

HACIA UNA CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA INCLUSIVA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Noviembre 2023



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Autoridades

Presidente de la Nación
Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación
Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud
Sandra Tirado

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
Valeria Isla

Créditos

Autoría: Constanza Leone, Verónica González Bonet y Luciana Azcárate integrantes del Grupo de Trabajo sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y Personas con Discapacidad de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en conjunto con la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), en alianza con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Argentina.

Revisión técnica: Sonia Ariza Navarrete, asesora de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva e investigadora adjunta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); Celeste Leonardi, Oficial en Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA); Carolina Buceta, integrante de REDI y Cecilia González Bellande, Coordinadora de Proyectos de REDI.

Diseño: Walter Oxley

Documento producido en el marco del proyecto “Promoviendo la realización del ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en Argentina”. Dicho proyecto es impulsado por el Fondo de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNPRPD), asociación que reúne a entidades de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), gobiernos, organizaciones de personas con discapacidad (OPD) y la sociedad civil en general, para avanzar en la implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).



Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asigne los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Contenido

PRÓLOGO	4
PARTE 1	5
LA CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL COMO MODELO DE ATENCIÓN INCLUSIVO	5
PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA	5
<i>Perspectiva de derechos humanos</i>	6
<i>Enfoque de género y diversidad</i>	7
<i>El modelo social de la discapacidad</i>	9
DESAFÍOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	11
EL ENCUENTRO DE CONSEJERÍA	13
LA RECEPCIÓN	14
ORGANIZACIÓN Y ENCUADRE PARA UNA CONSEJERÍA ACCESIBLE	16
LA ENTREVISTA	18
<i>Momentos en la entrevista</i>	20
1. Presentación	20
2. La identificación de necesidades y temas a trabajar	22
3. El intercambio de información y toma de decisiones	22
4. La definición de acciones para implementar las decisiones	25
5. El cierre del encuentro y proyección	27
6. El registro de la entrevista	27
PARTE 2	28
RECURSOS PARA ACERCARSE A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	28
MAPEO	28
TALLERES PARA ABRIR PUERTAS	30
NOTAS PERIODÍSTICAS PARA REFLEXIONAR Y DEBATIR	33
<i>Derechos sexuales</i>	33
<i>Derechos reproductivos y de crianza</i>	35
<i>Familias de personas con discapacidad</i>	36
BIBLIOGRAFÍA	38

Prólogo

¿Por qué un material específico sobre consejerías en salud sexual y personas con discapacidad?

Tanto desde los colectivos de personas con discapacidad como desde las instituciones estatales y agencias que trabajan por el cumplimiento de sus derechos, se insiste en la importancia de que los lineamientos que se establezcan en los materiales y en las prácticas de los equipos y profesionales de la salud tengan incorporada de manera transversal la perspectiva del modelo social de la discapacidad. Una atención integral, basada en una perspectiva de derechos debería incluir una mirada acorde con el modelo social de la discapacidad e incorporar la discapacidad como una condición que entra en relación con otras como la socioeconómica, de género, étnica, etaria, entre otras.

Sin embargo, en numerosas ocasiones los equipos de salud manifiestan la necesidad de contar con materiales que aborden de manera específica aspectos de la atención a personas con discapacidad.

Este cuadernillo se inserta en ese desafío: reafirmar que la integralidad en el proceso de atención en salud implica comprender a la persona usuaria con sus condicionamientos, en su contexto y con sus conocimientos y vínculos; y aportar elementos para que los equipos se nutran e incorporen recursos específicos para mejorar la calidad de la atención a personas con discapacidad.

El modelo social se establece de forma obligatoria en la Argentina a partir de la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este paradigma considera la discapacidad como una cuestión colectiva (ya no es un problema individual de una persona), definiendo la discapacidad como una relación entre una persona con una deficiencia y el entorno que coloca barreras que impiden su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones con las demás personas.

Parte 1

La Consejería en salud sexual como modelo de atención inclusivo

La consejería en salud sexual y reproductiva¹ es una propuesta de modelo de atención en salud que concibe a todas las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, tanto acerca del ejercicio de su sexualidad y el cuidado de su cuerpo, como de la salud en relación con su función reproductiva y no reproductiva.

Este *modo de hacer* responde, explícita o implícitamente, a una concepción de las personas, a un modo de entender el proceso de salud y su cuidado, y a la forma en que se construyen los saberes y se aprenden las prácticas para la atención y el cuidado de la salud.

Su construcción se contrapone al modelo médico-hegemónico centrado en la dimensión biológica e individual, donde el vínculo médico paciente se define por su asimetría y se suele pensar la salud como ausencia de enfermedad.

La consejería en salud sexual y reproductiva busca construir espacios de escucha y vínculos de confianza entre la persona usuaria y el equipo de salud. La escucha activa habilita la comprensión sobre cuáles son las necesidades vinculadas a una dimensión tan central de la vida como es la sexualidad, para poder acompañar procesos de toma de decisión y construcción de autonomía.

El punto de partida de este modelo es **entender a las personas en sus contextos**, es decir condicionadas por el lugar que tienen en la sociedad, y de forma particular, en sus familias, en su comunidad, en sus redes de confianza y cuidado, etc. Estos condicionamientos pueden ser múltiples: económicos, sociales, culturales, de género, etarios, étnicos, de nacionalidad, de discapacidad, entre otros.

La condición de discapacidad forma parte de esas situaciones que, por diversas razones, estructuran desigualdades en el acceso a derechos. Es necesario visibilizarla e incorporarla para pensar junto a las personas usuarias sus necesidades y recursos, sus redes y estrategias de cuidado, sus sentidos sobre la salud, las dolencias o padecimientos y el bienestar.

Principios de la consejería

El modelo de trabajo de consejería se sirve de enfoques y perspectivas que permiten pensar esas desigualdades operantes, reconociendo a las personas como sujetos de derecho y a los equipos de salud como actores clave para favorecer el acceso a los mismos.

A los principios más conocidos sobre la estrategia de consejería, la perspectiva de derechos humanos, de género y diversidad, se suma la perspectiva de discapacidad desde el modelo social.

Revisar los modos habituales de abordaje desde la óptica de los derechos humanos es siempre un desafío para los equipos y permite identificar condicionamientos socialmente invisibilizados.

¹ Para más información ver Consejería en Salud Sexual. Propuesta de diseño, organización e implementación (DNSSR, 2018), disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/consejerias-en-salud-sexual-y-reproductiva>

Perspectiva de derechos humanos

Brindar atención desde una perspectiva de derechos humanos implica, entre otras cosas, asumir que las personas que consultan son sujetos de derecho. Por lo que se debe orientar la atención hacia el cumplimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos con los equipos de salud como garantes de esos derechos.

Por ello, es necesario contemplar los principios, derechos y obligaciones establecidos en el marco legal para los procesos de atención de todas las personas sin distinción.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, son inherentes a todas las personas con y sin discapacidad, sin distinción de edad, género, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual o religión. Están directamente relacionados con el derecho a la salud, a la calidad de vida y a la libertad.

Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que las demás personas. Sin embargo, sus derechos han sido históricamente vulnerados, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos.

Las/es/os niñas/es/os y adolescentes (NNNA) también gozan de estos derechos y deben poder ejercerlos. Promover y garantizar su acceso a la educación sexual integral, es una responsabilidad social.

Todas las personas tienen derecho a la autonomía que se va construyendo de manera progresiva a lo largo de la vida. Pero cuando se trata de personas con discapacidad esta no suele propiciarse debido a miradas sobreprotectoras y capacitistas. Es por ello que, la perspectiva de abordaje basada en derechos humanos debe **fortalecer la construcción de la autonomía de las personas con discapacidad.**

La perspectiva de derechos supone, además, la responsabilidad por parte del equipo de salud de respetar en la atención los derechos a la confidencialidad, privacidad e intimidad, y brindar información completa y adecuada para que las personas usuarias puedan dar su consentimiento informado de manera autónoma ante las prácticas.

- **Los derechos sexuales** son derechos de todas las personas y establecen la garantía de disfrutar de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni abuso sexual, con posibilidades de evitar los riesgos de transmisión de infecciones y con respeto por la orientación sexual y la identidad de género.

En la consejería se debe tener en cuenta, por ejemplo, que la sexualidad es una dimensión inherente a la vida de todas las personas, respetar el nombre elegido por las mismas, formular preguntas amplias que no presupongan la heterosexualidad, así como identificar posibles situaciones de abuso y/o violencia sexual, y facilitar la escucha sobre temores, molestias y dificultades de las personas en el disfrute de su sexualidad.

Respetar los derechos sexuales de las personas con discapacidad supone reconocerlas como seres deseantes y deseables.

- **Los derechos reproductivos** son definidos como la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no tener hijas/es/os, el momento para hacerlo, la cantidad, con quién y el espaciamiento entre sus nacimientos, así como a interrumpir un embarazo, recibir trato respetuoso durante el embarazo, parto, posparto, aborto y posaborto.

Para el cumplimiento de los derechos reproductivos, en la consejería debe brindarse información suficiente, accesible y en términos comprensibles. En caso de que la persona decida usar un método anticonceptivo (MAC), ofrecer las opciones que mejor se adapten a sus posibilidades de salud y preferencias y entregar gratis la que elija. Si se trata de una persona con discapacidad es importante considerar dificultades específicas que podría tener para el uso del MAC elegido. Si es así, pensar estrategias en conjunto. Las dificultades pueden ser coincidentes con las que se les presentan a personas sin discapacidad, porque no siempre se relacionan con esta característica.

Respetar los derechos reproductivos de las personas con discapacidad implica, también, reconocer su derecho a resguardar su fertilidad, a acceder a tratamientos de reproducción médicamente asistida, a procrear, a contar con los apoyos para criar, a formar una familia.

Enfoque de género y diversidad

Los enfoques de género y de diversidad permiten reconocer que el ejercicio de los derechos (entre ellos los sexuales y los reproductivos) no es igual para todas las personas, porque existen **condiciones de desigualdad social**, relaciones de poder, prejuicios y mandatos sociales que limitan su ejercicio.

El enfoque de género tiene en cuenta las desigualdades que se producen a partir de construcciones sociales que atribuyen determinados roles y características a las personas según el sexo y el género.

La perspectiva de la diversidad sexual y corporal entiende que la pluralidad de orientaciones sexuales, identidades de género, así como de las corporalidades mismas, son parte inherente de la condición humana.

Los enfoques de género y diversidad nos desafían a pensar más allá de modelos binarios y unívocos, a cuestionar y desarmar la pretendida existencia de “cuerpos normales”, “sexualidades normales”, “identidades de género normales” sobre las que se basan muchos procesos de discriminación y estigmatización social que también se reproducen en el ámbito de la salud.

Las construcciones de género hegemónicas, estereotipadas y restrictivas afectan gravemente a las mujeres e identidades feminizadas o no binarias, sometiéndolas a situaciones de violencia que dificultan su autonomía y posibilidades de autodeterminación, especialmente en relación con sus cuerpos. **El pensamiento binario y la heterosexualidad obligatoria restringen fuertemente el ejercicio de los derechos** más básicos de personas travestis, trans, no binarias, intersex, gays, lesbianas, etcétera.

Los mandatos de género recaen también sobre los varones, a partir de una imagen estereotipada de la masculinidad que deja afuera aspectos de su desarrollo integral y puede obstaculizar su propio cuidado y el cuidado de otras personas.

Al brindar atención a las personas con discapacidad es muy importante incorporar el enfoque de género y de diversidad. Porque la singularidad de sus experiencias de vida se construye en el cruce de múltiples condiciones, de clase, género, etarias, étnicas, etc., y entre ellas, la condición de discapacidad.

Como veremos a continuación, los estereotipos ligados a las personas con discapacidad hacen variar algunas expectativas respecto de su sexualidad y género.

Hay mandatos que no suelen aplicarse a las personas con discapacidad. Por ejemplo, en el caso de las mujeres con discapacidad el mandato de la maternidad obligatoria funciona de manera contraria, esperando de ellas la no reproducción.

