacional. Al ser desigual, esta distribución se traduce en desigualdades en las condiciones de vida de los individuos que, a su vez, tienen un impacto negativo (y desigual) en la salud de la población. Comisión sobre Determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud, *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (Buenos Aires: OMS, 2008), Resumen analítico, p. 1.

⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 8.

“Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer.” Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* [Observación general N° 14], E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, parág. 20.

⁹ Organización Mundial de la Salud, *Género. Nota descriptiva N°403*, agosto de 2015, online: OMS, <http://bit.ly/2jWQzmO>

relaciones en la esfera del género se combinan y/o intersectan con las barreras y condiciones que hacen de la discapacidad una construcción o fenómeno social (ver *Un nuevo paradigma sobre la discapacidad* en el *Capítulo I*). En particular, la prevalencia de estereotipos sobre la discapacidad y el género y, en especial, sobre la sexualidad y reproducción de las mujeres con discapacidad se traduce en prácticas de estigmatización, exclusión y discriminación¹⁰ múltiple y/o interseccional hacia ellas. Estas prácticas tienen “repercusiones especialmente graves en el disfrute de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos”¹¹ por parte de las mujeres con discapacidad. En síntesis, la discriminación múltiple y/o interseccional hacia las mujeres con discapacidad es uno de los determinantes sociales de su salud sexual y reproductiva.

ALGUNAS DEFINICIONES BÁSICAS: SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Si bien existen importantes puntos de contacto entre ambos términos, salud sexual no es sinónimo de salud reproductiva.¹² La *salud sexual* es definida por la OMS como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; y no sólo de ausencia de enfermedades, disfunciones, o afecciones. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, como así también la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, sin coerción, discriminación o violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, se deben respetar, proteger y garantizar los derechos sexuales de todas las personas.”¹³

Por su parte, la *salud reproductiva* ha sido definida como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.”¹⁴

2. COMPONENTES DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El derecho a la SSyR tiene cuatro componentes esenciales e indivisibles: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Cabe destacar que estos cuatro elementos aplican

¹⁰ *Ídem*.

¹¹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3. Artículo 6: Mujeres con discapacidad* [Observación General N° 3], CRPD/C/GC/3, 2 de septiembre de 2016, parág. 38.

¹² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22, supra* nota 1, parág. 6.

¹³ Organización Mundial de la Salud, *Sexual Health, Human Rights and the Law* (Ginebra: OMS, 2015), p. 5, citado por Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22, supra* nota 1, parág. 6.

¹⁴ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas, Programa de Acción, Capítulo VII, Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva (1994), online: Naciones Unidas <http://bit.ly/1IpoDi7>, parág. 7.2, citado por Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22, supra* nota 1, parág. 6.

tanto a la atención de la salud sexual y reproductiva como a los factores determinantes del derecho a la salud sexual y reproductiva.¹⁵

2.a) Disponibilidad

El Estado debe garantizar la existencia 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 mujeres con discapacidad, sin excepción.¹⁶ En particular, se debe garantizar la disponibilidad de las intervenciones, medicamentos y servicios esenciales en materia de salud sexual y reproductiva.¹⁷

El requisito de disponibilidad se traduce, además, en la obligación de garantizar que haya profesionales de la salud y personal médico capacitado adecuadamente para prestar todos los servicios de atención de la SSyR.¹⁸ En virtud la luz del artículo 25 de la CDPD, es especialmente importante que el Estado cumpla con su deber de concientizar a los profesionales de la salud “respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.”¹⁹

La capacitación de los profesionales de la salud debe comenzar en la carrera de grado y continuar en forma permanente a lo largo de toda su trayectoria profesional.²⁰ Asimismo, se debe hacer especial énfasis en lograr que los profesionales de la salud conciban a la discapacidad como una cuestión de derechos humanos (ver recuadro *Algunas nociones fundamentales que deben incluirse en los programas de capacitación a profesionales de la salud a continuación*).

ALGUNAS NOCIONES FUNDAMENTALES QUE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEBERÍAN APRENDEN A TRAVÉS DE LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN

Los profesionales de la salud deben saber que la discapacidad no es una condición médica o una patología y no representa una tragedia o un sufrimiento para las personas con discapacidad. En otras palabras, es importante que los profesionales de la salud comprendan que las personas *no padecen* una discapacidad.

¹⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22, supra* nota 1, nota al pie 13. La fuente señala, “[en] el párrafo 12 de la observación general núm. 14, el Comité definió los elementos normativos de las obligaciones del Estado de garantizar el derecho a la salud. Esas normas se aplican también a los factores determinantes básicos, o las condiciones de salud, incluido el acceso a la educación sexual y la información sobre la salud sexual y reproductiva.”

¹⁶ *Idem*, parág. 12. Énfasis agregado.

¹⁷ *Idem*, parágs. 13 y 49, inciso g).

El listado de intervenciones, medicamentos y servicios esenciales es definido de acuerdo a las obligaciones impuestas por el derecho internacional y la evidencia científica disponible. Por ende, este listado es variable. El Estado debe ajustar sus políticas periódicamente para receptar los cambios que se produzcan.

Además, el Estado puede considerar que otras intervenciones, medicamentos y servicios también son esenciales dentro de su jurisdicción, siempre y cuando complementen y no reemplacen al listado elaborado de acuerdo a la evidencia científica disponible. 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. 32.

¹⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22, supra* nota 1, parág. 13.

¹⁹ CDPD, artículo 25, inciso d).

²⁰ Organización Mundial de la Salud, *Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011*, online: Organización Mundial de la Salud <http://bit.ly/1stBKUK>, pps. 88 y siguientes.

Esto significa que los profesionales de la salud deben distinguir entre una *deficiencia o diversidad funcional*, términos que refieren a “una serie de características físicas, comunicacionales, perceptivas (intelectual o sensorialmente)”²¹ de las personas, y la *discapacidad* como construcción o fenómeno social que existe en tanto la sociedad le asigna un desvalor a esas condiciones²² (ver *Un nuevo paradigma sobre la discapacidad* en el *Capítulo I*). Al mismo tiempo, los profesionales de la salud deben saber que este fenómeno social no necesariamente es percibido por las personas con discapacidad como “una tragedia, algo negativo.”²³ Por el contrario, “cada persona lo vivirá como pueda, teniendo en cuenta su entorno, sus posibilidades de desarrollo, etc.”²⁴

La idea de que la discapacidad es una patología y la creencia errónea de que esta “patología” es el único determinante del estado de salud de las personas con discapacidad explican por qué las personas con discapacidad reciben “una atención sanitaria deficitaria y desenfocada, centrada exclusivamente en la [deficiencia o diversidad funcional]”²⁵ y orientada a rehabilitarlas (o “normalizarlas”).²⁶ Los programas de capacitación de los profesionales de la salud deben procurar romper este paradigma y formarlos para que estén en condiciones de brindar una *atención integral* a las personas con discapacidad.

La atención es integral si no se centra sólo en la diversidad funcional de la persona sino que, además, contempla las dimensiones y factores sociales que configuran la discapacidad e impactan en la salud.²⁷ Además, para que sea integral, la atención debe tener en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad.

En relación a este último punto, los profesionales de la salud deben saber que *las personas con discapacidad son las que mejor conocen qué contribuye a su salud y bienestar y cuáles son sus necesidades y preferencias en relación estas cuestiones*. En consecuencia, los profesionales de la salud también deben saber que tienen el deber de informar y consultar directamente con las personas con discapacidad sobre su salud y los tratamientos y procedimientos médicos que puedan requerir. Más aún, los profesionales de la salud deben saber que tienen la obligación de obtener el consentimiento de la persona en cuestión antes de someterla a cualquier tratamiento o procedimiento médico (ver *Aceptabilidad y consentimiento informado* más abajo).

Las personas con discapacidad deben tener un rol activo en los programas de capacitación de los profesionales de la salud.²⁸ Esto así porque ellas son las que mejor conocen cuáles son sus necesidades en materia de salud, qué barreras enfrentan al acceder a los servicios de salud y cuál es la mejor manera de abordar estas barreras. Al mismo tiempo, el Estado debe promover la formación y contratación de médicos y profesionales de la salud con discapacidad.²⁹

²¹ Verónica 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.

²² *Ídem*.

²³ *Ídem*, p. 23.

²⁴ *Ídem*.

²⁵ Isabel Caballero (Coord.), “Capítulo IX. Salud”, en *Manual. La transversalidad de género en las políticas públicas de discapacidad. Volumen I* (Madrid: CERMI, 2012), p. 313.

²⁶ Agustina Palacios, *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* [El modelo social de discapacidad] (Madrid: Ediciones Cinca, 2008), p. 26.

²⁷ Isabel Caballero (Coord.), *supra* nota 25.

²⁸ Organización Mundial de la Salud, *Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011*, *supra* nota 20, p. 88.

²⁹ CDPD, artículo 24 inciso 5.

2.b) Accesibilidad

El artículo 9 de la CDPD establece que “las personas con discapacidad deben tener igualdad de acceso a todos los bienes, productos y servicios abiertos al público o de uso público de una manera que garantice su acceso efectivo y en condiciones de igualdad y respete su dignidad.”³⁰ Por ende, las mujeres con discapacidad, al igual que el resto de las personas, deben “disfrutar de *igualdad de acceso* a la misma variedad, calidad y nivel de establecimientos, información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva [y deben poder] ejercitar sus derechos sexuales y derechos reproductivos sin ningún tipo de discriminación.”³¹

Esto se traduce en el deber del Estado de garantizar que no existan barreras legales y/o formales que impidan que las mujeres con discapacidad accedan a establecimientos, información, bienes y servicios de SSyR y ejerzan su derecho a la salud sexual y reproductiva. Además, el Estado debe asegurar que las mujeres con discapacidad puedan acceder *en la práctica* a estos servicios y “disfruten efectivamente de su derecho a la salud sexual y reproductiva sobre una base de igualdad sustantiva.”³²

En relación a la igualdad sustantiva, el Comité CDPD enfatizó que “[es] especialmente importante tener en cuenta la dimensión de género de la accesibilidad en la atención de la salud, sobre todo en la atención de la salud reproductiva de las mujeres y las niñas con discapacidad, incluidos los servicios ginecológicos y obstétricos.”³³ En el mismo sentido, el Comité CEDAW señaló que el Estado debe “[prestar] especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud”³⁴ de las mujeres con discapacidad y debe garantizar que “gocen de igualdad de oportunidades”³⁵ en el acceso a los servicios de salud.

A continuación, se analizan las tres dimensiones del requisito accesibilidad (accesibilidad física, accesibilidad económica, y accesibilidad de la información y la comunicación) que el Estado debe abordar para garantizar que las mujeres con discapacidad ejerzan su derecho a la salud sexual y reproductiva, en condiciones de igualdad (formal y sustantiva). También se analizan las creencias y actitudes de los proveedores de servicios de salud y cómo impactan en la accesibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Accesibilidad física

Los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR deben “estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población”³⁶ y, en particular, de las mujeres con discapacidad.³⁷ Esto implica que deben estar distribuidos de modo tal que las usuarias no deban trasladarse largas distancias para acceder a ellos. Asimismo, deben existir medios

³⁰Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2. Artículo 9: Accesibilidad* [Observación General N° 2], CRPD/C/GC/2, 22 de mayo de 2014, parág. 13.

³¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22, supra* nota 1, parág. 22. CDPD, artículo 25.

³²*Ídem*, parág. 36. Ver también parág. 24.

³³Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2, supra* nota 30, parág. 40.

³⁴Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observación General N°24: Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*, (20° período de sesiones, 1999), parág. 6.

³⁵Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observación General N°18: Mujeres discapacitadas*, (Décimo período de sesiones, 1991), sexto párrafo.

³⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 14, supra* nota 8, parág. 12, b. ii).

³⁷*Ídem*. Ver también CDPD, artículo 25, inciso c).

de transporte accesibles, seguros y asequibles que conduzcan y se detengan cerca de estos establecimientos.³⁸

El requisito de accesibilidad física también aplica a los edificios y demás espacios físicos en los que se prestan servicios de salud sexual y reproductiva. Entre otros requisitos, estos espacios deben contar con:³⁹

- rampas de acceso;
- ascensores;
- barandas;
- pisos de superficie lisa y no deslizante con bordes de otra textura, para facilitar la accesibilidad de las personas ciegas;
- puertas y pasillos lo suficientemente anchos y sin obstáculos;
- dispensadores de números de atención y mostradores al alcance de todas las usuarias;
- baños accesibles y
- consultorios con espacio suficiente para la movilidad del paciente y sin obstáculos.

Las camillas, la aparatología y el instrumental necesario para la realización de estudios médicos también deben ser accesibles. De esta manera, los centros de salud deben contar con “camillas de altura ajustable o... camillas o catres más bajas para examinar a los pacientes; básculas de plataforma o para posición sentada; equipos diagnósticos accesibles en silla de ruedas (por ejemplo, mamógrafos).”⁴⁰

Accesibilidad económica

Tal como lo establece expresamente el artículo 25 de la CDPD⁴¹ y el artículo 12 de la CEDAW,⁴² los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR deben ser gratuitos o asequibles para todas las personas, incluidas las mujeres con discapacidad.⁴³ El Comité DESC ha enfatizado que las personas de menores recursos deben recibir el apoyo necesario para cubrir los costos de los seguros de salud y los gastos en los que deben incurrir para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.⁴⁴

Como consecuencia de la discriminación múltiple y/o interseccional hacia ellas, las mujeres con discapacidad tienen más dificultades que el resto de las personas con discapacidad y que las mujeres sin discapacidad para acceder a un empleo formal y/o desarrollar actividades que les permitan obtener los recursos económicos que necesitan para vivir una vida independiente. En consecuencia, muchas mujeres con discapacidad carecen de la cobertura de salud habitualmente proporcionada por los empleadores, no

³⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observación General N°24*, *supra* nota 34, parág. 21.

³⁹ La enumeración que sigue se basa en Ministerio de Salud Pública de Uruguay, “Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad” en *Guías en Salud Sexual y Reproductiva*, Montevideo, Uruguay, octubre 2012, pps. 21 y siguientes y “Luchar unidas por una atención de salud adecuada”, en Jane Maxwell, Julia Watts Belser y Darlena David, *Un manual de salud para mujeres con discapacidad*, Hesperian Foundation, 2009, pps. 35 y siguientes.

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud, *Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011*, *supra* nota 20, p. 83.

⁴¹ CDPD, artículo 25, inciso a).

⁴² CEDAW, artículo 12, inciso 2.

⁴³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 14*, *supra* nota 8, parág. 12, b. iii). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observación General N°24*, *supra* nota 34, parág. 27.

⁴⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 17.

pueden solventar los costos de los seguros de salud o servicios de medicina prepaga, y/o se les deniega el acceso a ellos por motivos de discapacidad.⁴⁵

La igualdad sustantiva requiere que las medidas que el Estado adopte para garantizar la accesibilidad económica de los servicios de salud sexual y reproductiva tomen en cuenta esta realidad. Entre otras medidas, el Estado debe:

- garantizar que exista una amplia variedad de opciones de financiamiento de los servicios de salud;⁴⁶
- asegurar la disponibilidad de seguros de salud asequibles;⁴⁷
- destinar fondos específicos a médicos, establecimientos y organizaciones que brinden servicios de atención primaria a las mujeres con discapacidad de menores recursos;⁴⁸
- proporcionar transferencias de efectivo no condicionadas y/o un complemento general de ingresos a las mujeres con discapacidad que enfrentan mayores dificultades para acceder a estos servicios;⁴⁹ y
- reducir o eliminar los costos de los servicios de salud que las mujeres con discapacidad deben pagar con recursos propios.⁵⁰

Accesibilidad de la información y la comunicación

Todas las personas, incluidas todas las mujeres con discapacidad, tienen derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a *todos* los aspectos de la SSyR.⁵¹ Esto incluye información sobre métodos y prácticas anticonceptivas, enfermedades de transmisión sexual y VIH, aborto sin riesgo y atención post-aborto, infertilidad y opciones de fecundidad y cáncer del sistema reproductor.⁵² Al mismo tiempo, las personas tienen derecho a recibir “información específica sobre su estado de salud.”⁵³

Esta información contribuye a la accesibilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva y permite que las personas tomen decisiones autónomas sobre su sexualidad y reproducción. Es por eso que el derecho a acceder a información en la materia es instrumental para el pleno ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva.⁵⁴

La igualdad sustantiva requiere que, al momento de proporcionar la información, se respeten las necesidades de la persona y su comunidad y se tome en cuenta su edad, género, conocimientos lingüísticos, nivel educativo, situación de discapacidad, orientación sexual, identidad de género, y condición de intersexualidad, entre otros factores.⁵⁵ En consecuencia, los profesionales de la salud no pueden limitarse a proporcionar la información que, de

⁴⁵ FXB Center for Health and Human Rights y Open Society Foundations, Capítulo 9: “Disability, Health, Community Living and Human Rights” en *Health and Human Rights. Resource guide*, Quinta Edición, noviembre de 2013, p. 9.6. Ver también Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 11, parágs. 58 y 59.