Otro ejemplo de cómo las representaciones sobre la discapacidad pueden condicionar la atención restringiendo el enfoque de género y diversidad aparece cuando, argumentando el uso de lenguaje sencillo y la falta de comprensión de las personas, se exageran el uso de construcciones binarias y estereotipadas de las parejas. Lo mismo ocurre en relación a las identidades de género, y las construcciones sobre el amor, incluso empleando un lenguaje añorado, más que sencillo. Se romantizan y se infantilizan los vínculos, inhabilitando el reconocimiento de otras expresiones sexo afectivas o identitarias de las personas con discapacidad.

Estos estereotipos y prejuicios pueden llevar también a invisibilizar situaciones de abuso hacia o de personas con discapacidad.

En relación a la sexualidad se suele dejar de lado el placer y el deseo y muchas veces, considerando la influencia del entorno, se restringen cruelmente estos derechos.

También es habitual que la discapacidad se ponga como única condición y motivo de la atención de la salud. Las personas con discapacidad, como todas las personas, pueden requerir información y atención ligadas a su orientación sexual o a su identidad de género y pueden atravesar situaciones de violencia basadas en el género. De hecho, según reconoce Naciones Unidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (CDPD): "Las mujeres y niñas con discapacidad experimentan mayor riesgo de sufrir malos tratos, violencia y abuso dentro y fuera del hogar". El hecho de que muchas veces no se les crea o sea compleja la comunicación, representa una mayor vulneración frente a una situación ya de por sí dolorosa y destructiva.

Es necesario reconocer la diversidad humana: corporal, en la comunicación, del modo de moverse, de pensar, de aprender, de percibir. No hacerlo significa asumir una mirada capacitista.

El capacitismo, como sistema de creencias, prácticas, procesos, ideas, instituciones, etc. sobrevalora y favorece características y funcionamientos típicos (o promedio) del cuerpo y de la mente como únicos, valiosos y aceptables y asigna un disvalor a la presencia de una discapacidad.

Si bien el capacitismo impacta en todos los seres humanos, no lo hace de igual forma y su crudeza se exagera contra algunos. **El capacitismo considera que la discapacidad es una condición devaluada y cataloga a las personas con discapacidad como inferiores, lo que genera discriminación y exclusión.**

El capacitismo, como forma de discriminación específica, está menos difundido socialmente que el racismo, el patriarcado y otras formas de opresión, pero es habitual desde los discursos sociales, la difusión mediática, y desde las respuestas de profesionales de distintos ámbitos, como el judicial, educativo y de la salud.

Capacitismo: algunas definiciones²

Fiona Campbell (2001) lo define como una «red de creencias, procesos y prácticas que produce un tipo particular de yo y cuerpo (el estándar corpóreo) que es proyectado como el perfecto, propio de la especie y por lo tanto esencial y totalmente humano. Entonces, la discapacidad se presenta como un estado disminuido del ser humano».

También señala Campbell que «a pesar del poco consenso en cuanto a qué prácticas y comportamientos constituyen capacitismo, es posible afirmar que un aspecto fundamental de la mirada capacitista es la creencia de que la discapacidad –de cualquier tipo– es en sí misma negativa y debería, por consiguiente, ser curada, rehabilitada, incluso, eliminada».

² Compilación realizada en: Álvarez Ramírez, Gloria Esperanza (2023). El capacitismo, estructura mental de exclusión de las personas con discapacidad. Colección Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. Editorial Cinca

Vera Chouinard (1997) define el capacitismo como una «combinación de ideas, prácticas, instituciones y relaciones sociales que presuponen la capacidad y que, al hacerlo, construyen a las personas con discapacidad como “otros” marginados... y mayormente invisibles».

Mientras que para Gregor Wolbring (2008) el capacitismo es «un conjunto de creencias, procesos y prácticas basado en la valoración y el favoritismo hacia ciertas capacidades, que producen una comprensión particular de uno mismo, del propio cuerpo, de la relación con los demás, con otras especies y con el medio ambiente».

El modelo social de la discapacidad

Entender **la discapacidad desde el modelo social** es otro de los pilares de la estrategia de consejería. La perspectiva del modelo social hace foco en las condiciones de exclusión y desigualdad que la sociedad instala y reproduce, que impiden a las personas con discapacidad desarrollarse en todo su potencial y ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con las demás personas.

Incorporar esta perspectiva insta a que la discapacidad sea entendida como una construcción social, resultado de las interacciones entre una persona y un entorno que no la tiene en cuenta.

Este modelo se establece en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que tiene rango constitucional en nuestro país. Este tratado reconoce que **las personas con discapacidad tienen igual dignidad y capacidad jurídica que las demás**, es decir que nadie puede tomar decisiones por ellas. También establece que, para ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con las demás personas, se les debe garantizar la accesibilidad de las comunicaciones y de la infraestructura. Si no está garantizada la **accesibilidad**, los equipos tienen la responsabilidad de realizar **ajustes razonables** para ciertas prácticas. Las personas, además, tienen derecho a requerir **apoyos** para acceder a prestaciones, a la información y decidir con autonomía. Frente a la historia de abusos y de sustitución de la voluntad, se incluye la necesidad de implementar **salvaguardias** cuando se detecte que la voluntad de la persona titular del derecho está o podría estar siendo vulnerada.

Algunos conceptos clave para analizar e implementar las consejerías desde del modelo social de discapacidad

Accesibilidad

La noción de **accesibilidad** hace referencia a que los servicios de comunicación e información, los edificios y otras estructuras estén diseñados y construidos de forma que las personas con discapacidad puedan utilizarlos, acceder a ellos o alcanzarlos.

La accesibilidad es la **condición previa para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad con equidad e implica que la infraestructura, la organización de los servicios de salud, y las comunicaciones hayan sido pensadas y diseñadas desde una perspectiva inclusiva** de derechos de las personas con discapacidad.

Una consejería en salud sexual y reproductiva que incorpore la perspectiva del modelo social de la discapacidad deberá garantizar la accesibilidad física (por ejemplo, camillas, pasillos, escaleras, ascensores, diferentes tamaños de materiales para revisión, etc.), la accesibilidad comunicacional (por ejemplo, en cuanto al lenguaje sencillo, lengua de señas, sistema braille, forma de transmitir información, etc.), y también

en relación con el ejercicio de otros derechos como la privacidad, confidencialidad, dignidad, igualdad. Las medidas deben incluir la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso (Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud).

La accesibilidad comunicacional requiere considerar los formatos en que es brindada la información y los modos de atención.

La comunicación entre la persona usuaria y los equipos o profesionales de la salud es un proceso constante a lo largo de la atención. Lograr un espacio de comunicación requiere considerar a la persona y sus tiempos, el lenguaje verbal y no verbal, la necesidad de habilitar la pregunta, de explicar lo mismo de diferentes maneras. En la atención a personas con discapacidad es fundamental dirigirse a ellas y no a su acompañante si lo tuviera.

Ajustes razonables

Cuando las medidas de accesibilidad no se implementaron o no resultaron suficientes en una situación particular de atención a una persona con discapacidad, el equipo de salud deberá realizar lo que se conoce como ajustes razonables, para garantizar el ejercicio de los derechos de esa persona.

Los ajustes razonables son definidos 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 el ejercicio de derechos (artículo 2 de la CDPD). Puede significar, por ejemplo, la modificación de los espacios de consulta, la adaptación del lenguaje, la prolongación del tiempo de atención y el uso de otros materiales de información para que sean comprensibles, la utilización de formas de comunicación alternativas, entre otras.

Medidas de apoyo

Las medidas de apoyo también son un derecho y tienen como función promover la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad. Puede tratarse del **uso de tecnologías, dispositivos o de la asistencia de una o más personas para que la PCD pueda acceder a prácticas, a información, a espacios y tomar decisiones con autonomía**. La persona con discapacidad puede solicitar las medidas de apoyo y los equipos de salud también deben ofrecerlas.

El apoyo puede ser brindado por una o más personas de confianza de la persona con discapacidad (ya sea de la familia, la comunidad, el equipo de salud o las instituciones de protección de derechos) que le presten la asistencia necesaria para tomar una decisión autónoma y brindar o no su consentimiento.

La o las personas que actúan como apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos. Por regla, las medidas de apoyo deben ser solicitadas y dirigidas por la persona con discapacidad, quien puede decidir poner fin a la intervención de las mismas en cualquier momento.

Los sistemas de apoyo también pueden estar designados judicialmente, es decir, figurar en una sentencia judicial que explicita los términos de la asistencia para la toma de decisiones sobre la anticoncepción. Aun así, también en estas situaciones, la decisión debe ser tomada por la persona titular del derecho.

Salvaguardias

Los equipos de salud tienen la responsabilidad de **garantizar que las decisiones, en el marco de la atención, sean tomadas por la persona titular del derecho**. Las salvaguardias son medidas para evitar abusos y una injerencia indebida en las decisiones por parte de quienes rodean a la persona con discapacidad o ejercen un rol de apoyo, incluso cuando los apoyos los desempeñan integrantes de equipos de salud.

Los equipos de salud deben entonces, poner atención al modo de relacionarse de la persona con discapacidad con la/s persona/s de apoyo. El punto de partida es siempre que quien solicita la atención y la práctica es la persona titular del derecho y que la o las personas de apoyo hacen un acompañamiento para favorecer su autonomía. Es por eso que, **frente a situaciones en las que no quede clara la voluntad de la persona con discapacidad o en las que se detecte un aprovechamiento, violencia, sustitución de la voluntad por parte de quien está ejerciendo el apoyo, el equipo de salud debe generar instancias o mecanismos de atención que se constituirán en salvaguardias.**

Estas medidas buscarán conocer si la persona con discapacidad está de acuerdo con que intervenga la persona de apoyo, si ha tenido algún problema o inconveniente respecto a la práctica sanitaria solicitada, si el vínculo con la persona de apoyo está garantizando el objetivo: que la persona con discapacidad sea acompañada para poder acceder a la información y expresarse sin que se sustituya su voluntad.

Las salvaguardias pueden estar establecidas judicialmente (si se trata de una persona con restricción judicial de la capacidad) y los equipos de salud deben contemplar especialmente su implementación en estas situaciones.

Asimismo, pueden ser procedimientos o medidas que los equipos o instituciones de salud apliquen frente a situaciones de acceso a prácticas sanitarias en las que la persona titular del derecho accede con apoyos elegidos por ella o con apoyos de hecho, ejercidos por familiares o acompañantes.

El equipo de salud deberá indicar en la historia clínica las medidas y las razones de la implementación para asegurar que sean proporcionales a la situación y que no se conviertan en un obstáculo.

No existe un modo único de implementar las salvaguardias. Ellas se definen caso por caso, considerando la particularidad de la persona, la formalidad o no del vínculo con su apoyo, su contexto, las condiciones del centro sanitario, las características de los equipos de salud, entre otras.

Es condición de posibilidad para que puedan existir las salvaguardias que los equipos de salud conozcan los derechos de las personas con discapacidad y reconozcan su rol de garantes de los mismos.

Desafíos para la atención de las personas con discapacidad

Los equipos de salud que brindan atención en salud sexual y reproductiva vienen construyendo estrategias de atención que acompañan transformaciones sociales y culturales. Los logros alcanzados en materia de derechos, a raíz del trabajo y lucha de distintas organizaciones y colectivos, presentan nuevos desafíos tanto en los temas que emergen en las consultas como en los posicionamientos desde los que las personas asisten a las mismas.

De la maternidad/reproducción obligatoria, a la autonomía de los cuerpos y el goce.

De la cisheteronorma, a la visibilización de la diversidad sexual y de género.

De la naturalización de los roles y tareas de género, a la deconstrucción y mirada sobre las violencias.

Estos son algunos de los recorridos, temas y demandas que fueron incorporándose a los encuentros de consejería.

También fueron cambiando las miradas tutelares sobre algunos grupos sociales. Niñeces y adolescencias tomaron un especial protagonismo en las políticas y lineamientos sobre salud sexual, a partir del reconocimiento del interés superior, la autonomía progresiva y la puesta en el centro de temas relevantes como la prevención de la violencia sexual en la infancia, la prevención de los embarazos no intencionales en la adolescencia, entre otros.

Las personas con discapacidad forman parte de los colectivos sociales que vienen luchando para denunciar los paradigmas tutelares y segregatorios que históricamente han obstruido su desarrollo independiente y autónomo.

Brindar atención en salud sexual a personas con discapacidad trae desafíos y responsabilidades a los equipos para poder hacerlo con calidad, de manera integral y con respeto a sus derechos.

Como en cualquier encuentro de consejería en salud sexual, la tarea de la/el profesional o equipo está orientada por la búsqueda de:

- Brindar información adecuada y oportuna.
- Alojar las inquietudes, dudas, deseos y temores, para apuntalar a las personas en su propio cuidado.
- Orientar y facilitar el acceso a determinadas prácticas de cuidados dentro del sistema de salud.
- Acompañar en la construcción de autonomía y en la concientización sobre el ejercicio de los propios derechos sexuales y derechos reproductivos.

Esas tareas, se desarrollan en el marco de un encuentro en el que comprender la singularidad de la persona, su contexto y sus redes de apoyo es central. **En situaciones de atención a personas con discapacidad es necesario tener en cuenta que la persistencia de modelos tutelares puede dificultar el desarrollo de su autonomía.** Que las dudas, inquietudes y deseos pueden verse afectadas por los estereotipos que operan negando su sexualidad. Que al mismo tiempo esto produce que no se garantice el acceso a la información y educación sobre la sexualidad y la reproducción.

Campaña Herramientas para la autonomía: desarrollada e implementada por la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI) implementado en conjunto con FUSA Asociación Civil y el Fondo Fiduciario de la ONU para Eliminar la Violencia contra la Mujer (Fondo Fiduciario de la ONU).

Videos en los que mujeres con discapacidad reflexionan sobre:

Mensajes a familiares y apoyos: https://www.youtube.com/watch?v=_NSVSb3VRno

Infantilización: <https://www.youtube.com/watch?v=CR2W1SHmzTM>

Factores que atenta contra la autonomía – la sobreprotección: <https://www.youtube.com/watch?v=kN8lBeuWT1l>

Factores dificultan la autonomía – dejar Ser / Hacer: <https://www.youtube.com/watch?v=pf4amcUfbAU&feature=youtu.be>

Los modelos tutelares y los estereotipos operantes sobre las personas con discapacidad y su sexualidad están presentes en los profesionales y equipos. Al interior del sistema de salud se suma, muchas veces, una mirada patologizante y rehabilitadora de la discapacidad.

Como ya se señaló, la discapacidad es una construcción social derivada de las barreras que el entorno le impone a las personas con discapacidad. Por lo tanto, proyectar y garantizar espacios de consejería respetuosos de los derechos de personas con discapacidad requiere una revisión crítica de las barreras habituales: físicas, comunicacionales y actitudinales. Algunas barreras son estructurales

y requieren modificaciones y tratamientos institucionales y otras son fuertemente actitudinales y necesitan revisiones y compromisos individuales.

Proponemos hacer ese ejercicio analizando las barreras que pueden presentarse en los distintos momentos del encuentro de consejería.

Las barreras físicas son los obstáculos edilicios o del mobiliario que impiden o dificultan el ingreso, permanencia y egreso de las personas con discapacidad. Ejemplos de estas barreras pueden ser los accesos con escalones, las rampas muy empinadas, la falta de ascensores, pasillos angostos, ausencia de baños para personas con discapacidad u ocupación de los mismos con productos que no se utilizan, muebles o mostradores altos, mamógrafos o camillas que no se pueden regular.

Las **barreras comunicacionales** son las que impiden o dificultan la comunicación. Algunos ejemplos son no contar con intérpretes de Lengua de Señas Argentina, no utilizar lenguaje sencillo, no permitir preguntas ni dar explicaciones de distintas maneras para que las personas comprendan fácilmente, no brindar indicaciones en Braille, caracteres ampliados o documentos en texto plano, no contar con pictogramas u objetos concretos cuando ello sea necesario.

Las **barreras actitudinales** son las que se producen a raíz de concepciones, prejuicios y estereotipos en los que se presupone que las personas con discapacidad no pueden tomar decisiones, que no pueden expresar su voluntad, que no pueden elegir qué método anticonceptivo quieren utilizar, que no pueden elegir si tener o no relaciones sexuales y con quien, que no se dan situaciones en las que las personas con discapacidad en especial las mujeres, pueden ser víctimas de violencia, que no pueden cuidar, etc.

El encuentro de consejería

¿Cuándo un espacio de atención logra tener características que lo definen como una consejería? ¿Qué podemos anticipar y tener en cuenta para que la consejería sea accesible, inclusiva de las personas con discapacidad?

Estas son preguntas necesarias para el equipo de salud. Porque lograr el encuadre de consejería requiere realizar acciones concretas que construyan espacios y tiempos de escucha; que den lugar a las preocupaciones que la persona trae y no impongan interpretaciones; que permitan entender qué es lo que la persona necesita en el proceso de comunicación, qué saberes y herramientas tiene. El modelo de consejería interpela al equipo, además, a generar vínculos intersectoriales, con organizaciones e instituciones que trabajen distintos temas que pueden surgir en la atención y necesitar de abordajes conjuntos.

¡En los próximos apartados trabajaremos sobre la propuesta de organización y armado de espacios de consejería incorporando recomendaciones construidas a partir de las vivencias de personas con discapacidad en la atención de salud. Se trata de sugerencias que fueron tomadas de espacios de taller, formación y capacitación compartidos con personas con discapacidad y de la revisión de documentos y materiales.

Frente al pedido de los equipos de salud, se incluyen algunas recomendaciones que están organizadas teniendo en cuenta la condición de discapacidad (persona ciega, sorda, usuaria de silla de ruedas, con discapacidad motriz, con discapacidad intelectual). Sin embargo, es central señalar que no deben ser pensadas como respuestas generales para todas las personas con una misma condición sino como respuestas posibles que siempre tienen que ser refrendadas con la persona usuaria considerando el punto de partida del modelo de consejería: una atención centrada en la persona (sus necesidades y deseos, teniendo en cuenta su historia personal, sus herramientas, conocimientos, creencias, redes de sostén, etc.).

La recepción

Como en todos los procesos de atención en salud, es importante pensar el rol de los equipos que realizan la recepción de las personas, tanto en el momento en que se dan los turnos o citas, como el día en que asisten a los mismos.

La manera en que se realiza la recepción **puede alojar a la persona o constituirse en una barrera de acceso**. Es por eso que es necesario incluir en las capacitaciones a todos los sectores quienes realizan tareas en el centro de salud y/o conversar y consensuar algunas pautas generales. Porque los prejuicios y modelos tutelares que puedan tener quienes forman parte del equipo se expresan en la forma en la que se brinda la atención.

Es necesario que el personal de maestranza, de seguridad, de administración conozca que las personas con discapacidad son titulares de derecho, que tienen los mismos derechos humanos que todas las personas, que se dirijan a ellas y no a sus acompañantes si los tienen, que les consulten sus necesidades en lugar de suponerlas e imponérselas.

La inclusión de las personas con discapacidad en la consejería empieza desde el primer contacto y recepción. Esto requiere:

- Acordar dentro del equipo procedimientos para dejar asentados los mecanismos de **accesibilidad** (física, comunicacional), los **apoyos** que la persona va a necesitar y/o si es necesario implementar **ajustes razonables** que requieran alguna gestión especial.
- Dialogar con la persona con discapacidad para conocer si requiere que la información esté en algún formato en particular.
- Ofrecer alternativas para brindarle el turno (en papel, a través de mensaje de WhatsApp en imagen, texto o audio).
- En el momento del turno, llamarlas de un modo acorde a sus necesidades.

Ante la idea de que la persona con discapacidad necesita ayuda, lo mejor es acercarse y preguntarle. En caso de que sea aceptada consultarle cuál es la forma adecuada de asistirle. Si rechaza el ofrecimiento, no molestarle.

Si se trata de una **persona ciega**, identificarse mediante la voz antes de tener cualquier tipo de contacto, de lo contrario puede asustarse y resultar invasivo.

Si se trata de una **persona usuaria de silla de ruedas o de talla baja**, es importante que quien realice la recepción y tareas administrativas para darle el turno se aproxime a ella e intente conversar desde la misma altura y no de pie. Generalmente los mostradores son muy altos e inaccesibles en estas situaciones.

Si se brinda un turno a **personas con discapacidad intelectual, psicosocial o neurodiversas**, pueden requerir que se las priorice en la atención, porque la espera podría generarles ansiedad.

Es habitual que se presuponga que las personas con discapacidad deben ir acompañadas. Estas presuposiciones se manifiestan con expresiones de sorpresa o admiración cuando van solas, o "solitas", que pueden resultar ofensivas.

Estar acompañadas es un derecho de las personas con discapacidad, al igual que lo es para las personas sin discapacidad, no es una obligación.

Si la persona con discapacidad está acompañada, dirigirse siempre a ella y no a terceras personas.

Por otra parte, si está con niñas/es/os, es importante nunca adjudicarles un rol de asistentes o intérpretes. Las personas con discapacidad cuidan y crían, y como cualquier otra persona pueden no tener con quien dejar a niñas/es/os a su cargo.

El momento de dar un turno para la consejería a una persona con discapacidad puede ser una oportunidad para consultarle y **conocer si requiere que la información esté en algún formato o solicita algún apoyo en particular** para tenerlo en cuenta al darle el turno e informarlo al equipo o profesional que realizará la consejería.

Forma parte de los desafíos de organización del efector de salud que puedan **acordar procedimientos para** que, luego de dialogar con la persona con discapacidad, el personal administrativo pueda **consignar y dejar asentado cuáles son los mecanismos de accesibilidad y de apoyo que va a necesitar.**

Si se trata de una **persona ciega**, se podrá consultar si cuenta con posibilidad de acceder a mensajes de audio a través del teléfono celular, o utiliza lectores de pantalla. Esto permitirá adelantarse a estas necesidades. Además, dejar asentado que la persona es ciega permitirá que el día que vuelve al turno se la llame en voz alta o se la busque y acompañe, evitando que dependa de sistemas de llamado por pantallas.

En general las personas ciegas pueden desplazarse con autonomía por los espacios. Se puede ofrecer guiarlas para facilitar y agilizar su traslado, considerando que pueden no conocer el camino y en ocasiones, la multiplicidad de pasillos y consultorios complica la localización del destino. Para ello solo es necesario colocarse al costado o por delante y permitir a la persona tome su hombro o brazo. No es necesario el uso de camillas o sillas de ruedas y nunca se debe agarrar el bastón ya que es un elemento de la persona para guiarse.

Si la persona es sorda es importante preguntarle si puede comunicarse de manera escrita, si se comunica a través de lectura labial, si piensa que irá a la consulta con alguien que hará de intérprete en lengua de señas o requiere que haya intérprete. En estas situaciones se debe garantizar que se llame a la persona con un sistema visual o se la busque y acompañe, sin que dependa del llamado sonoro.

Las distintas situaciones permitirán ir identificando si es necesario realizar adaptaciones para que la atención sea de calidad y en condiciones de igualdad.

Algunos de los **ajustes razonables** pueden estar relacionados con **los tiempos de atención**. Si el equipo no tiene experiencia en compartir el espacio de consejería con personas sordas o ciegas, quizás es conveniente reservar un turno doble. Ampliar los tiempos puede ser necesario, también, con personas con discapacidad intelectual o psicosocial. Además, se puede ofrecer más cantidad de encuentros para conocerse y generar confianza.

Es igualmente necesario identificar si la persona tiene posibilidades de asistir a más de una consulta o debemos aprovechar al máximo ese encuentro para darle la información imprescindible según sus necesidades, anticipando que pueda negarse a volver o presentar dificultades externas para hacerlo.

Otras adaptaciones pueden relacionarse con **el espacio de atención**. Si la persona es usuaria de silla de ruedas y el consultorio es pequeño o no permite su ingreso (por el tamaño de la puerta o porque para llegar haya que usar escaleras u otra razón), hay que anticiparse a ello y resolver en qué espacio se dará atención, que garantice la privacidad y cuente con los elementos necesarios para el momento de la asesoría. Lo mismo puede ocurrir con personas con discapacidad motriz en general.

Organización y encuadre para una consejería accesible

Como se desarrolla en el Cuadernillo sobre Consejerías en salud sexual y reproductiva de la DNSSR (Msal, 2018), para la entrevista de consejería es imprescindible disponer de un espacio que cumpla con algunos mínimos requisitos que garanticen la **privacidad**, como por ejemplo que la puerta debe poder cerrarse y no debe ser un lugar de tránsito del personal de salud.