⁴⁶ Organización Mundial de la Salud, *Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011*, *supra* nota 20, pp. 77.

⁴⁷ *Ídem*.

⁴⁸ *Ídem*, p. 79.

⁴⁹ *Ídem*.

⁵⁰ *Ídem*, p. 80.

⁵¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 18.

⁵² *Ídem*, parág. 18.

⁵³ *Ídem*.

⁵⁴ 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. 156.

⁵⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 19.

acuerdo a su criterio profesional, consideren razonable y necesario compartir con la paciente. Además, deben brindarle la información que pueda ser importante para ella, dadas sus necesidades e intereses particulares.⁵⁶

Asimismo, en el caso específico de las mujeres con discapacidad, la igualdad sustantiva requiere que la información y comunicación relativa a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva “[esté] disponible en lengua de señas, Braille, formatos electrónicos accesibles, escritura alternativa y modos, medios y formatos de comunicación y orientación aumentativos y alternativos.”⁵⁷ Esta obligación alcanza a:⁵⁸

- La cartelera y demás elementos que se utilicen para señalar los espacios exteriores e interiores de los establecimientos de salud;
- Los mecanismos que se utilicen para distribuir turnos y/o números de atención entre las usuarias de los servicios y para llamarlas. Por ejemplo, el establecimiento de salud no es accesible si los profesionales de la salud llaman a la persona sólo verbalmente;
- Las carteleras, afiches, folletos y demás documentos y materiales de difusión de información en materia de salud sexual y reproductiva;
- Los formularios que las usuarias deben completar al momento de ser atendidas, incluidos los formularios para prestar el consentimiento informado;
- Las instrucciones que las usuarias deben seguir antes de practicarse un estudio o procedimiento médico y los resultados de estos exámenes y estudios;
- Los insumos que se le prescriban y/o entreguen a la paciente. Por ejemplo, las cajas de los medicamentos deben incluir información en Braille

ALGUNAS DISPOSICIONES FUNDAMENTALES DE LA CDPD EN MATERIA DE ACCESIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Artículo 2º: Definiciones (fragmento)

“A los fines de la presente Convención:

La "comunicación" incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso;

Por "lenguaje" se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal”⁵⁹

⁵⁶ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 54, parág. 191.

⁵⁷ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 30, parág. 40. Ver también 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. 61: “La información debería estar disponible en formatos alternativos para garantizar la accesibilidad a todos los adolescentes, especialmente a los que presentan discapacidad.”

⁵⁸ La enumeración que sigue se basa en Ministerio de Salud Pública de Uruguay, *supra* nota 39 y Jane Maxwell, Julia Watts Belser y Darlena David, *supra* nota 39, pps. 35 y siguientes.

⁵⁹ CDPD, artículo 2.

Artículo 9: Accesibilidad (fragmento)

“1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, [a]... la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones.... Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;
 - b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.
2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para: ...
- d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;
 - e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;
 - f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;
 - g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;
 - h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.”⁶⁰

Artículo 21: Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida, la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, entre ellas:

- a) Facilitar las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad;
- b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales;
- c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso;
- d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad;
- e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.”⁶¹

⁶⁰ CDPD, artículo 9.

⁶¹ CDPD, artículo 21.

Las carteleras, afiches, folletos y demás documentos y materiales de difusión de información en materia de SSyR no sólo deben ser producidos en formatos accesibles, sino que, además, deben estar localizados al alcance físico de todas las personas.⁶² Asimismo, para contribuir a la eliminación de las barreras actitudinales mencionadas más abajo, es importante que los materiales de difusión producidos para la población en general contemplen y visibilicen a las mujeres con discapacidad. Por ejemplo, las fotografías que ilustran estos materiales deben incluir a una gran diversidad de personas, incluidas las mujeres con discapacidad.

Además, la CDPD obliga al Estado a “adoptar todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad, independientemente de sus habilidades de comunicación o tipo de deficiencia, puedan tener acceso al apoyo para la comunicación que requieran a través de distintas formas de comunicación.”⁶³ En particular, se debe ofrecer y/o permitir que las mujeres con discapacidad cuenten con “formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público,”⁶⁴ incluidos los establecimientos y servicios de salud sexual y reproductiva. En consecuencia, no se puede impedir que una mujer con discapacidad ingrese a un centro de salud o a un consultorio con un perro guía, un intérprete de lengua de señas o un dispositivo que necesite para la comunicación.

Garantizar la accesibilidad de la comunicación y la información también es una tarea de los profesionales de la salud. Es indispensable que se comuniquen *directamente* con la mujer con discapacidad y lo hagan en forma respetuosa, sin discriminarla, juzgarla (o prejuizarla), subestimarla o infantilizarla.⁶⁵ En todos los casos, al comenzar la consulta, el profesional debe consultar directamente con la mujer a fin de determinar qué modos, medios y formatos de comunicación prefiere utilizar y qué apoyos requiere para tal fin.

ALGUNAS ORIENTACIONES PARA GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD COMUNICACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A continuación, se detallan algunos puntos que los profesionales de la salud deberían tener en cuenta al momento de comunicarse con una mujer o joven con discapacidad.⁶⁶ Esta descripción no es taxativa, es meramente orientativa y no obsta al deber de los profesionales y proveedores de servicios de salud de consultar directamente con la persona sobre qué modos, medios y formatos de comunicación prefiere utilizar y qué apoyos requiere para tal fin.

- Si la paciente es una mujer sorda oralizada, el profesional de la salud deberá “hablar de cerca, de frente, a su altura y con el rostro suficientemente iluminado.”⁶⁷ También es importante que el profesional hable naturalmente (ni muy rápido ni muy despacio y sin gritar) y que module bien.⁶⁸

⁶² Ministerio de Salud Pública de Uruguay, *supra* nota 39, p. 27.

⁶³ Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, A/HRC/34/58, 20 de diciembre de 2016, parág. 78.

⁶⁴ CDPD, artículo 9, inciso 1 e).

⁶⁵ Ministerio de Salud Pública de Uruguay, *supra* nota 39, p. 26.

⁶⁶ El contenido de este recuadro se basa en Ministerio de Salud Pública de Uruguay, *supra* nota 39 y siguientes y Jane Maxwell, Julia Watts Belser y Darlena David, *supra* nota 39, pps. 35 y siguientes.

⁶⁷ Ministerio de Salud Pública de Uruguay, *supra* nota 39, p. 28.

⁶⁸ *Ídem*, p. 28. Ver también Verónica González Bonet, *supra* nota 21, p. 25.

- Si se trata de una mujer sorda que así lo requiere, se debe garantizar la presencia de un intérprete de lengua de señas. En estos casos, el profesional de la salud debe dirigirse a la mujer que realiza la consulta, no al intérprete.
- En el caso de una mujer con discapacidad intelectual o psicosocial, es importante que el profesional de la salud utilice un lenguaje sencillo y/o cotidiano, desprovisto de tecnicismos, ambigüedades y abstracciones. Se deben emplear oraciones breves y claras y, si es necesario, se debe repetir la información y/o utilizar materiales audiovisuales o insumos de otro tipo para clarificar puntos confusos. Además, se debe dar a la mujer el tiempo que necesite para comprender la información y responder a las preguntas planteadas por el médico. Nunca debe presumirse que la mujer no está en condiciones de comprender la información que se le brinda. Tampoco se la debe infantilizar. Por el contrario, se debe garantizar que cuente con los apoyos que necesite para comprender esta información y tomar decisiones por sí misma.⁶⁹
- Si la paciente es una persona ciega o con disminución visual, los profesionales de la salud pueden hacer uso del tacto de objetos para transmitir algún punto con mayor claridad. Si se ofrece o indica un objeto, se debe explicar de qué se trata y dónde se encuentra, utilizando direcciones claras y verbales (izquierda, derecha, adelante, atrás; en vez de allá o acá). También se debe “leer y explicar la información en caso de que no sea accesible (recetas, resultados médicos, etc.).”⁷⁰

¿Qué términos utilizar para hacer referencia a una paciente con discapacidad?⁷¹

- Persona con discapacidad (“visual”, “auditiva”, “motora”, “intelectual” y “psicosocial”);
- Persona ciega/disminuida visual/con disminución visual;
- Persona sorda/con hipoacusia;
- Persona con discapacidad intelectual;
- Persona con síndrome de Down;
- Persona con autismo;
- Persona con discapacidad psicosocial;
- Persona usuaria de servicios de salud mental;
- Persona de baja talla.

Accesibilidad y barreras actitudinales

La plena accesibilidad de los establecimientos, la información, los bienes y los servicios en materia de salud sexual y reproductiva también depende de la identificación y remoción de las barreras actitudinales de los profesionales de la salud y demás prestadores de servicios de salud. En el caso específico de las mujeres con discapacidad, estas barreras reflejan y contribuyen a perpetuar estereotipos compuestos que las representan como “asexuales, incapaces, irracionales, [carentes] de control y/o... sexualmente hiperactivas.”⁷²

⁶⁹ Ver también Verónica González Bonet, *supra* nota 21, p. 25.

⁷⁰ Ministerio de Salud Pública de Uruguay, *supra* nota 39, p. 28.

⁷¹ Esta enumeración está tomada de Verónica González Bonet, *supra* nota 21, p. 24.

⁷² Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 11, parág. 30. Ver también Isabel Caballero, *supra* nota 25, p. 326.

Estas barreras actitudinales se manifiestan cuando los profesionales que brindan servicios de salud sexual y reproductiva se niegan a atender a mujeres con discapacidad. Entre otras razones, esta negativa responde a la creencia de que son asexuadas y, por ende, no necesitan estos servicios o no es conveniente que accedan a ellos para no “despertar” su sexualidad.

En otros casos, los profesionales proporcionan servicios de SSyR a las mujeres con discapacidad, pero, al hacerlo, las infantilizan. Por ejemplo, les exigen que estén acompañadas por un “adulto responsable” y se dirigen a él; dudan de su capacidad para seguir las indicaciones que reciben; o consideran que no están en condiciones de prestar su consentimiento libre e informado para una determinada práctica o tratamiento.

En ocasiones, los profesionales de la salud también prejuzgan a las mujeres con discapacidad. Por ejemplo, presumen que no son sexualmente activas, que su pareja es una persona con discapacidad, que son heterosexuales, que no quieren y/o no tienen derecho a tener hijos, etc. y las asesoran en base a estas presunciones.

Asimismo, muchos profesionales de la salud buscan convencer a las mujeres con discapacidad de que no es “conveniente” que se embaracen. Esta conducta responde al estereotipo de que las mujeres con discapacidad no están en condiciones de desempeñar el rol de madres. Para lograr convencer a la mujer, los médicos suelen alegar, sin mayores evidencias, que el embarazo puede “agravar la discapacidad”, como si se tratara de una patología. También argumentan que es probable que la discapacidad se “transmita” al feto.⁷³ Este argumento no sólo representa erróneamente a la discapacidad como una patología sino que, además, tiene un claro contenido eugenésico.

En base a estos estereotipos, supuestos “riesgos” y argumentos eugenésicos, se niega a las mujeres con discapacidad la posibilidad de adoptar decisiones autónomas sobre su sexualidad y reproducción⁷⁴ y su derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, como las técnicas de reproducción asistida.⁷⁵ Asimismo, estos argumentos subyacen a la sobremedicalización del proceso de embarazo, parto y puerperio de las mujeres con discapacidad. En particular, prevalece la “tendencia a inducir partos y a negar a las mujeres con discapacidad la posibilidad de dar a luz de manera natural,”⁷⁶ sometiénolas a cesáreas innecesarias.⁷⁷

Finalmente, estas creencias y actitudes también afectan los aspectos materiales de la accesibilidad a los establecimientos, la información, los bienes y los servicios en materia de salud sexual y reproductiva. Esto así porque “el mundo material se configura a partir de los mismos procesos culturales que conforman nuestro imaginario simbólico. De esta manera lo que se piensa, se plasma en la realidad material y a su vez, en un continuo proceso de retroalimentación, construye pensamiento.”⁷⁸

Por ejemplo, el estereotipo de la asexualidad de las mujeres con discapacidad da lugar a la creencia de que no necesitan servicios de salud sexual y reproductiva. En base a esta creencia, las autoridades consideran innecesario dotar a los centros de salud de camillas ginecológicas accesibles, cartelera en Braille o profesionales de la salud debidamente capacitados para brindar una atención integral a las mujeres con discapacidad. Dados estos

⁷³ Esta idea es presentada por Isabel Caballero, *supra* nota 25, p. 326.

⁷⁴ *Ídem*.

⁷⁵ *Ídem*, p. 272.

⁷⁶ *Ídem*, p. 327.

⁷⁷ *Ídem*, p. 326.

⁷⁸ *Ídem*, p. 323.

problemas de accesibilidad, muchas mujeres con discapacidad no solicitan servicios de salud sexual y reproductiva. Esto retroalimenta la creencia errónea de que las mujeres no solicitan estos servicios simplemente porque su asexualidad hace que no los necesiten.

¿QUÉ DEBE HACER EL ESTADO PARA GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

En principio, todos los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR, tanto públicos como privados, deben diseñarse de modo tal que todas las personas, incluidas todas las mujeres con discapacidad, puedan acceder a ellos y utilizarlos plenamente, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado (diseño universal).⁷⁹ Esta obligación alcanza también a la información y la comunicación en materia de salud sexual y reproductiva.

En cuanto a los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR que *ya existen y no son plenamente accesibles*, el Estado debe “adoptar planes de acción y estrategias para identificar las actuales barreras a la accesibilidad, fijar calendarios con plazos específicos y proporcionar los recursos tanto humanos como materiales necesarios para eliminar las barreras. Una vez aprobados, dichos planes de acción y estrategias deben aplicarse estrictamente”⁸⁰ y deben establecerse mecanismos para supervisar su aplicación. Las personas con discapacidad y las organizaciones que las representen tienen derecho a participar en todas las etapas de este proceso.⁸¹ En el caso de los servicios privados de salud sexual y reproductiva, el Estado debe “contar con cotas de referencia específicas, aplicables y sujetas a un calendario para supervisar y evaluar la modificación y el ajuste graduales..., a fin de hacerlos accesibles.”⁸²

Durante el tiempo que demande la implementación de estas reformas, el Estado no puede alegar la falta de accesibilidad como excusa para eludir su obligación de asegurar el acceso de todas las mujeres con discapacidad a los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR.⁸³ Por ejemplo, un médico ginecólogo no puede negarse a atender a una mujer con discapacidad so pretexto de que las camillas ginecológicas del centro de salud donde se desempeña no son accesibles. Del mismo modo, las autoridades de un hospital no pueden negarse a realizarle una mamografía a una mujer con discapacidad alegando que el mamógrafo no es accesible. En tales casos, deben realizarse *ajustes razonables*.⁸⁴ Lo mismo ocurre cuando las previsiones del diseño universal no resulten suficientes para responder a las necesidades de una persona en particular.⁸⁵

Todas estas obligaciones deben estar incorporadas en el marco normativo del Estado. Deben existir “normas nacionales mínimas sobre la accesibilidad”⁸⁶ de los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR, tanto públicos como privados. Dado que aun “las normas y directrices bien elaboradas son inútiles si quienes tienen que

⁷⁹ CDPD, 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, A/71/314, 9 de agosto de 2016, parágs. 32 y 34.