También se recomienda que se usen carteles que indiquen de manera amigable y sencilla la necesidad de que no se interrumpa.

Para evitar interrupciones por parte del personal de salud, se pueden poner buzones o cajas y acordar que allí se coloquen las interconsultas e historias clínicas, etc., y así se evite el ingreso durante la consejería.

La **adaptación del espacio** de atención puede ser necesaria para garantizar la accesibilidad de personas con discapacidad. Si se busca un espacio alternativo porque el consultorio es inaccesible a la persona, este debe preservar la privacidad.

Ordenar los elementos que se puedan precisar para la consulta es otra tarea relevante, así como pensar en los **formatos para una comunicación accesible**. Incorporar la perspectiva del modelo social de la discapacidad supone el desafío de sumar recursos.

Hacernos la pregunta sobre quiénes pueden acceder a los materiales informativos y didácticos que se usan habitualmente para hacer comprensibles las explicaciones, permite buscar formatos alternativos o adaptar los existentes.

Desarrollar vínculos con organizaciones de personas con discapacidad permite, entre otras cuestiones, conocer los recursos de comunicación con los que cuentan: materiales en lectura fácil, impresoras Braille o materiales en Braille, personas que realizan interpretación en lengua de señas argentina, videos en lengua de señas argentina, materiales tridimensionales, dibujos y pictogramas, etc. (Ver en la Parte 2 las estrategias para realizar mapeos)

Existe folletería en formato digital que es accesible con lectores de pantalla que pueden usar las personas con discapacidad visual para conocer el contenido.

Tener armado un conjunto de muestras de métodos anticonceptivos resulta de mucha utilidad, en particular como recurso para trabajar con personas con discapacidad intelectual que requieren el uso de elementos concretos.

Algunos materiales de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Folleto Interrupción del embarazo con medicamentos

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/folleto-interrupcion-del-embarazo-con-medicamentos>

Accesible con lectores de pantalla - Video en LSA

Folleto Interrupción del embarazo en el sistema de Salud con medicamentos

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/interrupcion-del-embarazo-en-el-sistema-de-salud>

Accesible con lectores de pantalla - Cuenta con código QR - Video en LSA

Afiches IVE/ILE

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/afiche-iveile-0>

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/afiche-iveile>

Accesibles con lectores de pantalla - Cuenta con código QR -Video en LSA

Folleto Interrupción del embarazo en el sistema de Salud

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/interrupcion-del-embarazo-con-medicamentos-tratamiento-combinado-mifepristona-y-misoprostol>

Accesible con lectores de pantalla - Cuenta con código QR Video en LSA

Información para acceder a la ligadura de trompas uterinas. Formularios para firmar el consentimiento informado. Cuadernillo redactado en lectura fácil. Realizado junto con la asociación civil Lengua Franca en alianza con UNFPA Argentina.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-ligadura-de-trompas-uterinas-formularios-para-firmar-el>

Accesible con: Lectores de pantalla - en Lectura Fácil – Video en LSA, Con subtítulo y Locución

Información para acceder a la vasectomía. Formularios para firmar el consentimiento informado. Cuadernillo redactado en lectura. Realizado junto con la asociación civil Lengua Franca en alianza con UNFPA Argentina.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-vasectomia-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado>

Accesible con lectores de pantalla - en Lectura Fácil – Video en LSA, Con subtítulo y Locución

Videos serie Derechos sexuales y reproductivo: Métodos anticonceptivos

<https://www.youtube.com/watch?v=ILFaypMbzx8>

Accesible con Subtitulado, Locución y LSA

Videos serie Derechos sexuales y reproductivo: Anticoncepción Hormonal de Emergencia

<https://www.youtube.com/watch?v=AvDfKuQzZj8>

Accesible con Subtitulado, Locución y LSA

Videos serie Derechos sexuales y reproductivo: Interrupción del embarazo

<https://www.youtube.com/watch?v=LBUGtlenHPs>

Accesible con Subtitulado, Locución y LSA

Videos serie Derechos sexuales y reproductivo: Abuso sexual y embarazo forzado

<https://www.youtube.com/watch?v=AyEjfUMu5Do>

Accesible con Subtitulado, Locución y LSA

Revista “Cambios que se ven y se sienten. Educación sexual integral. Para saber más sobre la pubertad”

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/cambios-que-se-ven-y-se-sienten-educacion-sexual-integral-para-saber-mas-sobre-la-pubertad>

Accesible con lectores de pantalla.

Folleto Salud Menstrual

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/salud-menstrual>

Accesible con lectores de pantalla.

Pensar la **organización interna del espacio** es fundamental. La distribución de mesas, sillas y otros muebles e instrumentos de trabajo puede facilitar o dificultar el desarrollo y el clima del encuentro. Procurar que el espacio sea amplio para personas usuarias de sillas de ruedas, que haya un espacio al alcance de las personas en el que puedan dejar las ayudas técnicas (muletas, bastones, caminadores, etcétera).

Si se trata de personas con discapacidad visual, tener presente despejar el espacio para evitar que haya cosas en el suelo, sillas corridas de delante de las mesas, cajones abiertos, ventanas abiertas hacia adentro, percheros en lugares donde puedan golpearse u otros elementos que puedan resultar un obstáculo.

También es importante que haya espacio para que la persona con discapacidad ingrese con una persona de apoyo si así lo solicita.

La disposición del espacio debe permitir la cercanía del vínculo con la persona usuaria. Poder mirarla y hablarle de frente es un paso previo para lograr la comunicación.

Se debe procurar estar cerca y a la misma altura para tener contacto visual, que la persona pueda observar los movimientos de la boca, que pueda escuchar con claridad.

El modo en que se puede intervenir en el espacio para que se vuelva cómodo y facilite el vínculo, puede variar. Por ejemplo, contar con un escritorio que separe a quien atiende de la persona usuaria puede dar seguridad y encuadre, pero sentarse del mismo lado también puede generar confianza. Otro ejemplo, que surgió en consejerías en hospitales monovalentes de salud mental, fue reparar en situaciones en las cuales las personas usuarias no podían conversar en el consultorio, pero sí lo hacían si podían salir a caminar por las inmediaciones del efector.

La preparación del espacio y los recursos son acciones previas al desarrollo del encuentro de consejería.

El tiempo es otro aspecto central, tanto en lo referido a la organización del efector de salud, como en lo que dura la consulta o la planificación del mismo durante la consejería.

El encuentro de consejería debería permitir la construcción de un vínculo de confianza, el intercambio, la expresión de dudas, la realización de preguntas, la evaluación de opciones y la toma de decisiones.

La entrevista

Tal como se afirma en el Cuadernillo de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR 2018), el modelo tradicional de atención organiza la consulta con algunos elementos invariables: el motivo de consulta, un interrogatorio basado en ese motivo, el examen físico, la presunción y estrategia diagnóstica, y la indicación de tratamiento.

En el modelo de consejería, **varios momentos flexibles se articulan en base a la comunicación entre profesional y persona usuaria**. El eje estructurante es el vínculo que se construye en el encuentro o en los sucesivos encuentros.

La posibilidad de comunicarse con la persona es una precondition para poder construir ese vínculo de confianza. Y esta suele ser una traba que plantean los equipos de salud cuando tienen que brindar atención a personas con discapacidad.

Muchas veces las situaciones de atención de las personas con discapacidad son presentadas por equipos o profesionales como situaciones “inabordables” o como si no hubiera posibilidad de ningún tipo de comunicación. Y esto muy pocas veces es así.

Sucede que, ante el desconocimiento o falta de herramientas se tiende a afirmar que es imposible de comunicarse sin ni siquiera haberlo intentado.

Es necesario insistir con que la comunicación es un desafío e involucra los mundos de sentido de quienes se encuentran. La pregunta por cómo comunicar, la pregunta por los tiempos necesarios para comprender/comprenderse durante el encuentro debe recorrer no solo la entrevista sino los espacios de reflexión de los equipos de salud.

Este desafío se torna más grande aun si el equipo de salud no conoce el modo de comunicación de quien consulta. Esto puede pasar con personas ciegas, personas sordas, personas con discapacidad intelectual o psicosocial, entre otras. Pero la peor opción, la que niega los derechos de las personas con discapacidad, es la de negar la atención.

Algunas claves sencillas para construir este espacio de intercambio pasan por consultarle a la persona qué necesita para poder comunicarse, qué puede hacer el equipo para favorecer el intercambio, si la persona requiere algún apoyo, cuál, etc. Si la persona con discapacidad viene a la consulta con una persona de apoyo, se puede entablar una conversación con ambas sobre lo que el equipo puede hacer para favorecer la comunicación. Siempre dirigiéndose a la persona con discapacidad, nunca hablando de ella como si no estuviera presente.

También puede ocurrir que, a la hora de comunicarse, las familias funcionen como apoyos y sea complejo discernir si transmiten realmente lo que la persona quiere. Allí, es necesario buscar modos para dilucidar cuál es la voluntad de la persona consultante y si está eligiendo esos apoyos o sólo se desempeñan como tales porque no hay otra opción.

Es importante transmitir a las familias que las personas con discapacidad tienen el derecho de ingresar solas a la consulta, especialmente en temas tan íntimos como la sexualidad.

Algunos equipos organizan paralelamente estrategias para trabajar con las familias sobre los derechos, ya que en muchos casos no son conocidos.

Construir redes con organizaciones de personas con discapacidad e instituciones que trabajan por sus derechos permite contar con recursos, asesoramiento y acompañamiento, para garantizar siempre el acceso a derechos, la no judicialización de la atención, la presunción de la capacidad de las personas, y el fortalecimiento de su autonomía (ver en la Parte 2 - Mapeo).

Frente a las dificultades en el abordaje y la atención es importante preguntarse si la complejidad está en la persona con discapacidad o en la falta de recursos de las instituciones. Y desde ahí construir demandas institucionales, articulaciones intersectoriales y alianzas con organismos de derechos humanos y organizaciones de personas con discapacidad.

Además, propiciar espacios de reflexión de los equipos de salud permite intercambiar sobre los tiempos de la atención, el modo de entablar la comunicación con la persona, la modificación situacional para garantizar la accesibilidad, cómo adoptar una mirada atenta a qué es aquello que la incomoda y qué necesita para sentirse tranquila.

Momentos en la entrevista

Considerando estos aspectos centrales la entrevista de consejería incluye algunos momentos que no deben omitirse:

La presentación mutua; la identificación de necesidades y temas a trabajar; el intercambio de información y toma de decisiones; la definición de acciones para implementar las decisiones; el cierre del encuentro y proyección; el registro de la entrevista.

1. Presentación

El primer momento del encuentro de consejería es el de la presentación mutua y el encuadre por parte de la o el profesional.

Recibir a la persona y construir el primer encuentro es parte de los objetivos explícitos del equipo o profesional de la salud. En esos primeros momentos se construye la predisposición mutua y la posibilidad de establecer un vínculo de confianza.

En situaciones de atención a personas con discapacidad, será necesario prestar **especial atención al modo en que interactuamos para evitar caer en estereotipos que las afectan y vulneran**. Por ejemplo, no usar diminutivos que tienden a infantilizar ("sentate en la sillita"), no presuponer que tienen que estar acompañadas ("¿viniste solita?") y, si están acompañadas, dirigirse siempre a ellas y no a su acompañante.

Al momento de presentarse, lo más práctico es preguntar a la persona usuaria cómo quiere ser llamada.

Al presentarse el o la profesional es importante que realice el encuadre de la consejería. Compartir su función y cuáles son los objetivos del espacio: brindar información, atendiendo a las necesidades de la persona que consulta, para acompañarla en la toma de decisiones autónomas en relación a su salud.

Es necesario explicitar la confidencialidad del espacio, para que la persona pueda expresar sus creencias, sus saberes y preferencias. Y aclarar que solo tiene que compartir lo que desee. En el caso de las personas con discapacidad, esto cobra especial importancia porque las familias suelen incidir en todos los aspectos de su vida, careciendo muchas veces de privacidad y de momentos y espacios de intimidad.

Si la **persona usuaria usa silla de ruedas**, es importante consultarle si necesita ayuda para desplazarse hasta el consultorio. No mover la silla sin expreso permiso de la persona. Además, conversar cuando la o el profesional pueda sentarse para estar ambos en una altura equivalente, ayuda a construir un vínculo de cercanía.

Si se trata de una **persona ciega** es necesario identificarse inmediatamente, antes de tener cualquier tipo de contacto. En ocasiones las personas tienden a levantar la voz para dirigirse a las personas ciegas o con disminución visual, y eso no es necesario. Otras cuestiones a tener en cuenta son: no tocar su bastón, pues es parte de su esquema corporal; para indicarle dónde sentarse, guiar su mano hacia el respaldo del asiento; siempre avisarle cuando el o la profesional llega al espacio o se retira, para que no se quede hablando sola/e/o.

Si quien va a la consulta es una persona sorda o con discapacidad auditiva es importante mantener siempre el contacto visual. Ser expresivo al hablar, pero no exageradamente, para que puedan identificar los sentimientos y el tono con el que se está hablando. Evitar comer, fumar o masticar chicle cuando se

habla con ella y nunca taparse la boca, para favorecer la lectura de labios. Tampoco darse vuelta en la conversación. Hablar en forma clara y natural, pronunciando bien, no deletreando o muy pausado. No elevar el tono de voz ni gritar, ya que también dificulta la lectura labial por la deformación de la cara. Es importante no asumir que todas las personas sordas o hipoacúsicas leen los labios.

Si la persona cuenta con la asistencia de intérprete u otra persona que interpreta, dirigirse a la persona sorda y no a quién la acompaña.

Si se recibe a una persona con discapacidad intelectual es importante contemplar y anticipar que puede realizar movimientos, sonidos o expresiones bruscas, repentinas e involuntarias, para evitar reacciones que puedan generar incomodidad y un clima que no favorezca la atención.

Tener presente que las personas con discapacidad intelectual suelen tener una dinámica más lenta para comunicarse, usan frases cortas y requieren de preguntas que les permitan elaborar un discurso. Por eso es necesario respetar su ritmo y hacerles preguntas concretas y claras. Evitar la presencia de objetos que puedan distraerles, ya que al igual que quienes presentan neurodiversidad, pueden dispersarse.

Además, no es correcto tratar a una persona adulta con discapacidad intelectual como si fuera niña. Es necesario tener en cuenta su edad y sus posibilidades.

Al igual que con todas las personas, si se encuentra acompañada, se le debe hablar a ella primero. Y sólo de considerarlo realmente necesario, en una segunda instancia, dirigirse a quien acompaña.

Consideraciones sobre la atención de personas con discapacidad intelectual

Es común todavía escuchar que se refieran a personas con discapacidad intelectual como personas con una edad mental de equis años. Esta concepción convierte a las capacidades cognitivas e intelectuales en el modo absoluto de definir lo que las personas son y adquieren a lo largo del tiempo. Además de ser una perspectiva capacitista, anula muchas otras cualidades que hacen a nuestra experiencia vital como personas. Referir a una "edad mental" desconoce lo que cada quien va transitando, y como se van construyendo habilidades sociales, afectivas, entre otras, que entran en juego, junto con lo intelectual, en los procesos de toma de decisión. Es por eso que, como en todos los encuentros de consejería, habrá que centrarse en la persona. La historia de vida de las personas con discapacidad intelectual puede favorecer o dificultar los procesos de autonomía y el modo en que se construya el espacio de consejería puede contribuir con su fortalecimiento.

Las personas con discapacidad intelectual pueden requerir de preguntas directas para elaborar un relato. Es un desafío que las preguntas le sirvan para contar lo que necesita y que el equipo busque validar lo que interpreta a través de nuevas preguntas.

Si queremos saber si la persona necesita información sobre métodos anticonceptivos, algunos ejemplos de preguntas que podemos hacer son:

¿Sabés cómo se produce un embarazo? ¿Tenés relaciones sexuales? ¿Con varones? ¿Con mujeres?
¿Sabés cómo cuidarte para no quedar embarazada? ¿Sabés cómo cuidarte para evitar un embarazo?
¿Cómo?

También es importante preguntarle: Si no querés tener relaciones sexuales, ¿Decís que no a la persona que quiere tener sexo con vos? ¿Cuál es su reacción? ¿Sabés la diferencia entre tener sexo y la violación?

¿Sabés lo que son las infecciones de transmisión sexual? ¿Cómo podés cuidarte para no contagiarte cuando tenés relaciones sexuales?

2. La identificación de necesidades y temas a trabajar

Tal como se afirma en el cuadernillo de Consejería de la DNSSR, luego de la presentación y encuadre, el desafío será que la persona pueda compartir cuáles son sus necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Luego, en función de su urgencia, posibilidad y deseos se definirá en conjunto cuáles se abordan en lo inmediato y cómo se construye una estrategia que incluya los temas planteados.

La escucha activa y la capacidad de generar preguntas abiertas abren la posibilidad de expresión de las necesidades y deseos, se habilita que circule la palabra y puede surgir lo que la persona necesita.

Preguntas simples y abiertas como: "¿Cómo estás?", "¿qué te trae por acá?", "¿hay otras cosas que te estén preocupando?", "¿algo que quieras contarme?", pueden dar lugar al relato de situaciones que deben poder contenerse.

Es imprescindible tratar de responder a los pedidos y necesidades de las personas, pero teniendo el cuidado de no interpretar lo que necesitan ni apurar sus decisiones. El proceso necesario para tomar decisiones requiere un tiempo diferente para cada persona que no debe apresurarse. Las determinaciones se sostienen cuando se toman de manera segura, autónoma y sin coerciones.

El encuentro de consejería busca trabajar sobre lo que la persona trae y le preocupa partiendo de sus saberes y experiencias previas. Desde allí, brindar información científicamente validada, abrir y evaluar en conjunto las opciones para dar respuesta a sus necesidades fortaleciendo la decisión autónoma.

Al preguntar a personas con discapacidad intelectual, es necesario que las preguntas sean lo más concretas posibles, evitando el lenguaje abstracto y preguntando de manera tal de lograr que la persona pueda relatar situaciones que le preocupan, temas sobre los cuales requieren información o situaciones de violencia que pueda estar viviendo. El desafío es apoyar a la persona que consulta para que se exprese sin ponerle palabras a su relato, que quizás no quiera expresar, pero propiciando que pueda recibir la información que necesita. Quizás se deba planificar varios encuentros y trabajar en cada uno de ellos, un tema específico para no brindar información confusa.

Este proceso de conocer a la persona, sus redes y herramientas y ofrecer información, tendrá que estar atravesado por la pregunta por la accesibilidad. El uso del lenguaje sencillo, el ritmo ajustado a las necesidades de la persona, la utilización de dibujos, láminas, pictogramas, objetos concretos como muestras de métodos anticonceptivos, entre otros recursos, pueden favorecer la comprensión.

Cuando se recibe a una persona con discapacidad, preguntarle qué necesita para una comunicación adecuada es un paso fundamental. Es probable que en la medida en que los equipos vayan teniendo más experiencia en la atención a personas con discapacidad puedan ir identificando necesidades en relación a los recursos comunicacionales y pedagógicos o incluso al instrumental o mobiliario. Esto propiciará la construcción de estrategias de atención específicas, así como la articulación de redes interinstitucionales y con otros actores de la comunidad.

Es importante considerar que lo que funciona con una persona no necesariamente funciona con otra. E incluso, puede ser necesario poner en juego distintas estrategias o encuentros con una misma persona para generar un espacio donde se establezca una comunicación.

Además, es preciso insistir en el trabajo propio que el equipo de salud debe hacer para revisar de manera permanente sus miradas y prejuicios sobre la discapacidad y que estos no afecten los derechos de las personas.

3. El intercambio de información y toma de decisiones

Una vez identificados los temas, el encuentro buscará brindar a la persona la información actualizada, clarificar opciones disponibles, y acompañarla, sin invadir, para que pueda tomar decisiones.

En ese proceso de conversación se buscará:

Partir de los conocimientos, preguntas y herramientas que trae la persona usuaria.

Brindar información clara, actualizada y en lenguaje sencillo.

Usar recursos que puedan facilitar la comprensión: láminas, dibujos, videos, maquetas, objetos, pictogramas, etc.

Prestar atención al ritmo de la persona para dar la información y habilitar sus comentarios para que pueda hacer preguntas y plantear dudas o temores.

En las situaciones de atención a personas con discapacidad, tal como se desarrolló antes, la accesibilidad comunicacional es una condición previa. E incluso, antes que esta, tener la intención comunicativa es central. La pregunta sobre cómo prefiere la persona que se le brinde la información no puede faltar.

Los modelos tutelares y rehabilitadores sobre la discapacidad aún vigentes provocan entre otras cuestiones, que las personas no accedan a la educación sexual y a información sobre su cuerpo.

En ocasiones, la necesidad de apoyos múltiples y permanentes, que puedan tener algunas personas con discapacidad lleva a que no se fomente su autonomía. También suele ocurrir que las familias las sobreprotejan. Es así que muchas veces, son las familias o cuidadores quienes toman decisiones sobre las vidas y cuerpos de las personas con discapacidad.

Es por eso que el rol de promoción de la autonomía por parte de los equipos de salud es muy importante.

Otro aspecto para tener en cuenta es que los temas a abordar pueden requerir de reflexiones e indagaciones por parte del equipo de salud. En general, se pueden abordar temáticas como:

- Conocimiento del cuerpo y órganos sexuales
- Fisiología de la sexualidad y la reproducción
- Salud Menstrual
- Métodos anticonceptivos
- Diversas prácticas sexuales
- Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Prácticas de cuidado
- Derechos sexuales y derechos reproductivos
- Sexualidad y placer
- Situaciones de violencia e inequidades de género
- Interrupción del embarazo IVE-ILE
- Orientación sexual e identidad de género
- Procesos de hormonización o de cirugías de modificación corporal
- Reproducción médicamente asistida

En la atención a personas con discapacidad es posible que los equipos tengan que aprender otros aspectos sobre temas de sexualidad y reproducción sobre los que habitualmente se consideran formados o pensar adecuaciones en las prácticas.

Por ejemplo:

¿Cómo abordar el conocimiento del cuerpo en personas con corporalidades diferentes? ¿Cómo puede afectar a las personas la construcción social de cuerpos “normales” y “anormales”?

¿De qué modo la diversidad corporal puede afectar la relación con el cuerpo propio, con el deseo y el placer?

¿Cómo trabajar sobre las prácticas de cuidado si la persona requiere de apoyos para los mismos?

¿Cómo conversar sobre las prácticas sexuales si la persona necesita asistencia o el uso de elementos de apoyo para las mismas?

La normalización de los cuerpos y la construcción de modelos de belleza excluyentes de las mayorías pueden producir mucho sufrimiento. Esta consideración, que vale para todas las personas, puede tener un peso mayor si se trata de personas con discapacidad ya que suelen persistir miradas sobre sus cuerpos como si fueran “deficientes” o “fallados”.

Al trabajar sobre temas relacionados al cuerpo y al goce, es importante saber que muchas personas con discapacidad relatan haber pasado años creyendo que nadie las desearía o pensando que eran incapaces de sentir placer.

Asimismo, incluir en la formación y reflexión de los equipos información sobre el uso de elementos ortopédicos, de objetos que facilitan movimientos o de personas que asisten en las prácticas sexuales, permitirá acompañar procesos y fortalecer la autonomía de las personas con discapacidad.

Si se trabaja sobre métodos anticonceptivos es necesario considerar los criterios médicos de elegibilidad, como en todas las personas, y luego brindar información amplia sobre los métodos disponibles pensando en conjunto cuáles pueden darle mayor autonomía y comodidad.

En el mismo sentido, puede ser necesario repensar aspectos ligados a la salud menstrual y al manejo del sangrado. Preguntar cómo vive el momento de la menstruación, qué información tiene, qué método de gestión menstrual utiliza, si está cómoda, si puede usarlo por sí misma o requiere apoyos, si recibió explicación sobre cómo utilizarlo y cambiarlo.

Brindar información completa sobre el acceso a los productos de gestión menstrual para que la persona pueda considerar cuál se adecua mejor a su cuerpo, gustos y necesidades, considerando los pertinentes ajustes razonables. En algunos casos, es necesario contar con elementos concretos para que las personas con discapacidad puedan conocer qué forma tienen y pensar cómo sería utilizarlos.

La ropa interior menstrual puede ser una buena alternativa para **personas con discapacidad física**, ya que la simpleza de su colocación puede otorgar mayor autonomía. Otros métodos como el tampón o la copa menstrual pueden requerir de entrenamiento o apoyo para aprender a usarlo o para su colocación.