⁸⁰ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 30, parág. 33.

⁸¹ CDPD, artículo 4, inciso 3. Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 30, parágs. 10, 28 y 30.

⁸² Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 30, parág. 30.

⁸³ *Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad*, Catalina Devandas-Aguilar, *supra* nota 79, parág. 38.

⁸⁴ *Ídem*.

⁸⁵ Agustina Palacios, *Ponencia sobre “La configuración de los sistemas de apoyo en el contexto de la accesibilidad universal y los ajustes razonables”* [Ponencia], online: Madrid Sin Barreras <http://bit.ly/2ialv1B>

⁸⁶ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2*, *supra* nota 30, parág. 18.

aplicarlas no las conocen o no las entienden,⁸⁷ es fundamental desarrollar campañas de concientización y programas de capacitación a prestadores de servicios de salud sobre el contenido de estas normas y proporcionarles orientaciones claras y apoyo⁸⁸ para su efectiva implementación.

2.c) Aceptabilidad

Los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR deben ser respetuosos de la ética médica y la cultura de las personas y, al mismo tiempo, deben “tener en cuenta las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y ciclo vital.”⁸⁹ Además, estos establecimientos, servicios, bienes y programas deben respetar el derecho de todas las personas, incluidas las mujeres con discapacidad, a la confidencialidad y a prestar su consentimiento informado antes de recibir a un tratamiento o práctica médica.⁹⁰

En el mismo sentido, el Comité CEDAW ha señalado que los servicios de salud son aceptables si “se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas.”⁹¹ En términos más amplios, el Comité DESC consideró que el derecho a la salud sexual y reproductiva se traduce en el deber del Estado de garantizar “la intimidad, la confidencialidad y la adopción libre, informada y responsable de decisiones, sin coacción, discriminación o miedo a la violencia, en relación con las necesidades y los comportamientos sexuales y reproductivos de las personas.”⁹²

Aceptabilidad y el deber de tener en cuenta las necesidades de las mujeres con discapacidad

Los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR deben tomar en cuenta y satisfacer las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad. El cumplimiento de esta obligación es indispensable para garantizar la igualdad sustantiva en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva.

En relación a este punto, el Comité DESC ha señalado que la igualdad sustantiva “requiere que se tengan en cuenta las necesidades en materia de salud de las mujeres, distintas de las de los hombres, y se presten servicios apropiados para las mujeres en función de su ciclo vital.”⁹³ Al mismo tiempo, “[la] igualdad sustantiva requiere que se aborden las necesidades particulares en materia de salud sexual y reproductiva de grupos concretos, así como cualquier obstáculo con que puedan tropezar.”⁹⁴

Al analizar este requisito debe tenerse en cuenta que, en principio, las mujeres con discapacidad “tienen las *mismas necesidades de salud* que la población en general y, en

⁸⁷ Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas-Aguilar, *supra* nota 79, parág. 42.

⁸⁸ *Ídem*, parág. 41.

⁸⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 20. Ver también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 14*, *supra* nota 8, parág. 12 iv.c)

⁹⁰ Center for Reproductive Rights, *Breaking Ground: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights* [Breaking Ground], online: Center for Reproductive Rights <http://bit.ly/2j16Nvt>, p. 6.

⁹¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observación General N°24*, *supra* nota 34, parág. 22.

⁹² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 49 inciso d).

⁹³ *Ídem*, parág. 25.

⁹⁴ *Ídem*, parág. 24.

consecuencia, necesitan tener acceso a los *servicios corrientes* de asistencia sanitaria.”⁹⁵ En consecuencia, el Estado debe proporcionarles “programas y atención de la salud... de la misma variedad y calidad que a las demás personas.”⁹⁶

Puede ocurrir que algunas mujeres con discapacidad tengan necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva que estén determinadas por su situación de discapacidad. Los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR deben responder a estas necesidades.

Sin embargo, esto no implica que el Estado deba desarrollar establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR *exclusivos* para mujeres con discapacidad. Por ejemplo, el Estado no debería desarrollar un espacio exclusivo y/o segregado para brindar atención ginecológica sólo a mujeres con discapacidad. Entre otras disposiciones de la CDPD, este tipo de espacios violaría el principio de diseño universal, en virtud del cual el Estado debe desarrollar e implementar “bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal... que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad.”⁹⁷

Aceptabilidad y confidencialidad

La confidencialidad encierra el derecho⁹⁸ y el “deber de los proveedores de salud de mantener secreta o privada la información médica que reciben de los pacientes”⁹⁹ y de proteger su intimidad.¹⁰⁰ Además de ser un componente del derecho a la salud, el derecho/deber de confidencialidad deriva del derecho a la privacidad.¹⁰¹

El pleno respeto del derecho/deber de confidencialidad es especialmente relevante en relación a la salud sexual y reproductiva. Esto así porque, frecuentemente, la salud sexual y reproductiva “conlleva muchas cuestiones delicadas que no se debaten abiertamente en el seno de las familias o comunidades.”¹⁰² Dada la estigmatización hacia la sexualidad y reproducción de determinados grupos, como las mujeres con discapacidad, la divulgación de información sobre estas “cuestiones” puede dar lugar a “pérdidas inmotivadas de empleo, expulsión de familias y comunidades, agresiones físicas y otros abusos.”¹⁰³

En este contexto, la violación del derecho/deber de confidencialidad puede disuadir a las mujeres con discapacidad de buscar asesoramiento y tratamiento en materia de salud sexual y reproductiva, con el consiguiente perjuicio potencial para su salud y su bienestar.¹⁰⁴ En especial, la no confidencialidad puede generar que la mujer esté menos dispuesta a “obtener

⁹⁵ Organización Mundial de la Salud, *Discapacidad y salud. Nota descriptiva* (Noviembre de 2016), online: Organización Mundial de la Salud <http://bit.ly/1oM2UoA>. Énfasis agregado.

⁹⁶ CDPD, artículo 25 inciso a)

⁹⁷ CDPD, artículo 4, inciso 1.f).

⁹⁸ “[Los] médicos tienen un derecho y un deber de guardar confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en su condición de médicos.” Corte IDH, *Caso De La Cruz Flores Vs. Perú*, sentencia de 18 de noviembre de 2004 (Fondo, Reparaciones y Costas), online: Corte IDH, <http://bit.ly/2kCcQao>, parág. 101.

⁹⁹ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones* [Respeto de los derechos humanos] (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014), p. 20.

¹⁰⁰ *Ídem*.

¹⁰¹ CADH, artículo 11; CDN, artículo 16; DUDDHH, artículo 12, DADDHH, artículo V; PIDCP, artículo 16.

¹⁰² Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 99.

¹⁰³ *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt*, Comisión de Derechos Humanos, 60º período de sesiones, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 2004, E/CN.4/2004/49, parág. 40.

¹⁰⁴ *Ídem*.

atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física.”¹⁰⁵

Es por eso los profesionales de la salud tienen el deber de proteger la información médica la paciente y no divulgarla, a menos que ella- y sólo ella- lo autorice en forma libre e informada.¹⁰⁶ Este deber alcanza a los profesionales de la salud que recibieron información a) directamente de la paciente; b) a través de otro profesional que participa o participó de su tratamiento, aunque más no fuera de modo administrativo; y/o c) sin el consentimiento de la paciente.¹⁰⁷ Además, este deber comprende la información que consta en la historia clínica y cualquier otra información que la paciente comunica verbalmente y/o que el profesional de la salud llegue a conocer en ejercicio de sus funciones.¹⁰⁸ Asimismo, los profesionales deben respetar el derecho de la paciente a acceder a los registros médicos sobre su estado de salud.¹⁰⁹

El Estado debe garantizar que los médicos cumplan con estas obligaciones en condiciones de igualdad y no discriminación. Así lo establece explícitamente la CDPD al obligar al Estado a “[proteger] la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad *en igualdad de condiciones con las demás*.”¹¹⁰

En consecuencia, los profesionales de la salud que atienden a una mujer con discapacidad no pueden proporcionar información sobre su salud a terceros (i.e. su representante legal, un “adulto responsable”, un familiar, etc.), a menos que la mujer lo autorice. Tampoco pueden negarse a atender a una mujer con discapacidad so pretexto de que no está acompañada por otra persona. La presencia de un tercero al momento de la consulta puede ser solicitada por la mujer con discapacidad, pero nunca puede ser impuesta por el profesional de la salud o las autoridades del establecimiento de salud. Caso contrario, se viola el derecho a la privacidad de la paciente.

Asimismo, los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser organizados de modo tal que respeten la privacidad de la paciente. Por ejemplo, el lugar donde se realiza la consulta debe estar diseñado y construido de modo tal que la comunicación entre el médico y la paciente no pueda ser oída por otras personas.¹¹¹

Acceptabilidad y consentimiento informado

La noción de consentimiento informado refiere a “una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre

¹⁰⁵ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observación General N°24*, *supra* nota 34, parág. 12.d).

¹⁰⁶ Organización Mundial de la Salud, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed.*, (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012), p. 69.

¹⁰⁷ Mercedes Cavallo, *Derecho y deber de confidencialidad: desafíos para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos en América Latina*, Revista Argentina de Teoría Jurídica, Número 13 (Junio de 2009), p. 3, con cita a Rebecca Cook y Bernard Dickens, *Considerations for Formulating Reproductive Health Laws (Second Edition)* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000), p. 20.

¹⁰⁸ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 99.

¹⁰⁹ *Ídem*.

¹¹⁰ CDPD, artículo 22, inciso 2. Énfasis agregado.

¹¹¹ UNFPA, *Addressing Violence Against Women And Girls In Sexual And Reproductive Health Services: A Review Of Knowledge Assets*, 2010, p. 47.

que esta información haya sido realmente comprendida.”¹¹² Esta decisión se encuentra amparada por el derecho a la salud que, como ya se señaló comprende “el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva.”¹¹³

El consentimiento informado respeta la autonomía de la persona si deriva de un proceso participativo entre el médico y el paciente. En este proceso, el médico *no* decide por sí mismo y en base a sus conocimientos técnicos cuál es el tratamiento más conveniente para la paciente. Por el contrario, la paciente interactúa con su médico y participa activamente en la toma de la decisión.¹¹⁴

Asimismo, el consentimiento debe ser “previo, libre, pleno e informado,”¹¹⁵ cuatro requisitos interrelacionados. Para que sea *previo*, el consentimiento debe brindarse *antes* de la realización del acto o procedimiento médico. Los profesionales de la salud sólo pueden prescindir del consentimiento previo de la persona en circunstancias excepcionales: “en casos en los que éste no pueda ser brindado por la persona y que sea necesario un tratamiento médico o quirúrgico *inmediato, de urgencia o de emergencia*, ante un *grave riesgo* contra la vida o la salud del paciente.”¹¹⁶ La Corte IDH enfatizó que “la urgencia o emergencia se refiere a la inminencia de un riesgo y, por ende, a una situación en que la intervención es necesaria ya que no puede ser pospuesta, *excluyendo aquellos casos en los que se puede esperar para obtener el consentimiento.*”¹¹⁷

En relación a este punto, el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha dejado en claro que “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.*”¹¹⁸ De esta manera, las mujeres con discapacidad sólo pueden ser sometidas a un acto o tratamiento médico sin su consentimiento previo si ese acto o tratamiento es necesario para resolver un riesgo *grave e inminente* para su vida o su salud y no es posible posponer la intervención para obtener su consentimiento.

Para que sea *libre*, el consentimiento debe ser brindado de manera “voluntaria, autónoma, sin presiones de ningún tipo, sin utilizarlo como condición para el sometimiento a otros procedimientos o beneficios, sin coerciones, amenazas, o desinformación. Tampoco puede darse como resultado de actos del personal de salud que induzcan al individuo a encaminar su decisión en determinado sentido, ni puede derivarse de ningún tipo de incentivo

¹¹² Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 54, parág. 166.

¹¹³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 5. “El consentimiento informado no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada que protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas y atribuye a los proveedores de servicios de salud deberes y obligaciones conexos. Sus justificaciones normativas éticas y jurídicas dimanar del hecho de que promueve la autonomía, la libre determinación, la integridad física y el bienestar del paciente.” *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/64/272, 10 de agosto de 2009, parág. 9.

¹¹⁴ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 54, parágs. 160, 161 y 166.

¹¹⁵ *Ídem*, parág. 166.

¹¹⁶ *Ídem*, parág. 177. Énfasis agregado. Ver también *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, *supra* nota 113, parág. 12.

¹¹⁷ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 54, parág. 177. Énfasis agregado.

¹¹⁸ *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.

inapropiado.”¹¹⁹ En otras palabras, los profesionales de la salud no deben incurrir en las prácticas analizadas más arriba (ver *Accesibilidad y barreras actitudinales*).

Al mismo tiempo, el consentimiento es libre si lo brinda la persona a la que se le practicará el acto o procedimiento médico. En ningún caso se puede sustituir a la persona en la adopción de la decisión ni se puede solicitar la autorización de un tercero para realizar el procedimiento.¹²⁰ La persona puede revocar el consentimiento en cualquier momento, por cualquier motivo y por cualquier medio, incluso verbalmente, sin que eso le genere ningún perjuicio.¹²¹

Las mismas reglas aplican a las mujeres con discapacidad. El Comité CDPD ha dejado en claro que el Estado debe asegurar que “las decisiones relativas a la integridad física o mental de una persona solo se puedan adoptar con el consentimiento libre e informado *de la persona en cuestión*.”¹²² Esto se traduce en “la obligación de exigir a todos los profesionales de la salud y la medicina... que obtengan el consentimiento libre e informado *de las personas con discapacidad* antes de cualquier tratamiento.”¹²³ 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.”¹²⁴

CAPACIDAD JURÍDICA, CONSENTIMIENTO Y SISTEMAS DE APOYO (PARTE I)

Tal como reconoce el Comité CDPD, el derecho de las personas con discapacidad a dar su consentimiento “está vinculado de manera indisoluble”¹²⁵ con otro derecho “inherente... a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad”¹²⁶: el derecho a la capacidad jurídica.

El derecho a la capacidad jurídica tiene dos facetas inescindibles:¹²⁷

- a) El derecho de las personas con discapacidad “al reconocimiento de su personalidad jurídica,”¹²⁸ que comprende “la capacidad legal de ser titular de derechos y de ser reconocido como persona jurídica ante la ley,”¹²⁹
- b) El derecho de las personas con discapacidad al reconocimiento de su “capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida,”¹³⁰ que comprende la “legitimación para actuar con respecto a esos derechos y el reconocimiento de esas acciones por la ley.”¹³¹

¹¹⁹ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 54, parág. 181.

¹²⁰ *Ídem*, parág. 182.

¹²¹ *Ídem*, parág. 184.

¹²² 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.

¹²³ *Ídem*. Énfasis agregado.

¹²⁴ *Ídem*, parág. 41. Énfasis agregado.

¹²⁵ *Ídem*, parág. 31.

¹²⁶ *Ídem*, parág. 14.

¹²⁷ *Ídem*.

¹²⁸ CDPD, artículo 12, inciso 1.

¹²⁹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 122, parág. 14.

¹³⁰ CDPD, artículo 12, inciso 2.

¹³¹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 122, parág. 14.

De esta manera, las personas con discapacidad no sólo son titulares de derechos sino que, además, deben poder ejercer sus derechos, por sí mismas, en igualdad de condiciones con las demás personas. Así lo reconoce expresamente el artículo 12 de la CDPD:

- “1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.”