Considerar que incluir otras percepciones en la descripción sobre la menstruación (el olfato, el peso, el tacto) puede ser de utilidad para personas con discapacidad visual, o para fortalecer los recursos pedagógicos, en general.

4. La definición de acciones para implementar las decisiones

Durante este momento se explicitan las decisiones tomadas por la persona y se clarifican los pasos necesarios para su materialización.

La llegada a la toma de decisiones forma parte del **proceso de consentimiento informado**, que recorre toda la consulta y está enmarcada en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente. Es el proceso por el cual, la persona recibe información completa, en un formato adecuado a sus necesidades, tiene la posibilidad de hacer preguntas, plantear sus dudas y acepta determinados insumos o procedimientos, conociendo las posibilidades y riesgos.

En la mayoría de las situaciones el consentimiento informado es un proceso que concluye con una decisión expresada por la persona, que la o el profesional consigna luego en la historia clínica.

Solo en algunas situaciones debe ser otorgado por escrito. Estas son las que implican internación, intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo (art.7 Ley 26.529).

El consentimiento informado es indelegable, puesto que el derecho a la salud es personalísimo. Es decir, no puede ser ejercido por ninguna otra persona en nombre de su titular. Por ello, **todas las personas con y sin discapacidad, cualquiera sea su edad, deben brindar personalmente su consentimiento libre y voluntario para acceder a prácticas o insumos de salud.**

Edades para el consentimiento autónomo

A partir de los 16 años: las personas tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo. Es decir, pueden consentir autónomamente (sin el acompañamiento de ninguna persona) toda práctica vinculada a su salud y a su cuerpo.

Entre los 13 y 16 años las personas adolescentes: pueden decidir de manera autónoma, sin necesidad de asistencia de personas adultas, sobre prácticas y tratamientos que no impliquen riesgo grave para su salud. Los métodos anticonceptivos transitorios (incluyendo los implantes y los dispositivos intrauterinos) no son prácticas que comprometan el estado de salud, por lo tanto, desde los 13 años pueden acceder en forma autónoma, sin autorización ni acompañamiento de adultos, a todos los métodos anticonceptivos reversibles, incluso los de larga duración.

El art. 59 del CCyC, indica que en los casos en los que el consentimiento deba brindarse con la asistencia de personas adultas, estas podrán ser personas que ejerzan formal o informalmente, tareas de cuidado (Resolución 65/2015 Min. de Salud).

Si se produjeran controversias o desacuerdos entre las personas adolescentes y quienes deben asistirlos, se deberán resolver en el ámbito sanitario, considerando la satisfacción del interés superior de niñas/es/os. Es decir, buscando siempre la máxima satisfacción, integral y simultánea de sus derechos y garantías.

Niñas/es/os menores de 13 años: puedan brindar su consentimiento con la asistencia de personas adultas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado elegidas por las niñas/es/os. La ley establece el acceso a la información sobre salud sexual que se solicite y a preservativos; y también el acceso a los demás anticonceptivos considerando su autonomía progresiva y su interés superior.

En la atención en salud, muchas veces, los equipos o profesionales actúan contrariamente a lo establecido por la ley. Esto se traduce en una presunción de incapacidad de las personas con discapacidad.

La Resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación es una herramienta fundamental para orientar la práctica de los equipos teniendo en cuenta los derechos de las personas con discapacidad en materia de capacidad, apoyos, ajustes razonables y salvaguardias en la atención de salud.

Resulta central que los equipos tengan claro que todas las personas con discapacidad, sin excepción, tienen derecho a brindar su consentimiento informado por sí mismas y en igualdad de condiciones con las demás personas. Tienen derecho, además, a la accesibilidad (del entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones), a los ajustes razonables si la accesibilidad no está garantizada o es insuficiente en algún caso particular, y a contar con apoyos si la persona lo solicita. Garantizar estas condiciones para el acceso de derechos es una responsabilidad de los equipos.

Capacidad jurídica de las personas con discapacidad

De acuerdo al artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidad deben tener igual reconocimiento como persona ante la ley. Tienen derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. Asimismo, de acuerdo a los artículos 22, 23 y 31 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC), la capacidad para el ejercicio de los derechos corresponde a todas las personas por igual.

Los artículos 31 y 32 del CCyC, establecen la excepcionalidad de las restricciones de la capacidad, su carácter específico ligado a actos determinados y su transitoriedad. Es decir, las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se establecen en beneficio de la persona y no para limitar sus derechos. Esto implica, tal como lo aclara la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación que “todas las personas que no han recibido una sentencia de restricción de la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud, deben ser tenidas por capaces en el sistema de salud”. Por lo tanto, si se tratara de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la misma no refiere al ejercicio del derecho a la salud, puede prestar su consentimiento informado sin ninguna restricción.

Si la persona que accede a la consejería en salud sexual y reproductiva tiene una sentencia judicial firme y vigente que restringe su capacidad jurídica de decidir de manera autónoma y designa un apoyo para la toma de decisiones en lo referente a su salud, el consentimiento informado debe ser prestado por la persona, con la asistencia prevista por el sistema de apoyos, de acuerdo al artículo 32 del CCyC.

Es clave entender el concepto de restricción o limitación a la capacidad jurídica, porque el término puede sugerir erróneamente que cuando se establece, la persona no puede ejercer sus derechos o no puede decidir y esto no es así. En realidad, cuando se establecen este tipo de excepciones, judicialmente se busca designar la/las mejor/es estrategias (personas o medidas de apoyo y salvaguardias) para asegurar las condiciones que permitan que la persona pueda ejercer sus derechos de forma autónoma. No es un impedimento al ejercicio de sus derechos.

Entonces, una vez que la persona toma una decisión en el marco de la consejería, es necesario definir las acciones para llevarlas a cabo. Si eligió un método anticonceptivo, es importante brindárselo en el momento junto con información sobre el mismo en un formato accesible a la persona. Si esto no es posible, informarle cuáles son los pasos para acceder.

Si es necesario derivar a la persona a otro servicio o profesional, esta debe ser acompañada y remitida a personas de referencia. Por ejemplo, si la persona quiere acceder a un proceso de hormonización; o iniciar un tratamiento de fertilización asistida; acceder a asistencias por situaciones de violencia; acceder a procedimientos diagnósticos de ITS, entre muchas otras situaciones posibles.

En todas estas acciones quien brinda la consejería tendrá en cuenta la accesibilidad comunicacional y del entorno físico. La articulación con otros servicios y profesionales deberá incluir la transmisión de esta información para que la persona con discapacidad que requiera que la información sea brindada en formatos específicos o con apoyos definidos no tenga que empezar los procesos de cero.

5. El cierre del encuentro y proyección

El cierre de la entrevista de consejería es un momento que sirve para repasar lo trabajado, lo definido por la persona, las tareas o temas pendientes y si se establecen futuros encuentros.

Si se evalúa en conjunto que es necesario volver a encontrarse es importante considerar junto a la persona las barreras que pueda tener para repetir una consulta (su autonomía o sus redes para poder desplazarse), garantizarle un turno programado, comunicarlo al equipo de administración para que la recepción sea adecuada a sus necesidades, y planificar si será necesario buscar materiales de comunicación en formatos accesibles.

También se pueden brindar datos de contacto del efector y/o de **la línea de Salud Sexual 0800-222-3444**.

También pueden recomendar la descarga en el celular de la aplicación **Nuestra Decisión**, desarrollada por la Red por los Derechos de Personas con Discapacidad (REDI). Es una App accesible, escrita en lenguaje sencillo que reúne información sobre atención en salud y ante situaciones de violencia. También ofrece lugares de atención según geolocalización y permite enviar mensajes de alerta.

6. El registro de la entrevista

Es importante realizar el registro de la consulta en la historia clínica, dejando asentada la información sobre lo trabajado, las decisiones tomadas o las dudas con las que se retiró la persona usuaria para seguir pensando, así como las acciones pendientes. Este registro apuntala el próximo encuentro y ayuda a sostener el hilo del vínculo en futuros y sucesivos momentos de atención.

El registro de la condición de discapacidad sigue siendo un déficit importante de los efectores de salud. Generalmente, los servicios solo registran si la persona cuenta o no con Certificado de Discapacidad (CUD), lo cual sigue reproduciendo una perspectiva médica sobre la discapacidad omitiendo información relevante para garantizar una atención integral a la persona.

Entre otras cuestiones **se puede registrar cuáles son las necesidades de la persona con discapacidad** en relación a la comunicación; si requiere más tiempo de atención; si el centro de salud es un espacio accesible para su desplazamiento y atención; si fue o es necesario adaptar algún espacio o proceso; si la persona solicitó o no apoyos; en caso de haber estado acompañada si ese vínculo se desarrolló fortaleciendo su autonomía o tendiendo a imponerse sobre ella.

Esta información permite incorporar datos sobre las personas con discapacidad a las sistematizaciones que se hagan sobre consejerías: dar cuenta de lo trabajado a lo largo del tiempo, monitorear las actividades, con el fin de repensar las prácticas de consejería y evaluar si están siendo incorporadas las personas con discapacidad y el modelo social de la discapacidad en la atención.

Parte 2

Recursos para acercarse a las personas con discapacidad

Los procesos de atención son dinámicos, al igual que los procesos de conformación de los equipos de trabajo. Acercamos en esta segunda parte del material una serie de recursos que buscan brindar herramientas para fortalecer a los equipos en sus diferentes momentos.

En ocasiones el equipo de salud manifiesta interés y preocupación por la atención a las personas con discapacidad, pero plantea que no tienen experiencia en la atención. Esta ausencia seguramente no responde a que no existan personas con discapacidad en la comunidad, sino que no es un espacio de referencia o accesible para las mismas.

¿Cómo podemos entrar en contacto y conocer a las personas con discapacidad de nuestros territorios y comunidades?

Un paso posible es indagar qué organizaciones e instituciones trabajan con y para personas con discapacidad en la zona. Aquí les acercamos **una herramienta para “mapear”** en el propio territorio las organizaciones, instituciones y organismos que se vinculan habitualmente con personas con discapacidad.

Compartimos, además, algunas reflexiones e ideas para que las **actividades de promoción y talleres** que se realizan desde los equipos incluyan a las personas con discapacidad. Considerarlas en la planificación, en la accesibilidad de las dinámicas y propuestas es incluirlas como población destinataria y el camino para garantizar el acceso a la información y a la educación sexual, largamente vulnerado.

Finalmente, se presentan una serie de **artículos periodísticos** como disparadores para promover instancias de reflexión que permitan realizar cuestionamientos y abordar tensiones que no suelen tener lugar en la práctica cotidiana. Intercambios que nos permitan indagar más información y habilitar respuestas más abiertas y que potencien varios caminos posibles. Los temas propuestos son: derechos sexuales, maternidad, crianza, asistencia sexual.

Mapeo

Objetivo

Sistematizar la práctica de los equipos de salud en relación con el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

Algunas orientaciones para el armado del mapeo

En todos los equipos y territorios existen abordajes en relación con la discapacidad. En ocasiones ese trabajo se encuentra invisibilizado. En otras situaciones forma parte de abordajes sectorizados, específicos o “especiales” (“la gente de discapacidad”). También puede ocurrir que los abordajes estén anclados a viejos paradigmas rehabilitadores o tutelares que necesitamos superar hacia el modelo social que impacte en un ejercicio de derechos con igualdad de oportunidades.

Este Mapeo no debería interpretarse como un ejercicio teórico porque la información más ajustada sobre los actores sociales, sus objetivos, relaciones y prácticas aparecen cuando se comparten acciones concretas con ellas. Es decir, el mapeo nos arrojará un resultado si es producto de la búsqueda de listados de organizaciones y organismos y otro muy distinto si es una construcción dinámica de información que surge de haber compartido una actividad concreta con personas con discapacidad, sus organizaciones y diversos sectores del Estado que deben garantizar derechos.

Les alentamos a que este Mapeo se nutra de la práctica compartida con personas con discapacidad y sus organizaciones. Y potencie las articulaciones, los recursos, las experiencias, la visibilidad y el respeto de las personas con discapacidad como sujetos de derechos sexuales y reproductivos.

Datos para registrar

Organizaciones y organismos

Es importante tener en cuenta en la caracterización que se haga de las organizaciones, colectivos, instituciones, organismos y personas con discapacidad referentes, los siguientes aspectos:

- **De o para:** se trata **de** una organización de personas con discapacidad (son centralmente personas con discapacidad organizadas para el cumplimiento de sus derechos); o se trata de una organización **para** personas con discapacidad (su objetivo está ligado a brindar servicios a las personas con discapacidad, pero está dirigida o coordinada por personas sin discapacidad). Esto es muy importante de considerar porque los objetivos de ambos tipos de organizaciones no suelen ser los mismos y en el caso de las "organizaciones para", no siempre se vinculan con el ejercicio de derechos.

- **Personas con discapacidad referentes.** Se trata de personas que, por su formación, su trayectoria y experiencia, aportan una mirada esencial en el diseño de políticas públicas eficientes, en torno a los derechos de personas con discapacidad, en los procesos de capacitación o concientización de equipos, etc.

- **Tipo y alcance de la organización/organismo:** si son organismos, organizaciones, instituciones, colectivos, etc.; si son organismos/áreas del Estado u organizaciones de la sociedad civil; cuáles son sus principales actividades (educativas, terapéuticas, recreativas, laborales, jurídicas, etc.) y su alcance si son nacionales con presencia en la provincia, provinciales, municipales.

- **Perspectiva:** Si trabajan preeminentemente desde la perspectiva del modelo social de la discapacidad, del modelo rehabilitador o desde una lógica tutelar. Si bien los modelos bajo los que se percibe a las personas con discapacidad se desarrollaron en diferentes tiempos históricos, es necesario destacar que confluyen y que determinan distintos abordajes que, en ocasiones, incluso con las mejores intenciones, excluyen a las personas con distintos argumentos, entre ellos, la protección, el cuidado o la convicción de que hay cosas que no pueden hacer. Es importante identificar desde qué perspectiva trabaja cada organización para poder evaluar el alcance de las articulaciones y qué acciones conjuntas se pueden llevar adelante.

Recursos. Cuentan con recursos de accesibilidad comunicacional: intérprete en LSA, impresora braille; pictogramas; material en lenguaje sencillo, entre otros.

Efectores de salud

Identificar efectores que trabajen con personas con discapacidad (pueden ser acciones directas con población, capacitaciones, etc.). Relevar qué acciones se implementan para eliminar barreras y ampliar la accesibilidad (rampas, ascensores, señalética/folletería en braille, intérpretes en lengua de señas, equipamiento médico/asistencial apropiado como camillas ginecológicas o mamógrafos regulables, turnos reservados o extendidos, material pedagógico, etc.). Identificar si realizaron alguna formación en el modelo social de discapacidad.

Escuelas de referencia

Identificar escuelas de referencia en los departamentos a las que asistan personas con discapacidad (escuelas especiales, escuelas comunes que incluyen chicos y chicas con discapacidad, con o sin apoyos de la escuela especial), si están trabajando con el dispositivo de Educación Sexual Integral (ESI) y/o de detección y atención por abuso sexual contra las niñas y las adolescencias (ASIE), si existen articulaciones entre equipos de salud o consejerías y estas instituciones.

Centros u hogares de día. Identificar este tipo de instituciones puede también facilitar la llegada a personas con discapacidad.

Registros disponibles

¿Qué registros hay sobre personas con discapacidad? Pueden ser a nivel provincial (de los organismos identificados en el punto 1) o registros de programa/s o efector/es específicos. ¿Se registra en el sistema de salud a las personas con discapacidad que acceden? ¿Qué se registra y dónde? ¿Se registra a personas que tienen certificado único de discapacidad (CUD) o que se identifican como personas con discapacidad?

Actividades realizadas

Relato breve de las actividades realizadas por el equipo del dispositivo o por otros dispositivos en los años previos. Resultados alcanzados, obstáculos encontrados, desafíos o propuestas a partir de lo realizado.

Talleres para abrir puertas

Objetivo

Los talleres constituyen un modo de acercar información a la población, construir vínculos de confianza, realizar un diagnóstico sobre la población que asiste al centro de salud y propiciar la concreción de consejerías individuales. Los equipos de salud tienen gran experiencia en la difusión de información a través de talleres, sin embargo, rara vez se piensa en la inclusión de personas con discapacidad.

Orientaciones para realizar talleres inclusivos

En el caso de las personas con discapacidad, una de las mayores dificultades recae en la falta de acceso a la información, es por eso que es importante que los equipos de salud se vinculen con instituciones en las que participan y hacer los esfuerzos necesarios para llegar también a quienes no acceden a estas redes socioeducativas (Ver Mapeo). También es útil establecer lazos de confianza con referentes y referentes con discapacidad que puedan aportar en la elaboración de talleres y su difusión, así como brindar apoyo para que los equipos adquieran la perspectiva de discapacidad bajo el modelo social. No todas las instituciones trabajan bajo este modelo, por lo que es importante entonces estar alerta para poder observar si las personas con discapacidad son parte de las instituciones, si se respeta su toma de decisiones, si se busca cumplir con la Convención (CDPD), si se procura derribar las múltiples barreras que coloca el entorno, si se contemplan las medidas de accesibilidad, ajustes razonables y apoyos, etc. En el caso de referentes/as con discapacidad, es fundamental considerar si las personas realizan un trabajo colectivo, si además de ser personas con discapacidad se formaron en la temática, si pueden aportar para crear entornos más amigables para el colectivo.

Planificación

Así como en los talleres habitualmente se piensa en la población destinataria, el tiempo y el espacio disponible, en el caso de las personas con discapacidad también resulta imprescindible. Las personas con discapacidad no siempre tienen los mismos intereses, edades, recursos, motivaciones, entonces es necesario precisar a las personas destinatarias con perfiles que involucren otras características sociales, no sólo la discapacidad. En relación al espacio, es muy importante pensar en la accesibilidad,

también en relación a las dinámicas. No todas las personas se movilizan del mismo modo, ni pueden saltar o correr, tampoco no todas las personas pueden escribir en el pizarrón, cantar una canción o hacer mímica. En relación a los tiempos, es muy importante considerar el tiempo que demanda la comunicación con personas sordas o con personas con discapacidad intelectual.

Los objetivos del taller tienen que ser claros y realistas, considerando también el tiempo que insume la comunicación. Al elaborar las dinámicas, es importante contemplar la posibilidad de utilizar los materiales disponibles, revisando su contenido y la relevancia para la temática a abordar. Es esencial, además, tener en cuenta que cada equipo puede generar material propio o adaptar el preexistente.

Los vínculos con instituciones, incluyendo escuelas, clubes, centros culturales y otras agrupaciones comunitarias, también pueden contribuir a producir recursos que puedan vehicular la información que deseamos transmitir o las dinámicas que queremos implementar de manera accesible. A veces, accesibilizar no implica necesariamente escribir un folleto en Braille, sino simplemente digitalizarlo, poner relieve en un dado o en el tablero de un juego, hablar de frente a una persona sorda que quiere participar y lee los labios, transmitir ideas de manera sencilla, clara y concreta para una persona con discapacidad intelectual, desarrollar las dinámicas de modo que las personas con discapacidad puedan participar incluso contemplando la posibilidad del apoyo entre pares, que resulta muy eficiente y enriquecedor para desarrollar los talleres. Pensar estas situaciones antes de que ocurran facilita la participación de las personas y abre la puerta a una convocatoria inclusiva en la que no ocurra lo que sucede habitualmente, que la persona con discapacidad llega a un espacio que no está preparado y se genera incomodidad, el miedo e incertidumbre tanto para los equipos como para la persona.

Si se planea un taller en un solo encuentro y entre personas que no se conocen, seleccionar dinámicas en las que no se profundice mucho, para no correr el riesgo de que las personas manifiesten situaciones complejas que sean difíciles de trabajar y que puedan obturar la recepción de información del resto de quienes participen.

Convocatoria

En relación a la convocatoria, es importante difundir la información de manera accesible y clara. La accesibilidad tiene que ver con que las personas con discapacidad puedan entender la información, utilizarla y tomar decisiones. Es decir, en el caso puntual de un flyer, es importante que haya un contraste adecuado entre fondo y caracteres, que el tamaño de los caracteres sea al menos de 12 puntos, que la información sea clara y ordenada, que se utilicen pictogramas e íconos, que, si se difunde por WhatsApp y está en imagen, se acompañe de una descripción que se difunda en un archivo pdf que incluya ambos elementos, o como comentario de la imagen para asegurar que no estén por separado y se difunda sólo la versión gráfica que es ilegible por lectores de pantalla. Otra medida a considerar es la posibilidad de convocar utilizando un video que incorpore placas, alocución y lengua de señas argentina, que facilita la participación de personas sordas.

La convocatoria es muy importante para que las personas con discapacidad puedan recibir la información y participar. Estas medidas, también deberían incorporarse cuando se difunde información sobre las actividades y horarios de consejerías, a fin de que las personas puedan acceder con facilidad.

Desarrollo

Para participar del taller, las personas pueden necesitar apoyos. El rol del apoyo no es participar activamente en las dinámicas, sino asistir a la persona con discapacidad en lo que necesite. Considerando las temáticas que se abordan, se aconseja que los apoyos no sean familiares de las personas con discapacidad, aunque a veces es la única alternativa. Habitualmente, los y las familiares con el argumento de proteger, sustituyen la voluntad de las personas, además, puede que las personas con discapacidad no deseen que sus familiares escuchen sobre su sexualidad y no puedan participar libremente.

Muchas veces, trabajar con personas con discapacidad provoca miedo en quienes dan talleres. Consideran que no saben qué hacer porque no tienen herramientas, que las personas no podrán participar activamente o no se podrá generar una comunicación fluida. Por el contrario, en nuestras experiencias la posibilidad de abrir estos espacios genera mucho aprendizaje no sólo en quienes participan de los talleres, sino también

en les talleristas y abre una posibilidad que muy pocas veces ocurre: el hecho de que las personas con discapacidad puedan pensar, debatir y preguntar sobre su sexualidad, el placer, la diversidad, los métodos anticonceptivos, la reproducción y la interrupción del embarazo. Es preciso entonces, pensar en cada caso, si lo más indicado es planificar un taller que sea para la población en general e incluya a las personas con discapacidad, con los mecanismos de accesibilidad y apoyos de ser necesario, o bien pensar en un taller específico, ya sea por la temática a abordar o por el tipo de población.

Si hay personas que no se expresan, puede ser porque sean tímidas o porque las concepciones sociales de su discapacidad hayan condicionado su motivación para expresarse, no es conveniente forzar a que lo hagan, aunque sí invitarlas amablemente a participar y explicitar lo valioso de que todes podamos dar nuestras opiniones, sensaciones, sentimientos, inquietudes, consultas, ya que los aportes contribuyen a que todas las personas aprendamos. Puede ser necesario, además, encuadrar el uso de la palabra para que el tiempo no se extienda solo en catarsis que suele necesitar hacer el colectivo, considerando su invisibilización histórica.

No llega la información a todes, si no llega también a las personas con discapacidad.

Para más información sobre la realización de talleres:

Experiencias para armar. Manual de herramientas lúdicas y didácticas para la realización de talleres en salud sexual y salud reproductiva.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-experiencias-para-armar>

Notas periodísticas para reflexionar y debatir

En este apartado se presentan una serie de artículos periodísticos de diferentes autorías, como disparadores para promover instancias de reflexión. La propuesta es generar debates e intercambios sobre temáticas poco frecuentes entre los equipos de salud. En los artículos encontrarán posturas diversas y polémicas que aún no están saldadas socialmente. En ese sentido también identificarán el uso de diferentes terminologías que no siempre son las adecuadas. Por último, notarán que algunas notas fueron publicadas hace 10 años, sin embargo, su contenido sigue estando vigente.

Hay 3 ejes temáticos:

- Derechos sexuales
- Derechos reproductivos y de crianza
- Familias de personas con discapacidad.

Cada eje tiene:

- Una pequeña introducción
- Un listado de preguntas agrupadas sobre nudos conceptuales, que se proponen como orientadoras de las lecturas
- Las notas con sus links

Al finalizar este apartado, como yapa, se proponen para ver y debatir algunas películas que también están atravesadas por los 3 ejes temáticos.