Al momento de interpretar este artículo, es importante recordar que el Modelo de Derechos Humanos de la discapacidad que subyace a toda la CDPD “implica pasar del paradigma de la adopción de decisiones sustitutiva a otro que se base en el apoyo para tomarlas.”¹³² Los sistemas jurídicos que se rigen por el paradigma de sustitución en la toma de decisiones permiten que una persona sea privada de su capacidad jurídica, en forma total o en relación a determinados actos. En estos casos, se designa a un individuo (tutor, curador, etc.) que sustituye a la persona en la toma de decisiones sobre aspectos fundamentales de su plan de vida. El “sustituto” adopta estas decisiones en base a lo que él considera que es el “interés superior” objetivo de la persona y no tiene en cuenta su voluntad y sus preferencias.¹³³

Toda legislación que consagra este paradigma viola el artículo 12 de la CDPD¹³⁴ y contribuye a la violación de otros derechos. En particular, tal como reconoce el Comité CDPD, “la negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad ha hecho que se vean privadas de muchos derechos fundamentales, como... los derechos reproductivos... [y] el derecho a otorgar su consentimiento para las relaciones íntimas y el tratamiento médico.”¹³⁵

Ahora bien, ¿cómo debe actuar el profesional de la salud si la paciente que está atendiendo tiene una restricción a su capacidad jurídica?

De conformidad con el artículo 12 de la CDPD, ninguna persona puede ser privada de su capacidad jurídica por motivos de discapacidad.¹³⁶ Esto así porque “el hecho de que una persona tenga una discapacidad o una deficiencia (incluidas las deficiencias físicas o sensoriales) no debe ser *nunca* motivo para negarle la capacidad jurídica ni ninguno de los derechos establecidos en el artículo 12.”¹³⁷

No obstante, puede ocurrir que una persona con discapacidad tenga una restricción total o parcial de su capacidad jurídica, dado que no todos los Estados han avanzado en la reforma de sus sistemas jurídicos de conformidad con la CDPD. En virtud de lo dispuesto en el artículo 25 de la CDPD, *estas restricciones no pueden usarse como fundamento para violar el derecho de la persona a brindar su consentimiento libre e informado para los tratamientos y procedimientos médicos.*¹³⁸

En otras palabras, si la paciente tiene una restricción a su capacidad jurídica, el profesional de la salud que la atiende debe obtener *su* consentimiento antes de practicarle un tratamiento o procedimiento médico. No se puede ni se debe exigir el consentimiento del representante legal. Tampoco se puede sustituir el consentimiento de la mujer por el de su

¹³² *Ídem*, parág. 3.

¹³³ *Ídem*, parág. 27.

¹³⁴ *Ídem*.

¹³⁵ *Ídem*, parág. 8.

¹³⁶ *Ídem*, parág. 15.

¹³⁷ *Ídem*, parág. 9.

¹³⁸ Ver *Ídem*, parág. 8.

representante legal. (Ver *Capacidad jurídica, consentimiento y sistemas de apoyo (Parte II)* más abajo).

Tal como reconoció la Corte IDH, en el caso de las mujeres, la libertad para consentir suele verse limitada “por motivos de discriminación en el acceso a la salud; por las diferencias en las relaciones de poder, respecto del esposo, de la familia, de la comunidad y del personal médico; por la existencia de factores de vulnerabilidad adicionales, y debido a la existencia de estereotipos de género y de otro tipo en los proveedores de salud.”¹³⁹ En particular, muchos profesionales de la salud sustituyen a las mujeres en la toma de decisiones o no toman adecuadamente en cuenta su autonomía y voluntad,¹⁴⁰ influidos por la creencia de que son “vulnerables e incapaces de tomar decisiones confiables o consistentes”¹⁴¹ sobre su salud y otros aspectos fundamentales de su vida. Con frecuencia, esta creencia se combina con el estereotipo de que las mujeres son impulsivas y volubles, por lo que “requieren de la dirección de una persona más estable y con mejor criterio, usualmente un hombre protector”¹⁴² (el mismo médico—varón—, su marido, etc.).

En el caso de las mujeres con discapacidad, estos estereotipos se combinan con la creencia de que las personas con discapacidad son deficientes, ineptas, débiles o inútiles.¹⁴³ Como resultado, muchas mujeres con discapacidad no pueden tomar decisiones y/o dar su consentimiento a actos y/o tratamientos médicos vinculados su salud sexual y reproductiva. Por el contrario, son sustituidas en la toma de estas decisiones por sus representantes legales, los proveedores de servicios de salud y miembros de su familia, entre otros actores.¹⁴⁴

El *contenido* de la decisión tomada sustituyendo la voluntad de la mujer (con y sin discapacidad) también se ve influida por estereotipos. En el caso de las mujeres sin discapacidad, el estereotipo de que su rol social por excelencia es el de madres¹⁴⁵ explica por qué muchas mujeres sin discapacidad no pueden decidir libremente si desean acceder a un método o práctica anticonceptiva- y qué método o práctica prefieren- o si quieren acceder a un aborto, en caso de que se encuentren embarazadas.

En el caso de las mujeres con discapacidad, el contenido de las decisiones que se toman sustituyendo su voluntad está influenciado por “estereotipos eugenésicos nocivos que suponen que van a dar a luz a niños con discapacidad”¹⁴⁶ y la creencia de que no estarán en condiciones de criar a sus hijos, entre otros prejuicios. En base a estos estereotipos, se les imponen métodos y prácticas anticonceptivas, incluida la esterilización, y se las somete a abortos sin su consentimiento.¹⁴⁷

Estos estereotipos también dan lugar a situaciones en las que el personal de salud permite que sea la propia mujer con discapacidad la que decida sobre su salud sexual y reproductiva,

¹³⁹ *Ídem*, parág. 185. Se han suprimido las citas internas.

¹⁴⁰ *Ídem*, parág. 187.

¹⁴¹ *Ídem*.

¹⁴² *Ídem*.

¹⁴³ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 11, parág. 47.

¹⁴⁴ *Ídem*, parág. 44.

¹⁴⁵ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 54, parág. 188. Ver también Comité de Derechos Humanos, *Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 2324/2013*, CCPR/C/116/D/2324/2013, 17 de noviembre de 2016, considerando 7.11.

¹⁴⁶ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 11, parág. 39.

¹⁴⁷ *Ídem*, parág. 44.

pero la induce a “encaminar su decisión en determinado sentido.”¹⁴⁸ Por ejemplo, los médicos suelen alegar un supuesto riesgo de “agravamiento de la discapacidad”¹⁴⁹ o de “transmisión de la discapacidad al *nasciturus*”¹⁵⁰ como estrategia para inducir a la mujer a aceptar un método o práctica anticonceptiva de larga duración o, en otros casos, a desistir de la idea de someterse a un tratamiento de fertilización asistida (ver *Accesibilidad y barreras actitudinales*, más arriba).

En estos supuestos, la mujer no está en condiciones de brindar un consentimiento libre. Tampoco puede brindar un consentimiento pleno. Esto así porque el consentimiento sólo es pleno si es brindado por la paciente “luego de haber recibido información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, y... de haberla entendido cabalmente.”¹⁵¹

En relación a este punto, el Comité CEDAW sostuvo que “[l]as mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación.”¹⁵² En consecuencia, los profesionales de la salud deben proporcionarles información sobre “i) la evaluación de diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento.”¹⁵³

La información debe ser imparcial, exacta, veraz y oportuna.¹⁵⁴ En otras palabras, los profesionales de la salud no pueden censurar, retener o malinterpretar¹⁵⁵ la información que le proporcionan a la paciente. La información debe ser brindada de forma oficiosa, sin esperar que la persona la solicite.¹⁵⁶

Asimismo, la información debe ser proporcionada en forma clara y con un lenguaje desprovisto de tecnicismos¹⁵⁷ y, si la paciente lo solicita, se le debe dar un plazo razonable de reflexión para que pueda comprender la información recibida y tomar una decisión.¹⁵⁸ Al definir cómo presentaran la información, los profesionales de la salud deben tener en cuenta “las particularidades y necesidades”¹⁵⁹ de cada paciente. Esto es especialmente necesario si la paciente pertenece a “grupos en situación de vulnerabilidad o con necesidades específicas de protección debido a fuentes de exclusión, marginalización o discriminación, relevantes para el entendimiento de la información.”¹⁶⁰ Así, en el caso de las mujeres con discapacidad, los profesionales de la salud deben tomar en cuenta los

¹⁴⁸ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 54, parág. 181.

¹⁴⁹ Isabel Caballero, *supra* nota 25, p. 326

¹⁵⁰ *Ídem*.

¹⁵¹ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 54, parág. 189.

¹⁵² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observación General N°24*, *supra* nota 34, párr. 20.

¹⁵³ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 54, parág. 189.

¹⁵⁴ *Ídem*, parág. 191.

¹⁵⁵ *Ídem*, parág. 194. Ver también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 41.

¹⁵⁶ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 54, parág. 156.

¹⁵⁷ *Ídem*, parág. 191.

¹⁵⁸ *Ídem*, parág. 192.

¹⁵⁹ *Ídem*.

¹⁶⁰ *Ídem*.

requisitos de la accesibilidad de la información y la comunicación descritos más arriba¹⁶¹ (ver *Accesibilidad de la información y la comunicación*).

La paciente también tiene derecho a contar con los apoyos que pueda necesitar para dar su consentimiento. El Comité CDPD ha destacado que el Estado tiene la obligación de garantizar que las mujeres con discapacidad tengan acceso al apoyo que necesiten para tomar decisiones relativas a los tratamientos médicos¹⁶² y disponer de salvaguardias para evitar que el apoyo sustituya su voluntad o viole sus derechos. En relación a este punto, el Estado debe procurar que los profesionales de la salud aseguren “en la medida de sus posibilidades, que los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni tengan una influencia indebida sobre ellas.”¹⁶³

CAPACIDAD JURÍDICA, CONSENTIMIENTO Y SISTEMAS DE APOYO (PARTE II)

El artículo 12 de la CDPD no sólo reconoce el derecho de las personas con discapacidad a la capacidad jurídica (Ver *Capacidad jurídica, consentimiento y sistemas de apoyo (parte I)*) sino que, además, obliga al Estado a “[adoptar] las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.”¹⁶⁴ A diferencia del tutor o curador, el apoyo no reemplaza a la persona en la toma de decisiones. Por el contrario, el apoyo permite que la persona tome decisiones voluntarias y autónomas en ejercicio de su capacidad jurídica,¹⁶⁵ por sí misma y en igualdad de condiciones con las demás personas.

El apoyo puede “asistir a la persona a entender y apreciar la naturaleza de las decisiones a adoptar, brindarle información accesible, o interpretar y transmitir a terceros las señales e intenciones de la persona cuando sea necesario y así lo pretenda la persona, o a expresar y comunicar su voluntad.”¹⁶⁶ Estas funciones pueden ser cumplidas por intérpretes de lengua de señas, “asistentes personales o pares (otras personas con discapacidad), amigos o cualquier otra persona, con el requisito de que el sistema se sustente en la confianza, se proporcione con respeto, y nunca en contra de la voluntad de la persona con discapacidad.”¹⁶⁷ De esta manera, el término apoyo “engloba [una gran diversidad de] arreglos oficiales y oficiosos, de distintos tipos e intensidades.”¹⁶⁸

Esta descripción no es taxativa. La designación, características y funciones del apoyo dependerán, *siempre*, de la decisión de la persona que lo solicite. 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.”¹⁶⁹ Al mismo tiempo, “[la] persona debe tener

¹⁶¹ Ver *idem*, parág. 191.

¹⁶² Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 122, parág. 41.

¹⁶³ *Ídem*.

¹⁶⁴ CDPD, artículo 12, inciso 3.

¹⁶⁵ Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad y Rehabilitación Internacional, *Capacidad jurídica y acceso a la justicia: una propuesta de reforma legal desde las organizaciones de personas con discapacidad*, 2010, p. 16. Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 122, parág. 34.

¹⁶⁶ Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad y Rehabilitación Internacional, *supra* nota 165, p. 17.

¹⁶⁷ *Ídem*.

¹⁶⁸ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 122, parág. 15.

¹⁶⁹ *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad*, *supra* nota 63, parág. 55.

derecho a rechazar el apoyo y a poner fin a la relación de apoyo o cambiarla en cualquier momento.¹⁷⁰

Además, de acuerdo al Comité CDPD,¹⁷¹ el apoyo debe:

- estar disponible para todos los individuos, sin importar el grado de apoyo que requiera la persona o el modo de comunicación que utilice la persona que lo solicita;
- estar basado en la voluntad y preferencias de la persona, en todos los casos, sin excepción;
- ser reconocido por la ley;
- ser asequible: debe ser proporcionado a un costo simbólico o en forma gratuita; la falta de recursos financieros no puede ser un obstáculo para el acceso al apoyo;
- ser accesible para todas las personas: los indicadores que se utilizan para evaluar la necesidad del apoyo y los criterios y requisitos para acceder a él no deben ser discriminatorios¹⁷²;
- ser aceptable: esto es, el apoyo debe respetar los derechos, la voluntad y la intimidad de la persona, incorporar la perspectiva de género y ser de buena calidad;¹⁷³
- ir acompañado de salvaguardias “adecuadas y efectivas”¹⁷⁴ para asegurar que se “respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y [adaptados] a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial.”¹⁷⁵

A la luz de estas consideraciones, las mujeres con discapacidad no pueden ser sustituidas en la toma de decisiones relacionadas con tratamientos y actos médicos. Como ya se señaló, estas decisiones sólo se deben adoptar “con el consentimiento libre e informado *de la persona en cuestión*.”¹⁷⁶ Las mujeres con discapacidad también tienen derecho a tener acceso a los sistemas de apoyo que puedan necesitar para tomar estas decisiones.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que el hecho de que una persona cuente con un apoyo para la toma de algunas decisiones “no debe utilizarse como justificación para limitar otros derechos fundamentales de las personas con discapacidad, especialmente... *los derechos reproductivos* [y] el derecho a otorgar su consentimiento para las relaciones íntimas y el *tratamiento médico*.”¹⁷⁷ Por ejemplo, si una persona cuenta con apoyos para la toma de decisiones sobre la administración de sus bienes, no se le puede exigir que utilice los mismos apoyos para la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. La mujer

¹⁷⁰Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 122, parág. 29, inciso g).

¹⁷¹ Salvo indicación en contrario, la lista que sigue está basada en Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 122, parág. 29. Ver también *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad*, *supra* nota 63, parág. 49.

¹⁷²Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 122, parág. 29.

¹⁷³*Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad*, *supra* nota 63, parág. 53.

¹⁷⁴ CDPD, artículo 12, inciso 4.

¹⁷⁵*Ídem*.

¹⁷⁶Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 122, parág. 42.

¹⁷⁷*Ídem*, parág. 29, inciso f). Énfasis agregado.

es la única legitimada para decidir si necesita un apoyo para tomar estas decisiones y el tipo de apoyo que necesita.

Los tratamientos y actos médicos realizados sin el consentimiento previo, libre, pleno e informado de una mujer o joven con discapacidad violan su derecho a la salud, sus derechos sexuales y derechos reproductivos¹⁷⁸ y su derecho al reconocimiento de su capacidad jurídica.¹⁷⁹ Asimismo, estos tratamientos y actos médicos lesionan el derecho de las mujeres con discapacidad a la integridad personal,¹⁸⁰ la protección contra la tortura¹⁸¹ y la protección contra la violencia, la explotación y el abuso.¹⁸²

3.d) Calidad

Los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR deben ser de buena calidad, esto es, deben estar basados en evidencia y ser científica y médicamente apropiados y actualizados.¹⁸³ En virtud de este requisito, el Estado debe garantizar la disponibilidad tanto de personal médico calificado como de medicamentos, insumos y aparatología científicamente aprobados y en buen estado.¹⁸⁴ Asimismo, el Estado debe incorporar los avances y las innovaciones tecnológicas que se registren en relación a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, tales como “los medicamentos en relación con el aborto, la asistencia médica para la procreación y los avances en el tratamiento del VIH y el sida.”¹⁸⁵

Los establecimientos, servicios, bienes y programas de atención de la SSyR de buena calidad deben estar a disposición de todas las personas, incluidas las mujeres con discapacidad. Recordemos que esta obligación está consagrada explícitamente en el artículo 25 de la CDPD, norma que obliga al Estado a garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a programas y atención “de la misma variedad y calidad que [los proporcionados] a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.”¹⁸⁶ Además, el artículo 25 dispone que el Estado debe “[exigir] a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma *calidad* que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado.”¹⁸⁷

¹⁷⁸ CDPD, artículo 23, inciso b).

¹⁷⁹ CDPD, artículo 12.

¹⁸⁰ CDPD, artículo 17.

¹⁸¹ CDPD, artículo 15. Al interpretar el alcance el artículo 15 de la CDPD, el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha puntualizado que “los tratamientos médicos de carácter alterador e irreversible, en caso de que carezcan de finalidad terapéutica o traten de corregir o aliviar una discapacidad, pueden constituir tortura y malos tratos si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado del paciente.” *Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, 28 de julio de 2008, A/63/175, párrafo 47.

¹⁸² CDPD, artículo 16. Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 122, parág. 42.

¹⁸³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 21.

¹⁸⁴ *Ídem*.

¹⁸⁵ *Ídem*.

¹⁸⁶ CDPD, artículo 25, inciso a).

¹⁸⁷ CDPD, artículo 25, inciso d).

3. OBLIGACIONES BÁSICAS DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

3.a) La obligación de adoptar medidas

El Estado tiene la obligación básica esencial¹⁸⁸ de adoptar medidas para lograr progresivamente la plena efectividad del derecho a la salud sexual y reproductiva.¹⁸⁹ En otras palabras, aunque la plena efectividad de este derecho se puede alcanzar en forma progresiva, el Estado debe adoptar medidas “deliberadas, concretas y orientadas lo más claramente posible”¹⁹⁰ a alcanzar este objetivo y debe hacerlo en forma inmediata o dentro de un plazo razonable.

Para cumplir con esta obligación, el Estado debe utilizar todos los medios apropiados¹⁹¹ y “dedicar el máximo de los recursos de que disponga”¹⁹², incluidos los recursos que pueda obtener a través de la asistencia y la cooperación internacional.¹⁹³ Si el Estado no cuenta con recursos suficientes para cumplir con esta obligación, “debe demostrar que ha utilizado todos los recursos de que dispone para hacerlo con carácter prioritario.”¹⁹⁴

La misma regla aplica en relación a la obligación de eliminar la discriminación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Tal como ha señalado el Comité DESC, “[la] falta de recursos para... acabar con el trato discriminatorio no es una justificación objetiva y razonable, a menos que el Estado parte se haya esforzado al máximo por utilizar todos los recursos de que dispone para combatirlo y erradicarlo con carácter prioritario.”¹⁹⁵

De igual manera, no se puede alegar la falta de recursos para incumplir la obligación de garantizar los “niveles mínimos esenciales”¹⁹⁶ del derecho a la salud sexual y reproductiva, a menos que el Estado muestre que ha utilizado “todos los recursos que están a su disposición en un esfuerzo por satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas.”¹⁹⁷ En estos casos de escasez de recursos, se debe priorizar el abordaje de la situación de los grupos marginalizados o excluidos, por ejemplo, mediante la adopción de programas de relativo bajo costo.¹⁹⁸

Finalmente, la escasez de recursos tampoco puede justificar, per se, el establecimiento de medidas regresivas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.¹⁹⁹ Se presume que estas

¹⁸⁸ ACNUDH, *Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Folleto informativo N° 33 [Preguntas frecuentes]*, online: OHCHR <http://bit.ly/218JU3L>, p. 16.

¹⁸⁹ PIDESC, artículo 2, inciso 1 y CDPD, artículo 4, inciso 2.

¹⁹⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 3. La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto)*, E/C.12/GC/3, 14 de diciembre de 1990, parág. 2. Ver también ACNUDH, *Preguntas frecuentes*, supra nota 188, p. 20.

¹⁹¹ ACNUDH, *Preguntas frecuentes*, supra nota 188, p. 20.

¹⁹² ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, supra nota 17, parág. 16.

¹⁹³ PIDESC, artículo 2, inciso 1.

¹⁹⁴ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, supra nota 17, parág. 21.

¹⁹⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, parág. 13.

¹⁹⁶ ACNUDH, *Preguntas frecuentes*, supra nota 188, p. 21.

¹⁹⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 3*, supra nota 190, parág. 10.

¹⁹⁸ *Ídem*, parág. 12.

¹⁹⁹ ACNUDH, *Preguntas frecuentes*, supra nota 188, p. 21. Estas medidas incluyen “la supresión de medicamentos de salud sexual y reproductiva de los registros nacionales de medicamentos; las leyes o las políticas que revoquen la financiación con cargo a la salud pública de los servicios de salud sexual y reproductiva; la imposición de obstáculos a la información, los bienes y los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva; la promulgación de leyes que penalicen determinadas conductas y decisiones en materia

medidas regresivas no son permisibles a la luz del derecho internacional,²⁰⁰ a menos que el Estado pruebe que las ha aplicado luego de realizar un examen exhaustivo de todas las alternativas disponibles y de sopesar la totalidad de los derechos en juego.²⁰¹ Si es inevitable adoptarlas, estas medidas deben ser temporales, no deben afectar en forma desproporcionada a personas y grupos marginalizados o excluidos y deben aplicarse en condiciones de igualdad y no discriminación.²⁰²

3.b) La obligación de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva

Las medidas que el Estado adopte deben estar orientadas a cumplir la obligación de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Respetar

El Estado tiene el deber de no socavar o interferir en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, a través del marco normativo, las políticas públicas y las acciones de sus agentes. El Estado viola esta obligación cuando, por ejemplo, deja sin efecto leyes o políticas que sean necesarias para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva.²⁰³ Lo mismo ocurre cuando el Estado aprueba o se abstiene de derogar una ley que criminaliza la transmisión del HIV o la actividad sexual consentida entre adultos, entre otras acciones.²⁰⁴

El deber de respetar también se traduce en la obligación mínima esencial de no aprobar y/o “eliminar las leyes, políticas y prácticas que penalicen, obstaculicen o menoscaben el acceso de las personas o de determinados grupos a los establecimientos, los servicios, los bienes y la información en materia de salud sexual y reproductiva.”²⁰⁵ El Estado viola esta obligación cuando:

- criminaliza los servicios de SSyR²⁰⁶ y, en particular, servicios que sólo las mujeres necesitan;²⁰⁷
- su marco normativo exige la autorización de terceros (i.e. padres/madres, esposos/as, representantes legales, tribunales) para que una persona pueda acceder a información y servicios de SSyR;²⁰⁸
- no asigna presupuesto público para financiar servicios de SSyR o elimina las partidas que asignaba;²⁰⁹
- impone períodos de espera obligatorios antes de que una persona pueda acceder a información y servicios de SSyR;²¹⁰

de salud sexual y reproductiva; y los cambios legales y de políticas que reduzcan la supervisión por los Estados de la obligación de los actores privados de respetar el derecho de las personas a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.” Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 38.

²⁰⁰ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 21.

²⁰¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 14*, *supra* nota 8, parág. 32.

²⁰² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 38

²⁰³ *Ídem*, parág. 56.

²⁰⁴ *Ídem*, parág. 40.

²⁰⁵ *Ídem*, parág. 49, inciso a).

²⁰⁶ *Ídem*, parág. 40.

²⁰⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observación General N°24*, *supra* nota 34, parág. 14.

²⁰⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 41

²⁰⁹ *Ídem*.

²¹⁰ *Ídem*.

- obstaculiza, en ley o en la práctica, el acceso a servicios y medicamentos esenciales, tales como la anticoncepción hormonal de emergencia;²¹¹
- censura, oculta, tergiversa o criminaliza la difusión de información en materia de SSyR o difunde información discriminatoria en la materia;²¹²
- su marco normativo autoriza la realización de “intervenciones médicas involuntarias, coactivas o forzadas, incluida la esterilización forzada;”²¹³
- permite, por acción u omisión, la vigencia de “prácticas médicas coercitivas, como las políticas de anticoncepción basadas en incentivos o cuotas y la terapia hormonal, así como los requisitos de cirugía o esterilización para el reconocimiento legal de la identidad de género.”²¹⁴

Proteger

El Estado debe impedir que terceros interfieran, en forma directa o indirecta, en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva. En particular, debe ejercer la debida diligencia para prevenir, investigar y castigar las violaciones de este derecho en las que incurran “los dispensadores de servicios privados, los seguros y las empresas farmacéuticas, los fabricantes de bienes y equipos sanitarios, y la comunidad y los miembros de la familia.”²¹⁵

El Estado debe adoptar las leyes, políticas y acciones que resulten necesarias para impedir que estos y otros actores no estatales causen daño a la integridad física y mental de las personas. En relación a este punto, el Comité DESC ha enfatizado que el Estado tiene la obligación mínima esencial de “[promulgar] y aplicar una ley por la que se prohíban las prácticas nocivas y la violencia de género... y asegurar al mismo tiempo la intimidad, la confidencialidad y la adopción libre, informada y responsable de decisiones, sin coacción, discriminación o miedo a la violencia, en relación con las necesidades y los comportamientos sexuales y reproductivos de las personas.”²¹⁶ Las prácticas nocivas incluyen “la esterilización forzada, el aborto forzado y el embarazo forzado.”²¹⁷

El Estado también debe “vigilar y regular eficazmente sectores específicos, como el de los proveedores privados de servicios de atención de la salud, ... para asegurar que no menoscaben ni vulneren el derecho de las personas a la salud sexual y reproductiva.”²¹⁸ Se debe impedir que estos actores se nieguen a prestar servicios de salud sexual y reproductiva a personas o grupos determinados,²¹⁹ como las mujeres con discapacidad, u obstaculicen su acceso a estos servicios²²⁰. Esta obligación de vigilar y regular alcanza también a las instituciones de salud mental y otros “establecimientos de atención en régimen de internamiento,”²²¹ y a las empresas de seguros de salud, quienes no pueden negarse a solventar los costos de los servicios de salud sexual y reproductiva.²²²

²¹¹ *Ídem*, parág. 57.

²¹² *Ídem*, parágs. 41 y 58.

²¹³ *Ídem*, parág. 57.

²¹⁴ *Ídem*, parágs. 58.

²¹⁵ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 22.

²¹⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 49, inciso d).

²¹⁷ *Ídem*, parág. 59.

²¹⁸ *Ídem*, parág. 60.

²¹⁹ *Ídem*, parág. 42.

²²⁰ *Ídem*, parág. 43.

²²¹ *Ídem*, parág. 60.

²²² *Ídem*.

Finalmente, el Estado debe regular la objeción de conciencia de modo tal que su ejercicio por parte de los profesionales de la salud no impida o limite el acceso a los servicios de SSyR.²²³

Garantizar

El Estado debe adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otro tipo que resulten *necesarias y apropiadas* “para facilitar, promover y afirmar el derecho a la salud sexual y reproductiva con el máximo de los recursos disponibles.”²²⁴ Las medidas son apropiadas si se basan en pruebas objetivas y en orientaciones y directrices de salud pública que reflejan la evidencia científica disponible.²²⁵ En todos los casos, el Estado “debe poder justificar públicamente sus elecciones y prioridades de política, y los motivos en que se basó para adoptarlas.”²²⁶

En términos generales, estas medidas deben estar orientadas a crear un sistema de salud justo y efectivo. Para que sea justo y efectivo, el sistema de salud debe atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de todas las mujeres, en forma equitativa.²²⁷ Al mismo tiempo, el sistema de salud es justo y efectivo si todos los actores que lo integran, desde los usuarios hasta sus autoridades, conciben a la salud sexual y reproductiva como un derecho fundamental de todas las personas, incluidas las mujeres con discapacidad, y no como una cuestión política sujeta a la voluntad o beneficencia de un funcionario o un gobierno determinado.²²⁸

En las secciones que siguen, se analizan con más detalle algunas de las medidas que el Estado debe implementar para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva.

El deber de contar con un diagnóstico sobre la situación de la salud sexual y reproductiva

El Estado debe contar con un diagnóstico preciso y actualizado de la situación de la salud sexual y reproductiva de toda la población y, en particular, de las mujeres con discapacidad.²²⁹ El diagnóstico debe comprender el análisis del marco normativo, las políticas públicas y los reglamentos y directrices que rigen las acciones de los actores estatales y no estatales cuyas funciones se vinculan, directa o indirectamente, con la salud sexual y reproductiva.²³⁰ También debe identificar las lagunas que existan en materia de rendición de cuentas, dentro y fuera del sistema de salud.²³¹

Se debe poner especial énfasis en identificar cuáles son los grupos que enfrentan obstáculos para acceder a los establecimientos, la información, los bienes y los servicios en materia de salud sexual y reproductiva y las razones que explican estos obstáculos. Por lo tanto, es indispensable contar con información y estadísticas en materia de salud sexual y reproductiva que estén desglosadas por “sexo, edad, residencia urbana/rural, etnia, estado

²²³ *Ídem*, parág. 43.

²²⁴ *Ídem*, parág. 61.

²²⁵ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 31.

²²⁶ *Ídem*.

²²⁷ *Ídem*, parág. 16.

²²⁸ *Ídem*.

²²⁹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 11, parág. 63, inciso d) y e).

²³⁰ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 30.

²³¹ *Ídem*, parág. 29.

civil, infección por el VIH, número de hijos, educación, quintil de ingreso [,] localización geográfica”²³² y situación de discapacidad.²³³

Además, es fundamental que los mecanismos de recolección de datos sean capaces de “captar efectivamente las diversas experiencias vitales de las mujeres con discapacidad con objeto de mejorar las políticas y prácticas públicas”²³⁴ (ver *Capítulo I*). Es decir, los datos cuantitativos deben estar acompañados por información *cualitativa* sobre las experiencias de las mujeres con discapacidad al momento de ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva.

Este diagnóstico nunca será definitivo. Por el contrario, el Estado debe utilizar indicadores cuantitativos y cualitativos para vigilar en forma constante la evolución de los factores estructurales que influyen en la salud sexual y reproductiva (los cambios en el marco normativo, la adopción de un plan de salud sexual y reproductiva, la creación de instituciones públicas encargadas de su aplicación, entre otros), los avances o materias pendientes en la materia, el grado de ejecución de las políticas y el presupuesto asignado a ellas y los resultados obtenidos, entre otros factores.²³⁵ Estos datos deben servir para ajustar las políticas, estrategias y demás acciones que ya se estén implementando y/o para planificar nuevas.²³⁶

Finalmente, es fundamental que el Estado garantice el derecho de todas las personas, incluidas las mujeres con discapacidad y las organizaciones que las representan, a participar en este diagnóstico y vigilancia y a acceder a la información recopilada (ver *Obligación de rendir cuentas y su relación con otros derechos (reparación efectiva, participación, información)* en el *Capítulo I*).

El deber de adoptar una política de salud sexual y reproductiva con perspectiva de discapacidad

El Estado tiene la obligación mínima esencial de “[aprobar] y aplicar una estrategia y un plan de acción nacional sobre la salud sexual y reproductiva”²³⁷ que aborde las necesidades de salud de *toda* la población, incluidas las mujeres con discapacidad.²³⁸ Esta estrategia debe ser parte de una política y plan de acción nacional de salud pública.²³⁹ Además, debe estar conectada explícitamente con otras políticas relevantes para garantizar la salud sexual y reproductiva, como la política de educación sexual integral.²⁴⁰

El plan nacional de salud sexual y reproductiva también debe estar articulado con los planes subnacionales de salud sexual y reproductiva.²⁴¹ Debe recordarse que “[cuando] el sistema de salud está descentralizado, el Gobierno nacional mantiene la responsabilidad de

²³² *Ídem*, parág. 28.

²³³ *Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad*, *supra* nota 79, parág. 72. Ver también CDPD, artículo 31.

²³⁴ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 11, parág. 63, inciso e).

²³⁵ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 69.

²³⁶ *Ídem*, parág. 18.

²³⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 49, inciso b). Traducción de los autores.

²³⁸ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 26.

²³⁹ *Ídem*.

²⁴⁰ *Ídem*, parág. 27.

²⁴¹ *Ídem*, parág. 26.

velar por que se cumplan las obligaciones relativas a los derechos humanos, incluidos los derechos a la salud sexual y reproductiva.”²⁴²

La política de salud sexual y reproductiva debe ser inclusiva de las personas con discapacidad. Una política de salud sexual y reproductiva cumple con esta condición si “[adopta] 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.”²⁴³ Este enfoque debe adoptarse desde el principio; esto es, desde el diseño mismo de la política y no incorporarse a través de “añadidos, adaptaciones o ajustes a posteriori”.²⁴⁴

Una política de salud sexual y reproductiva es inclusiva de las personas con discapacidad si respeta sus derechos y tiene en cuenta sus demandas y necesidades.²⁴⁵ En relación a este punto, debe recordarse que las personas con discapacidad conforman un grupo heterogéneo y que algunas personas con discapacidad experimentan formas múltiples y/o interseccionales de discriminación.²⁴⁶ La política de salud sexual y reproductiva debe reflejar esta diversidad de experiencias y dar respuesta a las necesidades específicas de todas las personas con discapacidad. En particular, esta política debe incluir “medidas concretas para abordar las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad.”²⁴⁷

Para lograr este objetivo, la política de salud sexual y reproductiva debe ser diseñada e implementada de conformidad con las obligaciones impuestas por la CDPD, en particular en lo relativo a la igualdad y no discriminación, la accesibilidad y los servicios de asistencia y apoyo.²⁴⁸ Asimismo, se debe garantizar la participación efectiva de las personas con discapacidad en el diseño, implementación, supervisión y evaluación de esta política.²⁴⁹

Dado que la discapacidad es un fenómeno social que atraviesa todos los aspectos de la vida de una persona, la política de salud sexual y reproductiva debe formar parte de una estrategia, política o plan de acción nacional más amplio sobre discapacidad.²⁵⁰ Al igual que la política de salud sexual y reproductiva, esta estrategia, política, o plan debe contar con un presupuesto adecuado, reflejar un enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos, involucrar a actores nacionales y subnacionales, incorporar la perspectiva de género y contar con la participación de las personas con discapacidad en todas las etapas de su desarrollo, implementación y evaluación.²⁵¹

Puede ocurrir que las mujeres con discapacidad tengan necesidades específicas que el plan de salud sexual y reproductiva no pueda cubrir, aún si es inclusivo.²⁵² En estos casos, el Estado debe adoptar un doble enfoque. Además de incorporar los derechos e intereses de las mujeres con discapacidad “en *todos* los planes de acción, estrategias y políticas

²⁴²Ídem, parág. 23.

²⁴³Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad, *supra* nota 79, parágs. 11.

²⁴⁴Ídem, parág. 21.

²⁴⁵Ídem, parágs. 10 y 11.

²⁴⁶Ídem, parág. 30.

²⁴⁷Ídem, parág. 59.

²⁴⁸Ídem, parágs. 18 y 19.

²⁴⁹Ídem, parág. 63 y siguientes. Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 11, parág. 63 inciso c).

²⁵⁰Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad, *supra* nota 79, parág. 55.

²⁵¹Ídem, parágs. 55 a 59.

²⁵²Ídem, parág. 61.

nacionales”²⁵³ 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 situación de discapacidad.²⁵⁴ La adopción de este doble enfoque es esencial para garantizar la igualdad sustantiva y “reducir la desigualdad respecto de la participación y del ejercicio de los derechos”²⁵⁵ por parte de las mujeres con discapacidad.

El deber de garantizar el acceso universal y equitativo a servicios, bienes, educación e información en materia de salud sexual y reproductiva

El Estado debe garantizar la disponibilidad y el “acceso universal y equitativo a servicios, bienes y establecimientos asequibles, aceptables y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, en particular para las mujeres y los grupos desfavorecidos y marginados,”²⁵⁶ como las mujeres con discapacidad. Tanto el plan de salud sexual y reproductiva como el resto de las acciones que el Estado adopte en la materia deben estar orientados a cumplir con esta obligación esencial.

En particular, el marco normativo y el plan de salud sexual y reproductiva deben reconocer expresamente que todas las personas, incluidas las mujeres con discapacidad, tienen derecho a acceder a servicios, bienes y establecimientos de salud sexual y reproductiva y, en particular, a las intervenciones, medicamentos y servicios esenciales en la materia.²⁵⁷ El plan de salud sexual y reproductiva también debe “establecer medidas destinadas específicamente a *hacer efectivo*”²⁵⁸ el acceso universal a ellos.

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.”²⁵⁹ 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”²⁶⁰. También se debe “garantizar la atención de la salud física y mental a las víctimas de la violencia sexual y doméstica en todas las situaciones, en particular el acceso a servicios de prevención posterior a las agresiones, anticonceptivos de emergencia y servicios de aborto sin riesgo.”²⁶¹

Asimismo, el Estado tiene la obligación mínima esencial de adoptar medidas para garantizar la disponibilidad de información en la materia que esté actualizada y sea precisa y “accesible a todas las personas, en los idiomas y formatos adecuados.”²⁶² Además, el Estado

²⁵³ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 11, parág. 27. Énfasis agregado.

²⁵⁴ ACNUDH, *Igualdad y no discriminación de acuerdo con el artículo 5 de la CDPD Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*, A/HRC/34/26, 9 de diciembre de 2016, parág. 15.

²⁵⁵ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 11, parág. 27.

²⁵⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 49, inciso c). Ver también parág. 62.

²⁵⁷ *Ídem*, parág. 49. ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 32

²⁵⁸ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 40. Énfasis agregado.

²⁵⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 13.

²⁶⁰ *Ídem*, parág. 45.

²⁶¹ *Ídem*.

²⁶² *Ídem*, parág. 63.

debe tomar medidas para asegurar que los planes de estudio de todos los establecimientos educativos incluyan contenidos de educación sexual y que estos contenidos sean imparciales, científicamente exactos, con base empírica, adecuados a la edad de los estudiantes e integrales.²⁶³

En virtud del derecho a la igualdad sustantiva, el plan de salud sexual y reproductiva debe “abordar la eliminación de las leyes y políticas discriminatorias y de las prácticas nocivas que interpongan obstáculos directos e indirectos al uso de [los] servicios esenciales por parte de las mujeres y al disfrute efectivo de sus derechos a la salud sexual y reproductiva.”²⁶⁴ En términos más amplios, el plan nacional de salud sexual y reproductiva “[debe] abordar las disparidades en el disfrute sustantivo de los derechos a la salud sexual y reproductiva que tienen su origen en los motivos prohibidos de discriminación,”²⁶⁵ tales como la discriminación múltiple y/o interseccional por género y discapacidad. Se debe poner un “especial interés en superar las barreras del estigma y el miedo que dificultan el acceso a esos servicios por parte de... las niñas con discapacidad.”²⁶⁶

Una de las medidas fundamentales que el Estado debe adoptar para garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva es la adopción de “normas y directrices con base empírica para la prestación y el suministro de servicios de salud sexual y reproductiva.”²⁶⁷ Además, en cumplimiento del deber de rendir cuentas, el Estado debe establecer “mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial”²⁶⁸ a disposición de las personas que resulten afectadas por la violación de esta normativa.²⁶⁹ Estos mecanismos deben ser participativos.²⁷⁰

En consonancia con lo señalado más arriba sobre la obligación de eliminar las prácticas nocivas, es fundamental que estas normas y directrices aborden las creencias, prejuicios y estereotipos que subyacen a la actuación de muchos prestadores de servicios de SSyR y se traducen en barreras para el acceso a estos servicios en condiciones de igualdad y no discriminación. El Estado también debe implementar planes de capacitación sobre el contenido de estas normas y directrices y adoptar otras medidas que resulten adecuadas para “asegurar... que los proveedores de servicios de atención de la salud traten de manera respetuosa y no discriminatoria a *todas* las personas que deseen obtener atención de la salud sexual y reproductiva.”²⁷¹

²⁶³ *Idem*, parág. 63. Ver también parág. 47.

²⁶⁴ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 35. Traducción propia. Ver también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 48.

²⁶⁵ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 41.

²⁶⁶ Comité de los Derechos del Niño, *Observación general núm. 20*, *supra* nota 57, parág. 60. Traducción propia.

²⁶⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 47

²⁶⁸ 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.

²⁶⁹ “Para la rendición de cuentas administrativa con respecto a la salud sexual y reproductiva se precisan normas y reglas internas de los establecimientos de salud y del Ministerio de Salud que fijen las pautas de conducta y establezcan la responsabilidad de los subordinados ante sus superiores, bajo la vigilancia de una persona o un comité sin conflictos de intereses.” ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 74 inciso a).

²⁷⁰ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 74, inciso b).

²⁷¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 63. Ver artículo 8 y artículo 25 inciso d) de la CDPD.

El deber de contar con un presupuesto adecuado para promover la salud sexual y reproductiva

Como ya se señaló, el Estado debe destinar el máximo de los recursos de que disponga para lograr la plena efectividad del derecho a la salud sexual y reproductiva. Esto se traduce en el deber de contar con un paquete fiscal adecuado y un plan de trabajo que defina en forma clara y precisa cómo se va a invertir el presupuesto y quiénes estarán a cargo de hacer estas inversiones.²⁷²

El presupuesto de salud sexual y reproductiva debe ser participativo. Los diversos ministerios y agencias estatales con competencia en la materia deben trabajar en conjunto con la sociedad civil en todas las etapas del diseño, planificación, implementación y evaluación del paquete fiscal.²⁷³ En relación a este punto, se ha señalado que “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.”²⁷⁴

El paquete fiscal también debe ser sostenible en el tiempo. Esto implica que el Estado no puede reasignar, desviar o subejecutar el presupuesto asignado a la salud sexual y reproductiva en un determinado año.²⁷⁵ Si de un año a otro aumentan los recursos totales disponibles, se debe aumentar el presupuesto. En consecuencia, si recibe fondos adicionales de fuentes externas, el Estado no debe usar esos fondos para sustituir la financiación estatal de los programas de salud sexual y reproductiva. Por el contrario, los fondos adicionales deben servir para aumentar el presupuesto total destinado a estos programas.²⁷⁶

Del mismo modo, “[si] el presupuesto total del Estado disminuye, los recursos destinados a los programas de salud sexual y reproductiva no deberían reducirse, a menos que el gobierno demuestre que ha adoptado todas las medidas razonables para evitar esas reducciones.”²⁷⁷ Esta justificación es especialmente necesaria si la reducción del presupuesto afecta a programas o acciones orientadas a satisfacer las necesidades de grupos marginalizados o excluidos, como las mujeres con discapacidad.²⁷⁸

En el marco de su obligación de garantizar el acceso a la información, el Estado debe informar en forma clara cuáles son las partidas presupuestarias asignadas a la salud sexual y reproductiva; cuáles son los planes, programas, acciones o actividades específicos en salud sexual y reproductiva afectados a esas partidas; y cómo y en qué medida se ejecutan esas partidas, tanto a nivel nacional como en cada una de las regiones en las que se divide el país.²⁷⁹

En relación a este punto, debe tenerse en cuenta que la política de salud sexual y reproductiva, al igual que todas las acciones que el Estado implemente en la materia, debe ser inclusiva de las mujeres con discapacidad. Por ende, el presupuesto destinado a esta política y/o acciones debe incluir partidas específicas sobre discapacidad e “indicadores

²⁷² ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parágs. 45 y 50.

²⁷³ *Ídem*, parágs. 44 y 48.

²⁷⁴ *Ídem*, parág. 48.

²⁷⁵ *Ídem*, parág. 49.

²⁷⁶ *Ídem*, parág. 47 inciso b)

²⁷⁷ *Ídem*, parág. 47 inciso c)

²⁷⁸ *Ídem*, parág. 47 inciso d)

²⁷⁹ *Ídem*, parág. 51.

para medir qué proporción del presupuesto general persigue objetivos que apoyan la inclusión de las personas con discapacidad.²⁸⁰

Finalmente, es fundamental que el presupuesto asignado a la salud sexual y reproductiva no se utilice para “perpetuar o potenciar la discriminación y la exclusión de las personas con discapacidad.”²⁸¹ Por ejemplo, no se deberían asignar partidas para el desarrollo de programas de capacitación que perpetúen o no contribuyan a abordar los estereotipos sobre las mujeres con discapacidad y, en particular, sobre su sexualidad y reproducción.

El deber de garantizar la participación de las mujeres en las decisiones de política pública

Como se señaló al comienzo de este capítulo, el derecho a la salud sexual y reproductiva protege “el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva.”²⁸² Para garantizar este derecho, el Estado debe asegurar que todas las mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad, tengan una “participación significativa”²⁸³ en la identificación de los problemas y obstáculos que les impiden ejercerlo (ver *El deber de contar con un diagnóstico sobre la situación de la salud sexual y reproductiva* arriba). Las mujeres también deben participar en todas las etapas del proceso de diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas y demás acciones y estrategias que se implementen para abordar los problemas y obstáculos identificados.²⁸⁴

El Estado no sólo debe permitir la participación de las mujeres en este proceso sino que, además, debe garantizar que esta participación sea *efectiva*. Esto es especialmente necesario en el caso de las mujeres que pertenecen a grupos tradicionalmente marginalizados y excluidos.²⁸⁵

En este contexto, el Estado debe reconocer que, dada la discriminación múltiple y/o interseccional hacia ellas, las mujeres con discapacidad enfrentan mayores obstáculos u obstáculos específicos a la hora de participar en los procesos de toma de decisiones de política pública en materia de salud sexual y reproductiva. Lejos de perpetuar estos obstáculos, el Estado debe “[colaborar] con las mujeres con discapacidad y asegurar su participación directa en todos los procesos de adopción de decisiones de carácter público y cerciorarse de que esa participación y consulta se realizan en un entorno seguro.”²⁸⁶

Por ejemplo, el Estado debe reconocer que las mujeres con discapacidad institucionalizadas se encuentran, por regla, completamente imposibilitadas de dejar estas instituciones para participar en una consulta abierta sobre salud sexual y reproductiva. Aun si pueden participar, las mujeres institucionalizadas están expuestas al riesgo de recibir represalias si critican la atención de salud sexual y reproductiva que reciben en las instituciones de salud mental. El Estado debe tomar en cuenta esta situación, abordarla y, de ser necesario, consultar en forma directa a las mujeres con discapacidad y las

²⁸⁰ Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos de las personas con discapacidad, *supra* nota 79, parág. 70.

²⁸¹ *Idem*, parág. 71.

²⁸² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 5.

²⁸³ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 17.

²⁸⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 49, inciso b).

²⁸⁵ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 43.

²⁸⁶ Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, A/HRC/31/62, 12 de enero de 2016, parág. 100, inciso d).

organizaciones que las representan, a través de procedimientos que garanticen la seguridad de quienes brindan su testimonio.

El deber de garantizar el acceso a una reparación adecuada en caso de violación del derecho a salud sexual y reproductiva

El Estado tiene la obligación mínima esencial de garantizar que todas las personas que sufran violaciones a su derecho a la salud sexual y reproductiva puedan acceder a una reparación efectiva.²⁸⁷ Las personas deberían tener a su disposición una variedad de recursos para acceder a esta reparación: acciones judiciales, mecanismos de presentación de quejas ante las autoridades de los centros de salud públicos y privados, y procedimientos ante autoridades administrativas y/o instituciones nacionales de derechos humanos, entre otros.

En todos los casos, los recursos deben ser asequibles, transparentes, participativos, rápidos y eficaces.²⁸⁸ Por lo tanto, es fundamental que las instituciones encargadas de procesarlos cuenten con independencia funcional, mandatos claros, financiación adecuada y personal capacitado.²⁸⁹ Los usuarios de estos sistemas de rendición de cuentas también deben estar capacitados y empoderados, de modo tal que estén en condiciones reales de acceder a ellos.²⁹⁰ Esto es especialmente relevante en el caso de las personas que pertenecen a grupos marginalizados o excluidos.

²⁸⁷ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 12. Ver también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 1, parág. 49.

²⁸⁸ ACNUDH, *Orientaciones técnicas*, *supra* nota 17, parág. 18 y 76 y siguientes.

²⁸⁹ *Ídem*, parág. 76.

²⁹⁰ *Ídem*, parág. 67.

CAPÍTULO IV

EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN FOCO: EL DERECHO A ACCEDER INFORMACIÓN, BIENES Y SERVICIOS EN MATERIA DE ANTICONCEPCIÓN

Las mujeres con discapacidad tienen derecho a tomar decisiones autónomas sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, en igualdad de condiciones con las demás personas y sin verse sujetas a ninguna forma de violencia, discriminación o coerción. También tienen derecho a acceder a la información, los servicios y los medios que necesitan para tomar estas decisiones (Ver *Capítulo II*).¹ En particular, las mujeres con discapacidad tienen derecho a acceder a información, métodos y servicios en materia de anticoncepción.

Además de ser un componente del derecho a la salud sexual y reproductiva,² el derecho a acceder a información, métodos y servicios en materia de anticoncepción se encuentra íntimamente vinculado³ a los siguientes derechos:

- el derecho a la igualdad y no discriminación;⁴
- el derecho a la privacidad;⁵
- el derecho “a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y... [a] los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;”⁶
- el derecho a la información y la educación en materia de salud sexual y reproductiva;⁷
- el derecho a gozar de los beneficios del avance científico⁸ y

¹ Center for Reproductive Rights, *Breaking Ground: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights* [Breaking Ground], online: Center for Reproductive Rights <http://bit.ly/2j16Nvt>, p. 2 y 8.

² CDPD, artículo 25; PIDESC, artículo 12; CEDAW, artículo 12; CADH, artículo 1. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper. The Rights to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents* [Briefing paper], 2010, online: Center for Reproductive Rights, p. 33 y s.

³ Los derechos mencionados a continuación son analizados en Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 12 y siguientes.

⁴ CDPD, artículos 5 y 6; PIDCP, artículo 2.1; PIDESC, artículo 2.2; CEDAW, artículos 1 y 3; CADH, artículo 1. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 30 y s.

En consonancia con este análisis, se ha señalado que “[la] capacidad de mujeres y adolescentes para decidir de forma autónoma si tener y cuándo tener hijos, por medio del acceso a información y servicios anticonceptivos disponibles, aceptables, y de buena calidad, es fundamental para alcanzar la igualdad de género y garantizar la participación de la mujer como miembro pleno de la sociedad.” Center for Reproductive Rights y UNFPA, *Derechos Reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*, online: Center for Reproductive Rights, <http://bit.ly/2nQtCK6>, p. 10.

⁵ CDPD, artículo; PIDCP, artículo 17.1; CADH, artículo 11. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 32 y s.

⁶ CDPD, artículo 23, inciso 1.b). Ver también CEDAW, artículos 16.1. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 32 y s.

⁷ CDPD, artículo 23; CEDAW, artículo 10.h. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 35.

⁸ PIDESC, artículo 15. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 36.

- el derecho a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.⁹

1. COMPONENTES DEL DERECHO A ACCEDER A INFORMACIÓN, BIENES Y SERVICIOS EN MATERIA DE ANTICONCEPCIÓN

1.a) El derecho a acceder a información sobre métodos y prácticas anticonceptivas

Tal como lo reconoce el Comité CEDAW, [a] fin de adoptar una decisión con conocimiento de causa respecto de medidas anticonceptivas seguras y fiables, las mujeres deben tener información acerca de las medidas anticonceptivas y su uso, así como garantías de recibir educación sexual y servicios de planificación de la familia.¹⁰ De esta manera, las mujeres con discapacidad, al igual que el resto de las personas, tienen derecho a acceder a *información y asesoramiento* en materia de anticoncepción. Este derecho comprende, como mínimo, la información y el asesoramiento sobre los diversos métodos y prácticas anticonceptivas que existen; su eficacia; sus ventajas y desventajas; los beneficios y riesgos potenciales que pueden tener en la salud; sus posibles efectos secundarios y cómo manejarlos, y cualquier otra información que las mujeres con discapacidad puedan necesitar para tomar una decisión autónoma sobre el método o práctica anticonceptiva que prefieren utilizar.¹¹

El Estado debe garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de esta información.¹² Con ese fin, se deben tomar medidas para asegurar que exista personal médico capacitado para informar y asesorar a las mujeres con discapacidad en la materia.¹³ Al mismo tiempo, se deben implementar “programas de educación sexual completos y científicamente rigurosos, dentro y fuera de las escuelas, en los que se ofrezca información sobre el uso y la adquisición de anticonceptivos.”¹⁴ Las campañas de divulgación en medios masivos de comunicación también contribuyen a la disponibilidad de información en la materia.¹⁵

En cuanto a la accesibilidad, es fundamental que la información sobre métodos y prácticas anticonceptivas sea proporcionada en espacios que estén al alcance geográfico¹⁶ de las mujeres con discapacidad. La OMS también recomienda la utilización de servicios

⁹ CDPD, artículo 15, PIDCP, artículo 7; Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, artículo 2 y 16; CADH, artículo 5. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 36 y ss.

¹⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 21 (13° período de sesiones, 1994)*. *La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares*, parág. 22.

¹¹ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones* [Respeto de los derechos humanos] (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014), pp. 14, 17 y 19.

¹² Center for Reproductive Rights y UNFPA, *Derechos Reproductivos*, *supra* nota 4. Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 14.

¹³ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 14.

¹⁴ *Ídem*, p. 16.

¹⁵ CIDH, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61, 22 noviembre 2011, online: CIDH, <http://bit.ly/2iatMTb>, parág. 62. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 17.

¹⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, E/C.12/2000/4, 31 de agosto de 2000, parág. 12, b. ii).

móviles para facilitar que las personas que viven alejadas de los centros urbanos puedan acceder a información y servicios de anticoncepción.¹⁷

Cualquiera sea su ubicación, los espacios donde se brinda información en materia de anticoncepción deben contar con la infraestructura adecuada para que las mujeres con discapacidad puedan acceder a ellos. Estos espacios también deben estar diseñados de modo tal que garanticen la privacidad de la atención y la confidencialidad de la información que la usuaria intercambia con el profesional de la salud.

La información debe estar disponible “en lengua de señas, Braille, formatos electrónicos accesibles, escritura alternativa y modos, medios y formatos de comunicación y orientación aumentativos y alternativos.”¹⁸ Esta obligación también alcanza a los materiales audiovisuales y las campañas de difusión que el Estado elabore para diseminar información sobre anticoncepción.

Cualquiera sea el modo, medio o formato de comunicación utilizado por la mujer con discapacidad que solicita la información, es indispensable que el profesional de la salud se comunique directamente con ella y lo haga de un modo respetuoso de sus derechos y su dignidad. No debe discriminarla, juzgarla (o prejuizarla), subestimarla o infantilizarla. Tampoco puede actuar influido por creencias negativas o estereotipos hacia las mujeres con discapacidad. El profesional de la salud viola este deber si, por ejemplo, señala que la anticoncepción quirúrgica es la mejor práctica anticonceptiva para las mujeres con discapacidad porque impide que engendren un niño con discapacidad.

El profesional de la salud tampoco puede obstaculizar el acceso a información o asesoramiento sobre métodos y prácticas anticonceptivas en base a la práctica de la objeción de conciencia. Los profesionales objetores deben proporcionar información precisa y objetiva sobre todos los métodos y prácticas anticonceptivas disponibles y derivar a la usuaria a un profesional no objetor. Asimismo, debe tenerse en cuenta que la objeción de conciencia no puede ser ejercida por los establecimientos de salud o por personas que no están a cargo de la prestación de servicios en la materia, tales como el personal administrativo. Por el contrario, todos los establecimientos que brindan información y servicios de anticoncepción deben tomar medidas para garantizar que su equipo médico incluya profesionales que no sean objetores y que los profesionales que sí son objetores manifiesten su objeción por escrito, al momento de comenzar a desempeñar sus funciones.¹⁹

La información en materia de anticoncepción debe ser de buena calidad. Esto es, debe ser completa y objetiva y debe estar basada en evidencia científica.²⁰ Asimismo, debe cumplir con el requisito de aceptabilidad. En consecuencia, al brindar información y asesoramiento sobre anticoncepción, los profesionales de la salud deben tomar en cuenta y responder adecuadamente a las necesidades de las mujeres con discapacidad.²¹ También deben respetar sus derechos fundamentales, incluidos su derecho a la privacidad, a la confidencialidad de la consulta y a brindar su consentimiento informado.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 16.

¹⁸ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 2. Artículo 9: Accesibilidad* CRPD/C/GC/2, 22 de mayo de 2014, parág. 40.

¹⁹ El contenido de este párrafo está basado en Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 21.

²⁰ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 20.

²¹ 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, parágs. 24 y 25.

A fin de garantizar el cumplimiento de estos deberes, el Estado debe capacitar en forma permanente a los profesionales de la salud que brindan información y asesoramiento en materia de métodos y prácticas anticonceptivas.²² También se deben implementar guías y directrices que regulen la prestación de estos servicios y se deben establecer mecanismos de supervisión continua, a fin de evaluar la labor de los profesionales de la salud, evitar que se violen los derechos de las usuarias y ofrecer una reparación adecuada a quienes se vean afectadas por el incumplimiento de esta normativa.²³

1. b) El derecho a acceder a una amplia gama de métodos y prácticas anticonceptivas

Las mujeres con discapacidad también tienen derecho a acceder a una amplia gama de métodos y prácticas anticonceptivas modernas, seguras y eficaces.²⁴ Estos métodos y prácticas incluyen los métodos de barrera, los anticonceptivos hormonales orales, los anticonceptivos hormonales inyectables, los dispositivos intrauterinos, los métodos de barrera, los anticonceptivos implantables, los anticonceptivos intravaginales y las prácticas de anticoncepción quirúrgica.²⁵ El Comité DESC ha destacado, además, la obligación del Estado de garantizar el acceso a la anticoncepción hormonal de emergencia.²⁶

Todos estos métodos y prácticas anticonceptivas forman parte de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS. En consecuencia, el Estado tiene la obligación esencial²⁷ de garantizar que “estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada, y a un precio asequible para las personas y para la comunidad.”²⁸ En otras palabras, el Estado debe garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los métodos y prácticas anticonceptivas.

El cumplimiento de esta obligación es fundamental para que las mujeres con discapacidad, al igual que el resto de las personas, estén en condiciones de ejercer su derecho a tomar una decisión autónoma sobre el método o práctica que mejor se adecua a sus necesidades e intereses.²⁹ El Comité DESC ha enfatizado que “el hecho de no garantizar el acceso 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”³⁰ constituye una violación del deber de garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Es especialmente importante que los métodos y prácticas anticonceptivas sean accesibles, tanto en la ley como en la práctica, en condiciones de igualdad (formal y sustantiva) y no discriminación. Con ese fin, la OMS ha recomendado integrar la prestación de información y servicios de anticoncepción a otros servicios de salud sexual y reproductiva y, en particular, a los servicios relacionados con el VIH y las enfermedades de transmisión

²² Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 18.

²³ *Ídem*, p. 22.

²⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 21, parág. 28.

²⁵ Organización Mundial de la Salud, *19th WHO Model List of Essential Medicines (April 2015)*, online: OMS <http://bit.ly/1ASx5ya>, p. 33 y siguientes.

²⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 21, parág. 13.

²⁷ *Ídem*. Ver también Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 19.

²⁸ Organización Mundial de la Salud, *Temas de salud. Medicamentos esenciales*, online: OMS, <http://bit.ly/2n6dMnE>, citado por Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 21, nota al pie 15.

²⁹ Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 16 y 18.

³⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 21, parág. 62.

sexual, la atención del embarazo y el post parto y la atención relacionada con el aborto y post aborto.³¹

Los métodos y prácticas anticonceptivas deben ser proporcionados en forma gratuita³² y/o a un precio asequible. La OMS recomienda “eliminar los obstáculos económicos que impiden el uso de anticonceptivos a las poblaciones [marginalizadas], en particular adolescentes y personas de bajos recursos, y tomar medidas para que los anticonceptivos sean asequibles para todos.”³³ Asimismo, el Comité CEDAW ha dejado en claro que la anticoncepción hormonal de emergencia debe ser gratuita para las víctimas de violencia.³⁴

La accesibilidad también implica que el marco normativo del Estado no puede exigir que las mujeres y niñas con discapacidad cuenten con el consentimiento de un tercero al momento de acceder a un método o práctica anticonceptiva.³⁵ Tampoco se pueden establecer restricciones o requisitos especiales (i.e. el requisito de que la persona que solicita el método tenga una edad determinada, esté casada o tenga una determinada cantidad de hijos, etc.³⁶) para acceder a determinados métodos o prácticas anticonceptivas.³⁷ En particular, no se puede exigir una prescripción médica como requisito para acceder a anticoncepción de emergencia.³⁸

La igualdad sustantiva exige que, al garantizar la accesibilidad, el Estado tenga especialmente en cuenta la situación de los grupos que tradicionalmente han enfrentado mayores obstáculos u obstáculos particulares a la hora de acceder a métodos o prácticas anticonceptivas y/o tomar de decisiones autónomas en la materia.³⁹ Las mujeres con discapacidad conforman uno de estos grupos, dado que, históricamente, “han sido objeto de prácticas anticonceptivas en contra de su voluntad, bajo coacción y de manera forzada.”⁴⁰ También son más proclives que el resto de la población a ser sometidas a prácticas de anticoncepción quirúrgica o a que se les prescriba anticonceptivos inyectables de larga duración.⁴¹

³¹ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 15 y 16.

³² Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales al quinto informe periódico de Polonia*, CCPR/CO/82/POL, 2 de diciembre de 2004, parág. 9, citado por Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, nota al pie 3 del recuadro Contraceptive Affordability.

³³ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 16.

³⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú*, CEDAW/C/PER/CO/7-8, 24 de julio de 2014, citado por Center for Reproductive Rights, *Breaking Ground*, *supra* nota 1, nota 97.

³⁵ Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 19 y Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 15.

³⁶ Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 16 y Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 15.

³⁷ Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 19.

³⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Hungría*, aprobadas por el Comité en su 54^o período de sesiones (11 de febrero a 1 de marzo de 2013), CEDAW/C/HUN/CO/7-8, 26 de marzo de 2013, parág. 31 inciso b), citado por Center for Reproductive Rights, *Breaking Ground*, *supra* nota 1, nota 96.

³⁹ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 16; Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 20; Center for Reproductive Rights y UNFPA, *Derechos Reproductivos*, *supra* nota 4.

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 12.

⁴¹ 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>

La igualdad sustantiva también exige que se identifiquen y aborden los prejuicios y estereotipos que subyacen a muchos de los obstáculos que impiden que las mujeres con discapacidad puedan acceder a métodos y prácticas anticonceptivas. El Estado debe eliminar estos prejuicios y estereotipos, a través de programas de capacitación a profesionales de la salud y campañas de concientización, entre otras medidas.⁴²

Asimismo, la igualdad sustantiva requiere el logro de la igualdad de resultados en el acceso y uso de métodos y prácticas anticonceptivas. Esto se traduce, entre otras obligaciones, en el deber del Estado de identificar y abordar la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres con discapacidad.⁴³

1.c) El derecho a tomar una decisión autónoma sobre el método y práctica anticonceptiva a utilizar

Al igual que el resto de las personas, las mujeres con discapacidad tienen derecho a tomar decisiones autónomas sobre el método o práctica anticonceptiva que mejor se adapta a sus necesidades e intereses, sin verse sujetas a ninguna forma de violencia, discriminación o coerción. En otras palabras, las mujeres con discapacidad tienen derecho a brindar su consentimiento previo, libre, pleno e informado⁴⁴ sobre el método o práctica anticonceptiva que desean utilizar. También tienen derecho a rechazar el uso de métodos y prácticas anticonceptivas y/o de un método o práctica en particular.⁴⁵

El consentimiento debe ser el resultado de un proceso participativo entre el médico y la paciente. En otras palabras, el profesional de la salud no puede decidir por sí mismo cuál es el método o práctica anticonceptiva que mejor se adapta a las necesidades e intereses de la mujer con discapacidad que realiza la consulta. Tampoco puede imponerle el uso de un determinado método o práctica anticonceptiva o incurrir en amenazas o cualquier forma de coerción, inducción o alicientes⁴⁶ que direccionen su decisión.⁴⁷ Por el contrario, tal como se señaló más arriba, el profesional de la salud debe proporcionar “información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible”⁴⁸ que le permita a la usuaria decidir por sí misma cuál método o práctica anticonceptiva que desea utilizar.

En ningún caso se puede sustituir a la mujer con discapacidad en la elección del método o práctica anticonceptiva que prefiere utilizar ni se le puede imponer un método o práctica anticonceptiva, sin su consentimiento. Tampoco se puede solicitar la autorización de un tercero como prerrequisito para acceder a estos métodos o prácticas.⁴⁹

La provisión de métodos o prácticas anticonceptivas sin el consentimiento previo, libre, pleno e informado de las mujeres con discapacidad viola sus derechos fundamentales,

⁴² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto a sexto combinados del Iraq*, CEDAW/C/IRQ/CO/4-6, 10 de marzo de 2014, citado por Center for Reproductive Rights, *Breaking Ground*, *supra* nota 1, nota 101.

⁴³ Center for Reproductive Rights y UNFPA, *Derechos Reproductivos*, *supra* nota 4 y Center for Reproductive Rights, *Breaking Ground*, *supra* nota 1, p. 21.

⁴⁴ 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. 166.

“[Los] profesionales de la salud están en la obligación de garantizar que las decisiones que las mujeres adopten en materia sexual y reproductiva sean libres, por ejemplo cuando se selecciona el método de anticoncepción de preferencia.” CIDH, *supra* nota 15, parág. 53.

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 19.

⁴⁶ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 166.

⁴⁷ Organización Mundial de la Salud, *Respeto de los derechos humanos*, *supra* nota 11, p. 19.

⁴⁸ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 166.

⁴⁹ *Ídem*, parágs. 182 y 184.

incluidos su derecho a la salud sexual y reproductiva y a no ser sometidas a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.⁵⁰ Al mismo tiempo, estas prácticas no sólo *suelen ser el resultado de* otras violaciones de derechos humanos, tales como el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica,⁵¹ sino que, además, *suelen resultar en* la violación de derechos. Por ejemplo, “[la] anticoncepción y la esterilización forzadas también pueden dar lugar a la violencia sexual sin la consecuencia del embarazo, especialmente en el caso de las mujeres con discapacidad psicosocial o intelectual, las mujeres internadas en centros psiquiátricos y otras instituciones y las mujeres privadas de libertad.”⁵²

El derecho de las mujeres con discapacidad a no ser sometidas a una esterilización sin su consentimiento

La esterilización femenina es una práctica anticonceptiva permanente que bloquea o corta las trompas de Falopio.⁵³ Tal como ocurre con el resto de los métodos o prácticas anticonceptivas, la esterilización femenina sólo puede ser realizada con el consentimiento previo, libre, pleno e informado de la mujer en cuestión.⁵⁴

La Corte IDH ha dejado en claro que la esterilización quirúrgica “no puede ser caracterizada como un procedimiento de urgencia o emergencia de daño inminente”⁵⁵ y, por ende, no configura el único supuesto de excepción en el que los profesionales de la salud pueden actuar sin el consentimiento *previo* de la mujer. La Corte IDH agregó: “aún si un futuro embarazo pusiera en riesgo la vida y salud de la mujer, ella no quedará embarazada inmediatamente, por lo que la medida puede ser tomada con posterioridad.”⁵⁶

En el mismo sentido, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha explicado que la esterilización “no puede estar éticamente justificada dentro del terreno de una emergencia médica. Aún si un futuro embarazo pone en riesgo la vida y la salud de la mujer, ella no quedará embarazada inmediatamente, por lo tanto se debe dar tiempo y soporte a las necesidades de la mujer para que pueda hacer un adecuado proceso para tomar la decisión.”⁵⁷ La FIGO también ha explicitado que los profesionales de la salud deben respetar la decisión de la mujer de rechazar la esterilización, aun si esta decisión puede poner en riesgo su vida o su salud.⁵⁸

La mujer a la que se le practicará la esterilización quirúrgica es la única legitimada para dar el consentimiento. La Corte IDH analizó este punto y consideró que, dadas las graves consecuencias que la esterilización tiene en la capacidad reproductiva y en la autonomía de la mujer, “sólo ella será la persona 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.... [Si] la mujer no pudiera dar su consentimiento no se deberá acudir a una tercera persona, sino que se deberá esperar hasta

⁵⁰ CDPD, artículo 15. 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. 32.

⁵¹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 50, parág. 8.

⁵² *Ídem*, parág. 45.

⁵³ Organización Mundial de la Salud, *Planificación familiar. Nota descriptiva*, diciembre de 2016, online: OMS, <http://bit.ly/1fCzZrZ>

⁵⁴ Organización Mundial de la Salud, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization*, 2014, online: OMS <http://bit.ly/1h8S8YG>, p. 1.

⁵⁵ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 177.

⁵⁶ *Ídem*, parág. 178.

⁵⁷ Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología*, 2012, online: FIGO, <http://bit.ly/1OYUZgO>, p. 139.

⁵⁸ *Ídem*, p. 139.

que ella pueda brindarlo.”⁵⁹ Esto así porque, tal como se sostuvo más arriba, la esterilización no es “un procedimiento de urgencia o emergencia de daño inminente”⁶⁰

La OMS también ha dejado en claro que exigir la autorización o el consentimiento de un tercero (su esposo/a, su compañero/a, su representante legal, familiares, profesionales de la salud, un oficial público o agente estatal, entre otros) como prerrequisito para que una mujer pueda acceder a la esterilización afecta su capacidad de tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida y sus derechos fundamentales.⁶¹ También “es éticamente inapropiado por parte de los proveedores de salud iniciar procedimientos judiciales para la esterilización de sus pacientes, o servir de testigos en tales procesos.”⁶²

Estas reglas aplican *con igual fuerza* en el caso de las mujeres con discapacidad: ellas tienen derecho a dar su consentimiento previo, libre, pleno e informado a la esterilización quirúrgica, en *igualdad de condiciones con las demás personas*.⁶³ Así lo establece el artículo 23 de la CDPD al obligar 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.”⁶⁴ En términos más explícitos, la Corte IDH ha enfatizado que “[factores] tales como la raza, discapacidad, posición socio-económica, no pueden ser un fundamento para limitar la libre elección de la paciente sobre la esterilización ni obviar la obtención de su consentimiento.”⁶⁵

Al mismo tiempo, las mujeres con discapacidad tienen derecho a contar con los sistemas de apoyo que puedan necesitar para dar su consentimiento a una práctica de anticoncepción quirúrgica.⁶⁶ También tienen derecho a recibir información y asesoramiento en la materia.⁶⁷ En particular, el profesional de la salud “tiene la responsabilidad de asegurar que la paciente ha recibido una consejería adecuada con respecto a riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento.”⁶⁸

Es especialmente importante que la mujer comprenda que la esterilización es una práctica anticonceptiva permanente e irreversible y que existen alternativas no permanentes, incluidos los métodos de anticoncepción masculina.⁶⁹ La mujer también debe saber que esta práctica anticonceptiva no protege a las personas frente al VIH y las infecciones de transmisión sexual.⁷⁰

Pese a la plena vigencia de estos requisitos, “las mujeres con discapacidad presentan tasas elevadas de esterilización forzada.”⁷¹ La esterilización es forzada si se practica sin el

⁵⁹ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 182.

⁶⁰ *Ídem*, parág. 177.

⁶¹ Organización Mundial de la Salud, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization*, *supra* nota 54, p. 9.

⁶² Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, *supra* nota 57, p. 440.

⁶³ CDPD, artículos 12 y 25.

⁶⁴ CDPD, artículo 23.

⁶⁵ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 185.

⁶⁶ 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. 41.

⁶⁷ Organización Mundial de la Salud, *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization*, *supra* nota 54, p. 10.

⁶⁸ Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, *supra* nota 57, p. 438.

⁶⁹ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 193.

⁷⁰ Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, *supra* nota 57, p. 438.

⁷¹ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 1*, *supra* nota 66, parág. 35.

consentimiento de la mujer; es decir, si se prescinde totalmente de su decisión y la práctica se realiza con el consentimiento previo de un tercero. También se produce una esterilización forzada cuando la mujer con discapacidad acepta la realización de la práctica, pero lo hace en condiciones tales que no puede afirmarse que brindó un consentimiento previo, libre, pleno e informado. Esto ocurre, por ejemplo, cuando la mujer es inducida a aceptar la práctica a través de la provisión de información errónea o sesgada (i.e. se le dice que un embarazo puede poner en riesgo su vida o que no es conveniente que se embarace porque no estará en condiciones de criar a su hijo).⁷² Frente a estos casos, debe tenerse en cuenta que “la mera aceptación de un procedimiento no equivale a afirmar que el consentimiento fue otorgado.”⁷³

Estas prácticas violan los siguientes derechos fundamentales de las mujeres con discapacidad:

- el derecho a la salud;⁷⁴
- el derecho a la integridad personal,⁷⁵
- el derecho a la información;⁷⁶
- el derecho a la privacidad;⁷⁷
- el derecho “a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro;”⁷⁸ a la igualdad y no discriminación;⁷⁹
- el derecho a mantener la fertilidad en igualdad de condiciones con las demás personas⁸⁰ y
- el derecho a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.⁸¹

En consonancia con este análisis, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias ha señalado que “la esterilización forzada, grave violación de los derechos reproductivos de la mujer, es un método de control médico de la fertilidad de la mujer sin su consentimiento. Esencialmente, la esterilización forzada que viola la integridad física y la seguridad de la mujer constituye violencia contra la mujer.”⁸²

⁷² UNFPA, *A Situational Analysis Of The Sexual and Reproductive Health of Women With Disabilities*, 18 de mayo de 2009, online: Women with Disabilities Australia <http://bit.ly/2mLyYff>, p. 17.

⁷³ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 230.

⁷⁴ CDPD, artículo 25; PIDESC, artículo 12; CEDAW, artículo 12; CADH, artículo 1. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 33 y s.

⁷⁵ CDPD, artículo 17; PIDCP, artículo 9;

⁷⁶ CDPD, artículo 23; CEDAW, artículo 10.h. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 35.

⁷⁷ CDPD, artículo; PIDCP, artículo 17.1; CADH, artículo 11. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 32 y s.

⁷⁸ CDPD, artículo 23, inciso 1.b). Ver también CEDAW, artículos 16.1. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 32 y s.

⁷⁹ CDPD, artículos 5 y 6; PIDCP, artículo 2.1; PIDESC, artículos 2.2 y 3; CEDAW, artículos 1 y 3; CADH, artículo 1. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 30 y s.

⁸⁰ CDPD, artículo 23, parág. 1.c).

⁸¹ CDPD, artículo 15, PIDCP, artículo 7; Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, artículo 2 y 16; CADH, artículo 5. Center for Reproductive Rights, *Briefing paper*, *supra* nota 2, p. 36 y ss.

⁸² Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, *Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen*, E/CN.4/1999/68/Add.4, 21 de enero de 1999, online: Naciones Unidas <http://bit.ly/2n45L2>, parág. 51 citado por Open Society Foundations, *Against her Will. Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide*, 2011, online: Open Society Foundations <https://osf.to/2mpHjJL>, p. 2.

En el mismo sentido, el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha explicado que “[la] esterilización forzada es un acto de violencia, una forma de control social y una violación del derecho a no ser sometido a torturas y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.”⁸³ Sin embargo, tal como el propio relator denuncia, cuando estas prácticas son realizadas en mujeres con discapacidad suelen pasar inadvertidas o se justifican y no se las considera una forma de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.⁸⁴ La Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias se hizo eco de esta idea y señaló que “existe un largo historial de esterilizaciones forzosas y no consensuadas de mujeres con discapacidad aceptadas socialmente e incluso legalmente.”⁸⁵

Las justificaciones sociales de las esterilizaciones forzadas de las mujeres con discapacidad están asociadas a los estereotipos que las representan como vulnerables y dependientes y, por ende, incapaces de criar a sus hijos y/o de desempeñar adecuadamente el rol de madres y cuidadoras⁸⁶. La esterilización se suele justificar, además, alegando que es un buen método para controlar la menstruación e higiene personal de las mujeres con discapacidad.⁸⁷ También prevalecen los argumentos eugenésicos asociados al temor de que la mujer dé a luz a un niño o niña con discapacidad.⁸⁸ Cualquiera sea la justificación, prevalece la idea de que la esterilización forzada se realiza “por el propio bien” de la mujer con discapacidad.⁸⁹

Estos estereotipos explican por qué la esterilización forzada es una de las manifestaciones más graves de la discriminación múltiple y/o interseccional contra las mujeres con discapacidad. En principio, tal como sostuvo la Corte IDH, “las esterilizaciones afectan de forma desproporcionada a las mujeres por el hecho de ser mujeres y con base en la percepción de su rol primordialmente reproductivo y de que no son capaces de tomar decisiones responsables sobre su salud reproductiva y la planificación familiar.”⁹⁰ Sin embargo, dada la prevalencia de los estereotipos mencionados en el párrafo anterior, “la esterilización sin consentimiento... ha tenido un mayor impacto en mujeres que son parte de grupos con una mayor vulnerabilidad a sufrir esta violación de derechos humanos,... por su... discapacidad.”⁹¹

Para poner fin a esta situación, el Estado debe avanzar en la prohibición y erradicación de todas las formas de esterilización forzada contra las mujeres con discapacidad.⁹² También debe avanzar en la modificación del marco normativo y de políticas públicas que, directa o indirectamente, contribuyen a la realización de estas prácticas. Un primer paso sería eliminar las leyes que permiten que se restrinja la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y se les designe un representante legal.

⁸³Informe 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. 48. Se han omitido las citas internas.

⁸⁴Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/63/175, 28 de julio de 2008, parág. 41.

⁸⁵Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, A/67/227, 3 de agosto de 2012, parág. 36.

⁸⁶Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo (Montevideo: Intendencia de Montevideo, 2011), p. 21.

⁸⁷Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, *supra* nota 85, parág. 36 y UNFPA, *A Situational Analysis*, *supra* nota 72, p. 17.

⁸⁸Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 50, parág. 39.

⁸⁹Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, *supra* nota 85, parág. 36.

⁹⁰Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 252.

⁹¹Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 247.

⁹²Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General N° 3*, *supra* nota 50, parág. 63 a).

Al mismo tiempo, “el Estado debe adoptar las medidas necesarias para asegurar que en todos los hospitales públicos y privados se obtenga el consentimiento previo, libre, pleno e informado de las mujeres ante intervenciones que impliquen una esterilización.”⁹³ Estas medidas deberían incluir, como mínimo, la inclusión de un apartado específico sobre consentimiento informado para esterilizaciones quirúrgicas de mujeres con discapacidad en las normas y directrices que el Estado debe adoptar para regular la prestación y el suministro de servicios de salud sexual y reproductiva⁹⁴. Al mismo tiempo, el Estado debe monitorear los centros de salud públicos y privados que realizan prácticas de anticoncepción quirúrgica para asegurar el pleno cumplimiento de estas normas y directrices y sancionar a quienes las incumplan.⁹⁵

Los profesionales de la salud deben ser capacitados en forma permanente sobre el contenido y alcance del derecho de las mujeres con discapacidad a brindar su consentimiento a las prácticas de anticoncepción quirúrgica. Los programas de capacitación deben alcanzar a los estudiantes de medicina, los profesionales médicos y todo el personal que conforma el sistema de salud y seguridad social. El contenido de estos programas debe incluir temas de consentimiento informado, discriminación basada en género y estereotipos y violencia de género.⁹⁶

Las mujeres con discapacidad que hayan sido esterilizadas sin su consentimiento previo, libre, pleno e informado, tienen derecho a acceder a recursos administrativos y jurisdiccionales que les permitan obtener una reparación efectiva y la sanción de los responsables, en un plazo razonable y a través de un procedimiento imparcial.

⁹³ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 341.

⁹⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 22*, *supra* nota 21, parág. 47

⁹⁵ Corte IDH, *Caso I.V. vs. Bolivia*, *supra* nota 44, parág. 210.

⁹⁶ *Ídem*, parág. 342.

**DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES CON
DISCAPACIDAD**
APORTES TEÓRICOS PARA UNA AGENDA DE INCIDENCIA INCLUSIVA

SOFÍA MINIERI
REDI