Derechos sexuales

Deseo sexual, ser sujeto de deseo, el coito, sexualidad "normal", orientación sexual, identidad de género, aprender de sexo, las citas, los "matches" y los rechazos, el telo, el boliche, el bar, el rol de las familias... estos ejes y muchos más se ponen en juego cuando hablamos de derechos sexuales de las personas con discapacidad. Las notas proponen un recorrido por experiencias personales y tensiones sociales.

Algunas preguntas para orientar las lecturas

Interseccionalidad

¿Cuántas "etiquetas" puede tener una persona: 'disca y trans', 'asexual o hipersexual', 'Sorda y lesbiana'? ¿Quiénes etiquetan?

¿Cómo las etiquetas condicionan los procesos de atención?

Vida sexual

¿De qué manera aprenden sobre erotismo y sexualidad las personas con discapacidad?

Las vivencias sexuales de muchas personas con discapacidad vuelven a poner en cuestionamiento la "normalización" de la sexualidad ¿qué nuevas preguntas se deberían sumar en la consejería?

Barreras y limitaciones para la vida sexual

¿Qué respuestas existen o pueden crearse para saldar estas barreras y limitaciones?

¿Qué rol deberían tener los equipos de salud para contribuir a garantizar los derechos sexuales de las personas? ¿Qué modos de brindar asistencia o apoyo para la vida sexual pueden involucrar a los equipos?

Asistencia sexual

¿De qué manera pueden los equipos de atención en salud sexual estar involucrados con la asistencia sexual?

¿La asistencia sexual es otro modo de medicalizar la vida de las PCD?

Rol de las familias

¿De qué maneras las familias acompañan o traban el desarrollo de la sexualidad de las personas con discapacidad?

4 notas breves que dialogan sobre barreras, diversidad sexual, identidad de género y asistencia sexual

1. Amor con barreras

<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3407-2014-04-25.html>

2. Las trampas de la asistencia

<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/subnotas/3407-426-2014-04-25.html>

3. La suma que resta

<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/subnotas/3407-425-2014-04-25.html>

4. Mi vida conmigo

<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/subnotas/3407-427-2014-04-25.html>

La presentación de una obra de teatro. El diálogo entre un varón trans con discapacidad y su madre

“No soy un ángel / tampoco un demonio / estoy sentado / pero puedo ser tu novio.”

<https://www.pagina12.com.ar/160134-no-soy-un-angel-tampoco-un-demonio-estoy-sentado-pero-puedo->

Las vivencias en tensión, lo personal es político

“Les discas no tenemos posibilidades de ejercer nuestra sexualidad”

<https://infonews.com/discapacidad-vinculos-sexoafectivos-capacitismo-julia-risso-cotas-accesibilidad-politizar-la-individualidad.html>

Discapacidad y sexualidad: claves para luchar contra el prejuicio

<https://borderperiodismo.com/2023/02/08/discapacidad-y-sexualidad-claves-para-luchar-contra-el-prejuicio-y-garantizar-el-derecho-al-gozo/>

Busco un amante, no un enfermero

<https://www.infobae.com/thenewyorktimes/2023/05/05/busco-un-amante-no-un-enfermero/>

Sexualidad y discapacidad: el deseo más allá de un diagnóstico

<https://www.mdzol.com/sociedad/2021/8/31/sexualidad-discapacidad-el-deseo-mas-alla-de-un-diagnostico-183152.html>

Derechos reproductivos y de crianza

Las personas con discapacidad se encuentran frecuentemente con la vulneración de sus derechos reproductivos y de la posibilidad de criar. Las notas comparten experiencias de esterilizaciones forzadas, así como el contraste entre los sentidos sociales sobre la reproducción de las personas con discapacidad, la aplicación sesgada de la normativa y las vivencias intervenidas y evaluadas de niñas, madres y padres.

Algunas preguntas para orientar las lecturas

Esterilización forzada

¿Cuál es el rol de los equipos de salud para modificar las creencias equivocadas de que esterilizar o mutilar el cuerpo de una persona con discapacidad sin su consentimiento es un modo de cuidado o protección frente a la posibilidad de abuso?

¿Existe aún una mirada eugenésica de la discapacidad y por eso no es conveniente la reproducción?

Atención sesgada

¿En qué medida nuestros prejuicios inciden a la hora de brindar atención? ¿De qué manera condicionan las vidas de las personas con discapacidad?

¿Sobre qué parámetros se determina quién puede criar?

¿Por qué se presume un riesgo cuando quién cría es una persona con discapacidad?

¿Por qué desde los centros de salud se presume la falta de responsabilidad para criar?

Derechos de niñas, de madres y de padres

¿El interés superior de las niñas y los niños se contraponen con el de las madres con discapacidad?

¿De qué modo se pueden planificar apoyos para el ejercicio de la maternidad? ¿Cómo se pueden tejer redes de apoyo?

¿De qué manera pensamos a los hijos e hijas de una persona con discapacidad?

¿Cómo podemos desde los equipos de salud derribar mitos en relación a la crianza por parte de personas con discapacidad y a sus hijos e hijas?

¿Por qué asignamos a los hijos e hijas de las personas con discapacidad responsabilidades que no les corresponden?

Un caso de esterilización forzada

Eternamente niña: una decisión impuesta

<https://www.yotambien.mx/actualidad/eternamente-nina-una-decision-impuesta/>

Salud mental y cuidados, la intervención en exceso

Padecimientos psiquiátricos y la responsabilidad parental o marental | “Cada 10 casos, en uno se suspende el ejercicio de la responsabilidad parental”

<https://www.pagina12.com.ar/566519-padecimientos-psiquiatricos-y-la-responsabilidad-parental-o->

Notas sobre vivencias de madres con discapacidad

Fundación A LA PAR arranca “Madres Capaces”, un proyecto que ofrece vivienda y un programa completo de apoyo integral a madres con discapacidad intelectual

<https://www.corresponsables.com/actualidad/a-la-par-proyecto-ayuda-integral-madres-discapacidad-intelectual>

Ciega, madre de gemelos y de un nene de 6 años: “Vos no podés cuidar a dos bebés”

<https://www.lanacion.com.ar/sabado/vos-no-podes-cuidar-a-dos-bebes-ciega-madre-de-gemelos-y-de-un-nene-de-6-anos-aprendio-a-enfrentar-nid05022023/>

Su nombre es Marisa: la lucha de una madre por recuperar a su hijo, alejado de ella por prejuicios:

<https://www.telam.com.ar/notas/201406/66414-su-nombre-es-marisa-la-lucha-de-una-madre-por-recuperar-a-su-hijo-alejado-de-ella-por-prejuicios.html>

Familias de personas con discapacidad

Cuando nace un hijo o hija con discapacidad, muchas veces la información que reciben las familias se basa en un diagnóstico, aquellas cosas que no podrán hacer, sus limitaciones. Al dolor de asumirlo, se suma la presión de cómo debiera ser una madre de un niño o niña con discapacidad, de este deber ser “especial”, “abnegada”, “todopoderosa”, “amorosa” ...

Ante la ausencia o insuficiencia de recursos del Estado destinados a brindar acompañamiento, apoyos o cuidados, muchas veces son las madres quienes deben asistir muchas horas a sus hijos e hijas con discapacidad. La mayoría de las veces, son ellas quienes dejan de trabajar o resignan su desarrollo personal o profesional para suplir la falta de apoyos o bien gestionar la burocracia que se teje en torno al desarrollo de sus hijos/as.

Algunas preguntas para orientar las lecturas

Diagnósticos

¿Qué pasa cuando profesionales de la salud tienen que dar un diagnóstico de discapacidad? ¿De qué manera puede hacerse sin que la persona piense que se termina la vida?

¿Dónde quedan las personalidades y deseos de las personas con discapacidad durante su crecimiento al planificar actividades y terapias?

¿Por qué los niños, niñas, adolescentes y personas adultas sólo realizan terapias? (hidroterapia, en vez de natación; equinoterapia, en vez de equitación, etc).

Prejuicios

¿Cómo contribuir a desterrar la mirada capacitista que ubica a la discapacidad como un disvalor?

¿Qué estereotipo sobre ser madre de personas con discapacidad se pone en tensión? ¿Por qué resulta provocador y movilizante?

¿Qué implicancias tiene que la manera de comprender a una persona con discapacidad esté atravesada por lo que le pasa a su madre? ¿Les hijes deben conocer todos los temores y tensiones que transitan quienes les cuidan?

¿Por qué necesitamos etiquetar con rótulos preestablecidos a las personas con discapacidad?

Cuidados y apoyos

¿Cómo contribuir a generar apoyos para ejercer roles de cuidado y asistencia de niños, niñas, adolescentes y personas adultas con discapacidad?

¿Por qué se les adjudica el rol de especiales a las madres de personas con discapacidad? ¿Ellas quieren ser especiales o sólo quieren ser madres?

¿Por qué la experiencia autónoma de las personas con discapacidad queda, en muchos casos, condicionada y/o diluida por la vivencia de su madre o cuidadores?

Notas sobre las vivencias de dos madres

Tuve que proponerme amarlo

<https://www.infobae.com/historias/2023/03/30/tuvo-que-proponerme-amarlo-se-que-suenan-horrible-una-mama-y-la-llegada-inesperada-de-un-hijo-con-sindrome-de-down/>

“¿Qué será de él cuando yo muera?”: tiene 64 años, un hijo adulto con autismo y encontró la respuesta

<https://www.infobae.com/historias/2023/05/06/que-sera-de-el-cuando-yo-muera-tiene-64-anos-un-hijo-adulto-con-autismo-y-encontro-la-respuesta/>

Algunas películas para mirar

Yes, we fuck! (Sí, cogemos!). Documental de 2015 dirigido por Antonio Centeno y Raúl de la Morena.

Crip Camp: A Disability Revolution (Campamento extraordinario). Documental de 2020 dirigido por James Lebrecht, Nicole Newnham.

Cromosoma 21. Serie chilena de 2022, dirigida por Matías Venables.

I am Sam (Mi nombre es Sam/Yo soy Sam). Película de 2002.

Universidad para Sordos. Serie de Estados Unidos de 2020. Productor Ejecutivo: Nyle DiMarco.

The sessions (6 sesiones de sexo o las sesiones): Película de Estados Unidos de 2012 dirigida por Ben Lewin.

Woo, una abogada extraordinaria. Serie coreana de 2022 dirigida por Yoo In-sik.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Ramírez, Gloria Esperanza (2023). *El capacitismo, estructura mental de exclusión de las personas con discapacidad*. Colección Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. Editorial Cinca.

Amorín, Eva; y otras (2021) *Desear es mi derecho. Sexualidad y autonomía de las mujeres con discapacidad*. REDI – Proyecto DeSeAr.

Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - DNSSR (2023). *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

DNSSR (2019). *Manual experiencias para armar*. Ministerio de Salud de la Nación.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2018). *Jóvenes con discapacidad: Estudio global sobre cómo poner fin a la violencia de género y lograr la salud y derechos sexuales y reproductivos*.

FUSA (2021). *Perspectiva de discapacidad en la atención de la salud sexual y reproductiva. Orientaciones para equipos de salud*. Proyecto DeSeAr.

La luz de Frida (2022). ¡Menstruación, aquí estamos! Derechos sexuales y discapacidad. iiDi- Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo.

Linares Isabel (2022). *Propuesta de un Sistema de Apoyos que asegure el derecho a la maternidad y a la crianza de las mujeres con discapacidad*. Dirección de Discapacidad Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad Ministerio de Desarrollo Social Uruguay - Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

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

Nuestros Derechos en Foco (2023). *ESI Anticapacitista. Aportes y herramientas para docentes desde una perspectiva de discapacidad y accesibilidad*.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable - PNSSPR (2015). *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*. Documento de trabajo. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

REDI (2020). *Las mujeres con discapacidad decimos: hay barreras para el ejercicio de nuestros derechos sexuales y reproductivos*. Documento producido en el marco del proyecto DeSeAr.

REDI (2021) *Cuando las mujeres con discapacidad nos juntamos, pasan cosas. Experiencias de los Talleres DeSeAr: reflexiones y propuestas para el trabajo sobre sexualidad y autonomía*. Proyecto DeSeAr.

Resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación.

0800 222 3444

<http://argentina.gob.ar/salud/saludsexual>
saludsexual@msal.gov.ar



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud

