



FACULTAD DE
**CIENCIAS
HUMANAS**
UNICEN

**TESIS DE GRADO
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**

**MEJOR HABLAR DE CIERTAS COSAS.
MITOS, PREJUICIOS Y ESTEREOTIPOS SOBRE LA SEXUALIDAD DE
LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**Tesista: Camila Florencia Belli
Directora: Dra. Liliana Madrid**

Tandil 2019

Agradecimientos

*A mi familia, por brindarme el apoyo y todas las posibilidades en el tránsito
por la Universidad Pública.*

*A mis amigas y colegas de la carrera, por hacer de mí paso por Tandil una
experiencia única.*

A mis amigas de siempre, por escucharme y aconsejarme en cada oportunidad.

*A Abril, por todas las mañanas de mates durante la elaboración de nuestras
tesis. Mi pilar fundamental para la culminación de este proceso.*

*A mi directora de tesis, Liliana Madrid, por estar presente en cada momento
de dudas e incertidumbre.*

*A Gabriela Rivas, trabajadora social y colega, por el apoyo y el
acompañamiento en un momento clave del proceso.*

*A todas las personas con discapacidad que brindaron sus testimonios, por su
predisposición y confianza en todo momento.*

¡Gracias!

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

El problema de investigación.....	4
Estrategia metodológica	6

CAPITULO 1:

Concepciones teóricas para el análisis de la sexualidad y discapacidad

I-A) El concepto de sexualidad.....	15
I-B) Mitos, prejuicios y estereotipos: diferencias conceptuales.....	17
I-C) Concepciones de discapacidad.....	20
1- Modelo de Prescindencia	21
2- Modelo Biomédico	22
3- Modelo Social	25

CAPITULO II:

Las personas con discapacidad como sujetos de derecho

I) El reconocimiento legal de los derechos sexuales y reproductivos	30
A-Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	36
B- Ley Educación Sexual Integral (ESI)	37
C- Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres	40
D- Ley de Matrimonio Igualitario	42
II) Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad	44
III) Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ...	46

CAPITULO III:

Vivencias en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad

A) Sexualidad e infantilización de las personas con discapacidad	52
B) Acceso a la información de las personas con discapacidad	54
C) Autonomía y vida en pareja: sobreprotección familiar y determinantes económicos.	57
D) Hijos e hijas de las personas con discapacidad	61
E) Acceso a los servicios de Salud	64
F) Diversidad sexual y violencia de género.....	69

CONSIDERACIONES FINALES.....	75
------------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	80
--------------------	----

INTRODUCCIÓN

El problema de investigación

La presente investigación propone identificar, describir y analizar los diferentes mitos, prejuicios y estereotipos existentes en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad.

El estudio es llevado a cabo en la ciudad de Tandil durante el año 2019 donde se recupera la voz y la visión de las y los propios sujetos con discapacidad respecto a la temática.

Es importante mencionar en este momento que la construcción del problema objeto de investigación surge a partir de observaciones en el marco de las prácticas pre-profesionales de la carrera en la organización Taller Protegido Tandil¹ -2016 y 2017- , donde el contacto con las y los usuarios permitió visualizar como un tema *tabú*² la sexualidad de las propias personas con discapacidad. En base a ello se plantearon distintos interrogantes como:

- ¿De qué hablamos cuando hablamos de sexualidad? ¿Cuáles son las implicancias de la misma?
- ¿Por qué la sexualidad es un tema tabú en el colectivo de las personas con discapacidad?
- ¿Cuáles son los mitos, estereotipos y prejuicios sobre la sexualidad de las personas con discapacidad que se reproducen al interior de la sociedad?

¹ Taller Protegido Tandil, es una organización de la sociedad civil que surge el 5 de abril de 1983 a partir de la preocupación de padres- madres y profesionales por el futuro laboral de las personas con discapacidad al finalizar la etapa escolar. Frente a ello, se busco crear un lugar donde se insertaran laboralmente personas con discapacidad motora y mental, mayores de 18 años que no accedieran al trabajo competitivo dentro del mercado formal. La institución brinda el servicio de generar espacios y oportunidades de trabajo dentro de lo que se considera un ámbito protegido basado en la especialización de actividades y en la producción y fabricación de bienes para su posterior comercialización.

² La palabra tabú designa una conducta, actividad o costumbre prohibida por una sociedad, grupo humano o religión, es decir, es la prohibición de algo natural, de contenido religioso, económico, político, social o cultural por una razón de utilidad social. El término tabú se asocia con lo “prohibido” o lo censurado, ya sea en ciertas religiones, culturas y diferentes sociedades donde se tienen normas y reglas que se deben cumplir. Aun así el término tabú es polisémico ya que para cada cultura existen diferentes creencias y rituales totalmente desconocidos y este simple hecho lo convierte en exclusión.

- ¿Qué papel ocupan las familias en la reproducción de estos mitos, prejuicios y estereotipos?
- ¿Cómo viven la sexualidad las propias personas con discapacidad? ¿Qué tipos de barreras encuentran al ejercerla?

Asimismo, consideramos importante realizar un estudio sobre ello ya que, de acuerdo a la investigación documental y bibliográfica realizada se ha observado escasa disponibilidad de información, constituyéndose en un área de vacancia para el Trabajo Social. En este sentido, la observación de tesis de grado de la licenciatura en trabajo social-FCH UNICEN permite afirmar que nuestro objeto de investigación no ha sido abordado por pesquisas anteriores. A su vez, la indagación de publicaciones sobre mitos en torno a la sexualidad de personas con discapacidad en las bases Scielo y Bireme también permitió observar la escasa atención brindada por las revistas de ciencias sociales latinoamericanas incluidas en esas bases al tema objeto de estudio de esta tesis. En consecuencia, en este trabajo de investigación recurriremos a estudios realizados en su gran mayoría en España, donde, sin embargo, algunas y algunos autores consideran que existe un importante déficit en cuanto a esta área de investigación.

“En España, hasta la fecha, se cuenta con escasos estudios que evalúen las actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad. El derecho de estas personas a ejercer una vida sexual plena, tener relaciones sexuales, contraer matrimonio o tener hijos continúa siendo un tema controversial, debido en parte a las implicaciones sociales y afectivas que dichas cuestiones tienen para las personas con discapacidad y sus familias” (Palau Cerisuelo, 2016: 17)

Por ello, es posible afirmar que el derecho de las personas con discapacidad a ejercer los derechos sexuales y reproductivos en igualdad de condiciones ha sido un tema escasamente discutido en los distintos ámbitos del conocimiento científico.

Ahora bien, se considera importante estudiar los mitos, estereotipos y prejuicios en torno de la sexualidad de las personas con discapacidad para poder deconstruir aquellas percepciones que obstaculizan el ejercicio pleno de los derechos humanos en este colectivo. Al mismo tiempo, nos permite visualizar que, a pesar de la existencia de legislación que reconoce los derechos sexuales y reproductivos, convergen prácticas que continúan negando su ejercicio, disfrute y, por lo tanto, su posibilidad de cumplimiento.

La existencia de dichos mitos, prejuicios, estereotipos y falsas creencias es una de las principales causas que dificulta que las personas con discapacidad puedan vivir y disfrutar plenamente de su sexualidad así como también de acceder en igualdad de condiciones a los derechos sexuales y reproductivos.

“Las creencias, nociones, saberes y conocimientos que se tienen respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad en la sociedad, en la familia, las instituciones, así como en ella misma, se construyen a partir del modelo teórico sobre discapacidad del cual se parta; así en nuestra sociedad, todavía se encuentra muy arraigado el “modelo médico rehabilitador”, desde el cual la discapacidad es considerada como una enfermedad o una limitación física, mental, intelectual o sensorial, por lo que la persona debe ser rehabilitada o sanada para sólo así ser “normalizada” y poderla integrar en la sociedad” (Feregrino, 2016: 1)

En contraposición a esta perspectiva, el modelo social y de derechos humanos no centra el problema en la persona individual, sino que hace especial énfasis en la sociedad y dentro de ella en las barreras sociales a las que deben enfrentarse las personas con discapacidad en todos los ámbitos de su vida. En este sentido, se piensa a las y los sujetos como un colectivo que no tiene las mismas posibilidades de acceso que el resto de las personas. Es por ello que, a través de dicho modelo “es posible derribar el muro de la anulación y la exclusión, para dar paso a la exigencia de los derechos de las personas con discapacidad, incluido el de gozar de su sexualidad placentera y responsablemente.” (Feregrino, 2016: 1).

La estrategia metodológica: el enfoque cualitativo

Tal como plantea Souza Minayo (2007), esta metodología opera con una realidad que no puede ser cuantificada, es decir, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. Es por ello que, el análisis de los fenómenos sociales va a estar centrado en la comprensión de la realidad humana vivida socialmente.

“Los autores que siguen tal corriente no se preocupan en cuantificar, sino en comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales que, a su vez, son depositarias de creencias, valores, actitudes y hábitos. Trabajan con la vivencia, con la experiencia, con la cotidianeidad y también con la comprensión de las estructuras e

instituciones como resultados de la acción humana objetivada” (Souza Minayo, 2007: 19)

De esta forma, la elección de la estrategia de tipo cualitativa se encuentra relacionada a la importancia que la misma da al contexto, a la función y el significado de los actos y, sobre todo, a la valoración de la realidad como es vivida y percibida con las ideas de sus propios actores sociales.

Ahora bien, comenzar una investigación de tipo cualitativa, según Iñiquez (1999) debería contemplar el tomar ciertas decisiones, entre ellas:

A) *Cambio en sensibilidad investigadora*, que tiene como objetivo articularse y ponerse a tono con las siguientes dimensiones: histórica, cultural, política y contextual.

- La dimensión histórica, implica estar atento a los procesos sociales como hechos temporales y poseedores de historia.
- La dimensión cultural, implica que cada proceso social está enmarcado y obedece a un entorno cultural particular. Los significados compartidos, el sistema de normas y reglas que cada cultura ha ido construyendo a lo largo de su historia, le dan unas particularidades diferenciadoras del resto que no pueden ser ignoradas en la investigación.
- La dimensión sociopolítica, implica que toda práctica social se enmarca en un contexto político concreto. La investigación cualitativa no olvida esta cuestión proponiendo explicitar las consecuencias sociales y políticas, inhibitoras o favorecedoras de cambio social, que pueden ir implícitas en su propia realización.
- La dimensión contextual, que considera de vital importancia el contexto social y físico en el que se está produciendo el hecho social a estudiar.

B) *Investigación guiada teóricamente*, es decir, que la investigación social debe ser guiada por la teoría ya que esta nos proporciona un conjunto de herramientas que ayudan a conceptualizar los procesos y los objetos de estudio.

C) *Participación de los implicados*. Toda investigación en la práctica debería poder ser participativa, al menos en un cierto grado: en un grado máximo o directo, es decir,

en el de la implicación de las personas en los procesos sobre los que se quiere intervenir, incluido el/a investigador/a, o en un grado mínimo o indirecto, es decir, uno en el que la participación se articula en el espacio de la intersubjetividad colectiva o lingüística. Los métodos de carácter cualitativo están en las mejores condiciones para insertarse en las formas de acción colectivas, para involucrar a las poblaciones implicadas en este tipo de procesos y para respetar la autonomía en la toma de decisiones de su propia praxis.

Una vez mencionado esto, cabe destacar que la presente investigación centrará el análisis en recuperar la voz de las y los sujetos, siendo ellas y ellos mismos quienes relatan sus propias vivencias y experiencias cotidianas. En este sentido, luego de recuperar distintos marcos teóricos, se puede decir que son escasas las investigaciones en ciencias sociales en donde las personas con discapacidad son las protagonistas y se tiene en consideración sus subjetividades.

Según Ragin (2007), uno de los fines de la investigación social que se encuentra más relacionado con la investigación cualitativa es el de ‘Dar Voz’, ya que mejora la visibilidad de aquello estudiado y representa el punto de vista de algún grupo.

“Cuando el fin de un proyecto es darle voz a los sujetos de la investigación, es importante para el investigador intentar ver su mundo a través de sus ojos, comprender sus mundos sociales de la misma manera que ellos lo hacen. Por lo tanto, los investigadores pueden tener que desconfiar o "desaprender" gran parte de lo que saben, con el propósito de construir representaciones válidas de sus sujetos de investigación, que incorporen la voz de sus sujetos” (Ragin, 2007: 90)

De esta forma, se trata de reconocer y poner en valor la experiencia y los testimonios de aquellas personas que han permanecido al margen de la investigación científica durante mucho tiempo, de forma que aumente su protagonismo y sean ellas y ellos mismos quienes puedan narrar su historia. En este sentido, ‘dar voz’ a las personas permite nuevas vías de acceso al conocimiento de lo social más allá de los métodos tradicionales de investigación.

Así, la utilización de este fin en la investigación cualitativa pone en relieve la visibilización del colectivo de personas con discapacidad, que históricamente fue silenciado y que actualmente se encuentra atravesado por distintos mitos, prejuicios y estereotipos que repercuten en su cotidianidad.

Estrategia de acceso a la información: la entrevista semi- estructurada.

El acceso a la información se desarrolló a través de la realización de entrevistas semi- estructuradas. Para ello se llevaron a cabo ocho entrevistas, cuatro a varones y cuatro a mujeres, en un rango de edad entre los 30 y 50 años. Las personas adultas que fueron entrevistadas se desarrollan laboralmente dentro de la organización donde se había realizado la práctica pre-profesional de la carrera (Taller Protegido de Producción), en la ciudad de Tandil.

El encuentro fue pactado en la Plaza del centro de la ciudad, lugar donde concurren habitualmente las y los sujetos para esparcirse luego de la jornada de trabajo. Es importante destacar que este contexto favoreció la apertura de las personas entrevistadas a la hora de contestar las preguntas, ya que al encontrarse fuera del entorno familiar pudieron cuestionarse algunos aspectos que suceden dentro de este ámbito.

En cuanto a la realización de las entrevistas, éstas adquirieron diferentes características. Cuatro de ellas fueron llevadas a cabo de forma individual, ya que las y los sujetos así lo prefirieron, y las otras cuatro en parejas- dos y dos- ya que por compartir un vínculo afectivo consideraron que sería mejor contestar las preguntas de esta manera.

En este sentido se puede decir que la Tesista respetó la decisión de cada una de las personas que voluntariamente accedieron a brindar una entrevista en el marco del proceso de investigación.

Las preguntas que se pensaron para la realización de la misma no presentaron grandes dificultades ya que todas las personas pudieron contestar sobre los diferentes tópicos en los que se indagó. Sin embargo, una cuestión que merece ser destacada se encuentra relacionada con la falta de acceso a la información que tienen las personas con discapacidad en cuanto a la temática de la sexualidad, aspecto que pudo ser visualizado a lo largo de todas las entrevistas.

En este sentido, un punto a destacar es que todas las personas adultas se mostraron predispuestas a contestar las preguntas y consideraron de suma importancia la visibilización del tema objeto de estudio.

Ahora, si bien se realizaron ocho entrevistas en una primera instancia, las mismas no alcanzaron la saturación teórica³, por lo tanto la Tesista recurrió nuevamente a realizar preguntas ampliatorias a las y los mismos sujetos. Para este segundo momento las entrevistas llevadas a cabo fueron cuatro alcanzando la saturación teórica.

Una vez recuperado esto, podemos decir que una de las cuestiones fundamentales de la entrevista es que el conocimiento científico se construye a partir de la interacción entre el entrevistador y el entrevistado. En este sentido, es importante remarcar que el conocimiento previo entre la Tesista y las personas adultas entrevistadas facilitaron el desarrollo de la investigación y permitieron abordar la temática con un mayor grado de confianza.

Retomando los aportes de Souza Minayo (2007), la entrevista es el procedimiento más usual en el trabajo de campo. A través de ella, el investigador busca obtener informes contenidos en el habla de los actores sociales. No supone una conversación sin pretensiones y neutra, desde el momento en que se inserta como medio de recolección de los hechos relatados por los actores, en cuanto sujetos-objeto de la investigación que viven una determinada realidad que está siendo focalizada.

Teniendo en cuenta que las entrevistas realizadas fueron de carácter semi-estructurado, es importante mencionar alguna de sus características:

- El investigador/investigadora antes de la entrevista prepara un guión temático sobre lo que quiere que se hable con él o la informante.

- Las preguntas que se realizan son abiertas. El o la informante puede expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guión inicial pensado por el investigador cuando se abren temas emergentes que es preciso explorar.

- El investigador/investigadora debe mantener la atención suficiente como para introducir en las respuestas del informante los temas que son de interés para el estudio, enlazando la conversación de una forma natural.

³ La saturación teórica se alcanza cuando la información recopilada no aporta nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis.

-Durante el transcurso de la misma el investigador/investigadora puede relacionar unas respuestas del informante sobre una categoría con otras que van fluyendo en la entrevista y construir nuevas preguntas enlazando temas y respuestas.

Ahora bien, tal como plantea López González (2007), además de proporcionar una aproximación a la experiencia individual, cuando se utiliza la entrevista para reconstruir la realidad de un grupo social, las personas entrevistadas se consideran como fuentes de información general, ya que estas asumen la identidad de un miembro de su grupo, y las respuestas individuales aclaran las actitudes, situaciones y patrones generales.

Otra cuestión fundamental a la hora de realizar el trabajo de campo, se encontró relacionada con poder aclarar que las entrevistas serían realizadas con fines puramente investigativos, haciendo hincapié en la importancia de indagar sobre este tema ya que permite dar cuenta del acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

“Destacamos como importante la presentación de la propuesta de estudio a los grupos involucrados. Se trata de establecer una situación de intercambio. Debe aclarársele a los grupos aquello que pretendemos investigar y las posibles repercusiones favorables que devengan del proceso investigativo” (Souza Minayo, 2007: 43)

Entre los ejes centrales que estructuran las entrevistas realizadas- en torno las diferentes formas de vivir la sexualidad en las personas con discapacidad- se pueden mencionar algunos tópicos como:

- Sexualidad e infantilización de las personas con discapacidad.
- Acceso a la información de las personas con discapacidad.
- Autonomía y vida en pareja: sobreprotección familiar y determinantes económicos.
- Hijos e hijas de las personas con discapacidad.
- Acceso a los servicios de Salud.
- Otros temas vinculados a la sexualidad: conocimiento acerca de la diversidad sexual y violencia de género.

Cabe mencionar que las primeras entrevistas estuvieron relacionadas a orientaciones más generales sobre estos tópicos, en tanto y en cuanto al ser el primer encuentro la Tesista intentó recuperar cual era el nivel de conocimiento de las personas con discapacidad en vinculación a la sexualidad. En este sentido, la sobreprotección familiar, la falta de información y de educación sexual durante todas las etapas de su vida, las dificultades en cuanto al acceso a un trabajo libremente elegido y las barreras a las que se enfrentan para poder ejercer su autonomía fueron algunas de las cuestiones centrales que permitieron visualizarse en el transcurso de las primeras entrevistas.

En cuanto a esto, como se menciono anteriormente, algunos aspectos claves que se encuentran relacionados con la sexualidad quedaron por fuera, lo cual implicó la necesidad de un nuevo encuentro, en donde los nuevos testimonios posibilitaron un mayor acercamiento hacia la temática, fundamentalmente en cuestiones vinculadas a la diversidad sexual, la violencia de género, el acceso a los servicios de salud, las enfermedades de transmisión sexual y la utilización de métodos anticonceptivos.

Entonces, una vez mencionado esto, y de acuerdo al problema objeto de investigación, la presente tesis de grado se estructura de la siguiente manera:

En el **primer capítulo**, se realiza un análisis teórico acerca de los diferentes conceptos que serán desarrollados en el transcurso de la investigación. En este sentido, se busca dar cuenta de las nociones de sexualidad y educación sexual, a partir de los aportes de la Organización Mundial de la salud. Al mismo tiempo, dentro de este capítulo, se plasma una distinción entre los conceptos de ‘*mito*’ ‘*prejuicio*’ y ‘*estereotipo*’, los cuales son utilizados generalmente como sinónimos y la tesis procuró establecer sus diferencias conceptuales y prácticas. Luego de ello, se realiza un análisis de los distintos paradigmas que fueron atravesando históricamente al colectivo de personas con discapacidad, entre los cuales podemos destacar: *Modelo de Prescindencia*; *Modelo Biomédico*; *Modelo Social*. La mención de los mismos resulta de suma importancia para poder entender cómo los distintos paradigmas han influido en la composición de mitos, prejuicios, estereotipos y falsas creencias en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad.

En el **segundo capítulo** se recuperan los distintos marcos normativos en torno a los derechos sexuales y reproductivos en Argentina, a fin de dar a conocer el impacto de los

misimos en las personas con discapacidad. Para ello el análisis se centra en un recorrido histórico de dichos derechos y en el surgimiento de distintas leyes como: *Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*; *Ley de Educación Sexual Integral*; *Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres*; *Ley de Matrimonio Igualitario*. Luego de ello, se hace mención acerca de los avances y desafíos del Estado Argentino en materia de derechos sexuales y reproductivos al interior del colectivo de las personas con discapacidad. Finalmente, se destaca la importancia de ‘*La Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad*’ como instrumento regulador de los derechos de dicho colectivo.

En el **tercer capítulo** se realiza un análisis acerca de las vivencias en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad desde la mirada de las y los propios sujetos. En este sentido, se recuperan los conceptos desarrollados anteriormente en torno a los mitos, prejuicios y estereotipos a los que dicho colectivo se enfrenta a la hora de acceder y ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Para ello se tiene en cuenta y se hace mención durante el transcurso del capítulo, de los distintos testimonios que arrojaron las entrevistas realizadas a las personas adultas con discapacidad.

Por último se exponen las **consideraciones finales** del presente trabajo de investigación con el objetivo de seguir problematizando la mirada hacia las personas con discapacidad a la hora de ejercer el derecho a la sexualidad.

CAPITULO I

Concepciones teóricas para el análisis de la sexualidad y discapacidad

“Nuestra mirada está llena de conceptos. Solo podemos recortar de lo real aquello que podemos significar. El punto es que no siempre somos conscientes de los conceptos que rigen nuestra mirada. Esos conceptos se incorporan a lo que algunos llaman sentido común, conocimiento cotidiano, representaciones sociales, ideología”

(Indiana Vallejos, 2016)

Presentación

En el presente capítulo se buscará realizar un análisis acerca de algunas claves teóricas para luego poder dar cuenta de cómo la sexualidad de las personas con discapacidad se fue constituyendo en un campo cargado de mitos, prejuicios y estereotipos. En este sentido, resulta fundamental poder recuperar las concepciones históricas que fueron atravesando a dicho colectivo, para poder comprender cómo éstas impregnan en la forma de percibir su sexualidad.

I. A) El concepto de sexualidad

Desde la presente investigación se tomará en cuenta el concepto de sexualidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entendiendo a la misma cómo:

“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales” (OMS, 2006: 3)

Al mismo tiempo, es importante recuperar el concepto de educación sexual brindado por la OMS, ya que se hará mención del mismo durante el transcurso de la investigación.

“La educación sexual es la promoción del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad y fomento del proceso por medio del cual el individuo pueda reconocer, identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a lo largo del ciclo vital, libre de ansiedad, temor o sentimiento de culpa” (OMS, 2006: 3)

Retomando los aportes de López Gómez (2005), la sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano, constructo sociocultural e histórico, producto y productora social. Las personas se construyen como sujetos sexuales a lo largo de sus trayectorias vitales, aprendiendo a vivir, sentir y ejercer su sexualidad desde los diferentes espacios de referencia, pertenencia y socialización. A lo largo del ciclo vital, la misma presenta manifestaciones, intereses, expresiones, sentimientos y características diferentes.

Es por ello que consideramos que la sexualidad humana está compuesta por varios componentes: biológicos, psicológicos, sociales y también culturales. Por lo tanto, hablar de sexualidad no significa hablar únicamente de relaciones sexuales. Es importante tener en cuenta las demás dimensiones para no caer en la simplicidad de equiparar sexualidad con genitalidad, ya que a lo largo del tiempo la misma fue pensada desde el plano biológico y se redujo solo al ámbito privado.

Tal como lo plantea el documento del INADI (2015) la sexualidad excede ampliamente a la genitalidad, y se encuentra relacionada a los modos de vincularnos con quienes nos rodean, a la expresión de sentimientos y afectos, y a los roles y funciones atribuidos a los géneros, entre otra multiplicidad de cuestiones.

Retomando los aportes de Parra y Oliva (2013), la sexualidad está modelada, aunque no determinada, por diversos factores, como la biología, la cultura, dinámicas sociales e históricas concretas, así como por la experiencia personal. Por lo tanto, esto contribuye a explicar la diversidad existente y los cambios que se producen en función de la época histórica o la cultura en la que se inscriban.

Cabe destacar que durante el transcurso de la historia las distintas sociedades y culturas han sancionado, controlado y regulado la sexualidad, construyéndola como una práctica privada, despojada de derechos, sin tener en cuenta la dimensión socio-histórica de la misma. En este sentido, Foucault (1977) hacía mención de que:

“La sexualidad es cuidadosamente encerrada. Se muda. La familia conyugal la confisca. Y la absorbe por entero en la seriedad de la función reproductora. En torno al sexo, silencio. Dicta la ley la pareja legítima y procreadora. Se impone como modelo, hace valer la norma, detenta la verdad, retiene el derecho de hablar —reservándose el principio del secreto. Tanto en el espacio social como en el corazón de cada hogar existe un único lugar de sexualidad reconocida, utilitaria y fecunda: la alcoba de los padres” (Foucault, 1977: 6)

Es importante remarcar esto para poder comprender que la sexualidad fue censurada y reprimida históricamente en la sociedad en general ya que no era considerada, como en la actualidad, un aspecto central de la vida de cada persona y una cuestión de derechos humanos.

De esta manera, se puede dar cuenta que los cambios que se producen, en cuanto a la forma de entender la sexualidad, se encuentran atravesados por el paso de ser un tema vinculado al ámbito privado del individuo y la familia a un tema donde el Estado comienza a ser un agente regulador, mediante la implementación de políticas públicas y marcos legislativos tales como los derechos sexuales y reproductivos.

Sin embargo, si bien fue generándose una ruptura en torno a la forma de comprender la sexualidad, al interior de las personas con discapacidad continúan reproduciéndose distintos mitos, estereotipos y prejuicios que obstaculizan el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

I. B) Mitos, prejuicios y estereotipos: diferencias conceptuales

Los conceptos de mitos, prejuicios y estereotipos suelen utilizarse en reiteradas oportunidades como sinónimos, en consecuencia, resulta necesario y pertinente referirnos a cada uno de ellos con la intención de diferenciarlos.

De esta manera, cuando hablamos de estereotipos hacemos referencia a:

“Ideas simplificadas acerca de las personas, que solo toman en cuenta un rasgo que las caracteriza. El estereotipo es una idea sobre alguien a quien, por tener alguna particularidad, le atribuimos de manera automática una serie de rasgos, de manera prejuiciosa e irracional. Los estereotipos siempre resultan perjudiciales a la hora de conocer una persona, incluso los mal llamados estereotipos positivos, que funcionan en forma coercitiva. No permiten ver a la persona real y actúan como un corse que presiona al sujeto a tener que responder de la manera en que la sociedad espera” (INADI, 2015: 26)

Por otro lado, el prejuicio⁴ se define como:

“Una *actitud negativa* hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo. Como otras actitudes, el prejuicio se compone de tres componentes: cognitivo (creencias), afectivo (emociones) y comportamental (conducta). Aunque existe cierta correlación entre ellos, estos tres componentes son relativamente independientes y por lo tanto, implican medidas diferentes” (Montes Berghes, 2008: 1)

⁴ Es un tema abordado desde la psicología social norteamericana que tiene sus orígenes en el conflicto interracial. El estudio de la historia de estos fenómenos comenzó en los años 50'-60' con el estudio del prejuicio racial y fue concebido como un problema social en la época.

Por su parte, la comprensión de los mitos resulta la más compleja ya que se puede realizar desde diferentes perspectivas. A partir de los aportes de Álvarez Balandra (2013) se puede decir que, por un lado, el mito parece asociarse a narraciones que expresan una historia de algo sobrenatural protagonizado habitualmente por seres extraordinarios, tales como dioses, semidioses, héroes o monstruos. Por otro lado -y desde donde se va a comprender este concepto en la presente investigación- el mito aparece como una expresión humana que surge con el logos⁵ o razón (científica y técnica). Dos términos griegos (mythos y logos) que tienen un origen común, ya que eran utilizados por éstos para referir el habla, la palabra y el discurso. Sin embargo, con la consolidación del pensamiento Ilustrado europeo⁶ los mitos pasaron a ser opuestos, enfrentados con el logos; transición que llevó a que el mito pasara a ser la forma balbuceante, infantil, primitiva, salvaje y sobre todo *falsa de la realidad que busca expresar*; ocupando de esta forma el ‘pensamiento irracional’.

El siguiente cuadro muestra, a modo de síntesis, lo expresando anteriormente:

Estereotipo	Implican ideas simplificadas sobre las personas. Actúan de forma coercitiva, ya que no permiten ver a la persona en forma real. Pueden ser positivos o negativos. Se espera que la persona responda de una determinada manera.
Prejuicio	Implica una actitud negativa hacia las personas. Se componen de: creencias, emociones y conductas.
Mito	Ocupa el pensamiento irracional. Es la forma balbuceante, infantil, primitiva, salvaje y falsa de la realidad que busca expresar.

Fuente:

Elaboración propia en base a INADI (2015); Montes Berges (2008); Álvarez Balandra (2013)

⁵La palabra *Logos* es de origen griego y puede ser entendida en dos sentidos: como la argumentación por medio de las palabras, o como el pensamiento y la razón. Ambos se encuentran interrelacionados entre sí.

⁶Tiene su origen en el siglo XVIII, principalmente en Francia e Inglaterra. Los filósofos de la ilustración, conformados por un grupo reducido de intelectuales, buscaban la verdad científica y se basaron en la razón para explicar la realidad del mundo en el que vivían.

La definición y por tanto diferenciación de estos tres conceptos nos invitan a pensar como las personas con discapacidad, y en particular lo que hace referencia a su sexualidad, fueron atravesadas por distintos mitos, prejuicios y estereotipos, así como también por distintos modelos y nociones que se fueron desarrollando a lo largo de la historia.

Retomando los aportes de Del Aguila y Rosales (2013) los estereotipos, que tienen como principal característica su resistencia al cambio- ya que se reproducen de generación en generación- terminan ejerciendo efectos en nuestro pensamiento sobre los y las demás, sugiriendo que los miembros de los grupos poseen ciertos rasgos y características. Esto se traduce en la desventaja que impide a las personas con discapacidad la plena inclusión y la igualdad de oportunidades con los y las demás y, que muchas veces, implica la negación de derechos humanos básicos. Sucede que, si bien puede parecer que algunos de los estereotipos están superados en la actualidad, es probable que simplemente no sean expresados, pero que se mantengan vigentes en el imaginario social

Por otro lado, estos autores consideran que los prejuicios permiten dar cuenta del desconocimiento generalizado que hay sobre la realidad, habilidades, sentimientos y valores de dicho colectivo y se convierten así en la principal fuente de actitudes negativas, barreras y tratos discriminatorios o diferenciados que las personas sin discapacidad imponen sobre las personas con discapacidad, impidiendo en reiteradas ocasiones la inclusión social. Los autores sostienen que para poder entender verdaderamente la naturaleza del prejuicio que existe hacia este colectivo y para poder conocer las diversas maneras en que los prejuicios se expresan es importante dar cuenta las formas en que nuestras sociedades y nuestras culturas perciben y valoran a las personas con discapacidad y, como resultado de ello, entender las razones por las cuales su vida resulta menospreciada.

De esta forma, y continuando con los aportes de Del Aguila y Rosales (2013) muchas de las actitudes negativas son aprendidas en la vida social y aparecen como algo heredado, propio de la sociedad y la cultura. Sin embargo, no es solo la reacción lo que se aprende o se hereda, sino que también se hereda un imaginario social de la discapacidad y con ello una serie de representaciones culturales ligadas a la discapacidad que se insertan en el inconsciente colectivo, en la moral pública y en la cultura.

En este sentido, el apreciar a los otros como ‘diferentes’ es el comienzo del prejuicio. Nos referimos a este colectivo cómo ‘los discapacitados’, ‘los otros’, es decir, como a aquellos que no tienen nada en común conmigo. Se remarca la diferencia como una ‘desviación’ o como una ‘anormalidad’, no como algo natural.

Una vez mencionado esto, se puede decir que a lo largo de la historia se fueron configurando distintos mitos sobre las personas con discapacidad, basados en falsas creencias, que impactan negativamente sobre su sexualidad, la cual termina por ser invisibilizada, censurada y reprimida.

“Alrededor de los cuerpos de hombres y mujeres, jóvenes o viejos, sanos o enfermos, la cultura produce y reproduce complejos tabúes y reglamentaciones sociales en función de los cuales nuestras prácticas sexuales y reproductivas cobran sentido como aceptables o inaceptables de acuerdo con lo permitido y esperado en función del género, la clase social, la etnia o la condición física a la que nos adscribimos. De esta manera, el estigma que impone la discapacidad establece normas, mitos y estereotipos que dificultan la plena satisfacción de los deseos y las necesidades” (Cruz Pérez, 2015: 9)

Retomando a Parra y Oliva (2013), entendiendo que el desarrollo de la sexualidad forma parte de las necesidades humanas, resulta pertinente reflexionar de qué manera atender, educar y prestar apoyos a las personas con discapacidad y sus familias para que esta pueda ser vivida de forma plena.

Es por ello que, trabajar en la deconstrucción de estos mitos, prejuicios y estereotipos es fundamental para que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos al igual que cualquier persona.

I. C) Concepciones de discapacidad

Continuando con el análisis, es importante remarcar que las distintas concepciones y los distintos términos utilizados en torno a la discapacidad se han ido modificando, constituyendo un terreno de disputa tanto en el plano político como social.

En este sentido, la forma en que entendemos a la discapacidad tiene una raíz histórica cuyo origen se desarrolla en la Antigüedad y se ha ido perpetuando a lo largo de los siglos. Muchas de las imágenes o connotaciones negativas en lo que refiere a las

personas con discapacidad se deben a la persistencia concepciones más tradicionalistas que comienzan a ser cuestionadas en la actualidad.

De esta manera, y como veremos en este apartado, “la evolución del concepto de discapacidad que se ha venido dando en los últimos años ha hecho que el peso de las ‘causas’ de la discapacidad, entendida como desventajas o imposibilidad de hacer cosas, se traslade del individuo a la sociedad y al Estado” (Del Aguila y Rosales, 2013: 59).

Para entender dichas modificaciones y su impacto hoy en día resulta necesario desarrollar brevemente los tres tipos de modelos y paradigmas⁷ que, a lo largo del tiempo, fueron atravesando al colectivo de las personas con discapacidad.

Modelo de Prescindencia

A partir de los aportes de Palacios (2008) se puede decir que este modelo -cuyo origen se ubica en la Antigüedad hasta la Edad Media en Occidente - sostenía que las causas que daban origen a la discapacidad eran de índole religiosa, es decir, eran tomadas como un castigo a los padres y madres por algún pecado cometido a lo largo de su vida. Por lo tanto, aquellas personas que hasta aquel momento eran consideradas discapacitadas, minusválidas, enfermas se percibían como una carga para la familia y la sociedad. Se pensaba que dichas personas eran seres improductivos, que no tenían nada que aportar a la comunidad y por ende, era usual que tuvieran como destino la marginación social o la muerte.

En relación a esto, la autora considera que dentro del modelo de prescindencia, es posible distinguir dos submodelos: el eugenésico y el de marginación. Su diferencia radica en las diversas consecuencias que pueden derivarse de aquella condición de innecesaridad que caracteriza a las personas con discapacidad. Así, se verá que —si bien desde ambos submodelos se prescinde de las vidas de estas personas— en el primero la solución es

⁷ Se entiende por paradigma al sistema de conceptos interrelacionados que guían como se percibe la realidad y cómo se actúa sobre ella. Impregnan las actitudes sociales e individuales, deciden cuales son los problemas, las soluciones y los modos de abordar los conflictos relacionados, en este caso, con la discapacidad. (Palacios: 2008, 58)

perseguida a través de la aplicación de prácticas eugenésicas⁸, mientras que en el segundo dicho objetivo es alcanzado mediante la marginación.

En síntesis, la discapacidad en este momento histórico era percibida como una carga para sociedad en general y se argumentaba en la idea de que la vida de una persona con estas características no merecía ser vivida.

Modelo Biomédico

Desde el segundo paradigma se considera que las causas que dan origen a la discapacidad ya no son religiosas sino biológicas, por lo tanto su abordaje será desde el discurso médico hegemónico basándose fundamentalmente en el tratamiento y la rehabilitación de las personas con discapacidad.

Por lo tanto, al entenderse desde la medicina a la discapacidad como un problema individual, asociado a la idea de enfermedad, el fin principal de dicho modelo será el de ‘normalizar’ a las y los sujetos para que puedan ejercer ‘correctamente’ su función dentro sociedad.

Según los aportes de Rosato y Angelino (2009) la idea de normalidad puede entenderse en dos sentidos. Por un lado, asociada a lo útil, lo competente, lo eficiente, que se adapta a la vida productiva. Por otro lado, vinculada a la convención de la mayoría: como son todos es como se debe ser. Es por ello que se otorga un elevado grado de importancia a la rehabilitación, ya que se asigna un trastorno a la salud del sujeto individual. La propia persona comienza a considerar que ‘está mal ser lo que es’ y debe corregirse para dejar de serlo. Al suponerse que hay algo equivocado en las y los sujetos se requiere de especialistas que las y los analicen e investiguen.

Las autoras hacen un recorrido histórico desde distintas vertientes para entender con mayor claridad de qué hablamos cuando hablamos de lo ‘normal’. En este sentido, con sus orígenes en la Modernidad, la ‘Normalidad’ se constituye en un concepto clave en el establecimiento de demarcaciones entre lo Mismo y lo Otro, y que incluye bajo la denominación de ‘anormales’ a grupos cada vez más numerosos que pueden ser agrupados como el resto de lo que no somos nosotros. Asimismo, plantean que estas ideas no solo se

⁸ Los métodos eugenistas que se han desarrollado a lo largo de la historia incluyen desde esterilizaciones forzadas hasta genocidios. Ha sido usada como justificación para diversas formas discriminadoras y de violación de derechos humanos, promovidas por diversos sistemas políticos.

han constituido socialmente sino que han sido constituyentes de lo social, instalando una serie de demarcaciones y marcas en los sujetos que instauran una dualidad normal/anormal, en la que el segundo término debe ser controlado, corregido o castigado por intervenciones específicas. Dentro de ello se puede destacar el papel fundamental que adquiere la medicina, donde es el médico quien empieza a constituirse como agente central en la producción de individuos sanos y desde donde se aborda la medicalización como dispositivo normalizador. Instalada una idea de normalidad, de cuerpo normal y de población normal, se trata entonces de producir sujetos a esa medida, y de controlar sus desviaciones con el objetivo de corregirlas.

En esta construcción de la discapacidad basada en la perspectiva biomédica se pueden identificar dentro de la producción de la OMS dos momentos en torno a las conceptualizaciones que históricamente han atravesado al colectivo de personas con discapacidad. Por un lado, en 1980, en un documento denominado “*Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*” donde la discapacidad es entendida como:

“Toda disminución (restricción) o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro de un margen que se considera normal para un ser humano. La discapacidad sería así el resultado de la incidencia de una deficiencia que restringe o anula las habilidades de una persona para desarrollar una actividad considerada normal dentro de su contexto sociocultural” (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, 1980)

Esta definición nos muestra que el énfasis está puesto en el sujeto individual y su ‘deficiencia’, la cual impide a la persona realizar determinado tipo de actividades que se consideran ‘normales’ dentro de la vida cotidiana. “La persona con discapacidad es un ser humano que se considera desviado de una supuesta norma estándar, y por dicha razón (sus desviaciones) se encuentra limitada o impedida de participar plenamente en la vida social” (Palacios, 2008: 81).

Por otro lado, veinte años más tarde, la OMS realiza una reformulación de la CIDDDMM y a partir de la “*Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*” (CIF) establece que:

“El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales. ... Los Factores Contextuales incluyen tanto factores personales como factores ambientales” (OMS, 2001: 9)

En este sentido, el cambio que se genera en la conceptualización de la discapacidad hace hincapié en la *funcionalidad*⁹ del individuo, desde una mirada bio-psico-social que si bien integra los factores del contexto y del entorno continúa ubicándose en el campo de la salud. Por lo tanto, esta nueva clasificación sigue reproduciendo prácticas individualistas y connotaciones negativas que se asocian a la idea de falta, restricción y limitación de las personas con discapacidad.

En síntesis, en este modelo- a diferencia del anterior- la discapacidad se encuentra estrechamente vinculada con la enfermedad o la condición de salud. Recuperando los aportes de Palacios (2008), las personas pasan a ser consideradas normales o anormales, muchas veces según sean diagnosticadas por la medicina como sanas o enfermas. De este modo, todas las miradas se centran en las destrezas o habilidades que una persona pueda ser capaz de adquirir; por lo tanto, el tratamiento de la discapacidad se encuentra relacionado a buscar la cura, o una mejor adaptación de la persona, o un cambio en su conducta. La idea de ‘restaurar’ a una persona y brindarle la oportunidad de vivir una vida ‘normal’ reafirma las nociones de anormalidad y normalidad ya que según los objetivos de este modelo, parece que las personas con discapacidad se encontraran obligadas a ser como los demás.

Según la autora, desde este paradigma, la discapacidad es medida solo con parámetros médicos, y es precisamente el médico quien termina dirigiendo la vida y las elecciones de las personas con discapacidad, lo cual implica la total pérdida y restricción de autonomía.

⁹ De estructuras corporales y de participación de los individuos.

Así, puede afirmarse que el modelo rehabilitador pone excesivo énfasis sobre el diagnóstico clínico, lo que genera una visión parcial e incompleta de la discapacidad, ya que deja por fuera el contexto social, entendiendo que el mismo actúa como barrera frente al desarrollo de una vida plena de las y los sujetos con discapacidad.

Modelo Social

Como contraposición a la perspectiva anterior, este nuevo modelo intenta romper con la idea de la discapacidad como un atributo individual, poniendo especial énfasis en el contexto social como generador de la misma. Por lo tanto, ya no serían las ‘limitaciones’ individuales las que dan origen a la discapacidad sino las propias barreras que presenta la sociedad para prestar servicios que se adapten a las y los sujetos. Según Palacios (2008) el modelo anterior se centra en la rehabilitación o normalización de las personas con discapacidad, mientras que el modelo bajo análisis aboga por la rehabilitación o normalización de una sociedad, pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas.

El presente paradigma, tiene sus orígenes en Europa y Estados Unidos alrededor de la década de los 60’ y principios de los 70’, donde comienzan a organizarse políticamente algunos grupos de personas con discapacidad- muchos de ellos sobrevivientes a la guerra- reclamando el derecho a vivir en la comunidad en iguales condiciones. Este nuevo movimiento -Movimiento de vida independiente- rechaza la idea de mantener una vida dentro de instituciones y estar involucradas a programas de rehabilitación. En este sentido, las personas con discapacidad manifiestan la opresión de la que son parte y reclaman sus derechos, pidiendo tomar por sí mismas en control de sus propias vidas.

Retomando los aportes de López González (2007), el movimiento de las personas con discapacidad, de forma generalizada, ha ido asumiendo gran parte de las ideas y propuestas del modelo social de discapacidad, tomándolas como base conceptual para reinterpretar sus propias experiencias, definirse como colectivo, y emprender su acción político-social.

Algunas autoras y autores inscriptos en la perspectiva de ese modelo proponen:

“Pensar a la discapacidad como una producción social, inscripta en los modos de producción y reproducción de una sociedad. Ello supone la ruptura con la idea de déficit, su pretendida causalidad biológica y consiguiente carácter natural, a la vez que posibilita entender que su significado es fruto de una disputa o de un consenso, que se trata de una invención, de una ficción y no de algo dado. Hablamos de un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo “normal” del cuerpo Uno (único)” (Rosato y Angelino, 2009: 31)

A partir de los aportes de Maldonado (2012) se considera que en la actualidad se produce un cambio que pasa de comprender a las personas con discapacidad como enfermas, las cuales deben superar sus carencias y deficiencias para poder adaptarse lo mejor posible a la sociedad; a la percepción de personas con discapacidad como un colectivo que no tiene las mismas posibilidades de acceso ya que la sociedad ha construido un entorno preparado únicamente para un determinado *estándar* de personas. Para ello, este nuevo modelo considera la importancia de reconocer los derechos de igualdad y no discriminación de las y los sujetos.

En la misma línea el autor considera que:

“La falta de igualdad de oportunidades no es consecuencia real de la condición médica en sí misma, sino en gran medida de las actitudes de la marginación social y la discriminación, con la creación de estereotipos que implícitamente niegan o rechazan las habilidades y necesidades de las personas con discapacidad. Puede concluirse entonces que el *modelo social de la discapacidad* visualiza y ubica el problema de la discapacidad dentro de la misma sociedad” (Maldonado, 2012: 2)

Ahora, al mismo tiempo de entender a la discapacidad como una construcción y un modo de opresión social se busca enfatizar en la *autonomía* de las personas para tomar decisiones sobre su propia vida. Para ello se torna necesario eliminar las barreras económicas, culturales y del medio ambiente tales como la inaccesibilidad a la educación, el trabajo, el transporte, la vivienda, entre otros, que impiden el pleno goce de los derechos. En este sentido se plantea que, estos obstáculos son el resultado de una sociedad que no considera ni tiene en cuenta a las personas con discapacidad.

“Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad son discapacitadas como consecuencia de la negación por parte de la sociedad de acomodar las necesidades individuales y colectivas dentro de la actividad general que supone la vida económica, social y cultural” (Palacios, 2008: 121)

Siguiendo la línea de esta autora, lo que se aspira desde el modelo social es a normalizar el entorno de esas personas, es decir, el ambiente, la sociedad; y no al individuo particular; a fin de adaptarse a las necesidades de todas y todos, incluyendo por sobre todo a las personas con discapacidad. Por lo tanto, algunas herramientas, tales como la accesibilidad universal y el diseño para todos¹⁰, cobran una importancia fundamental para la prevención de situaciones que afecten a este colectivo.

Dicho esto, resulta pertinente destacar que el recorrido histórico que se aborda desde la presente investigación acerca de los distintos modelos- prescindencia; médico hegemónico y social- pretende dar cuenta de cómo fueron entendidas y tratadas las personas con discapacidad a lo largo de la historia y cómo muchas de las ideas, propias de los paradigmas tradicionales, continúan reproduciéndose en la actualidad.

Al mismo tiempo se considera que los distintos modelos abordados han influido en la composición de mitos, prejuicios, estereotipos y falsas creencias en torno a la sexualidad de dicho colectivo.

Es por ello que desde esta investigación se propone pensar a la discapacidad desde el modelo social, ya que a partir de esta nueva mirada ha comenzado un proceso de creación de políticas públicas y legislativas donde se pasa de entender a las personas con discapacidad como objetos de intervención médica a personas sujetas de derechos.

Asimismo, resulta importante destacar que, si bien la legislación ha ido avanzando en la construcción de una nueva mirada hacia las y los sujetos, es la misma sociedad la que

¹⁰ “A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a: 1) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo; 2) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.” (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Artículo 9. 1)

continúa generando barreras basadas en concepciones invalidantes, donde se remarca lo que *no pueden o no deben hacer* las propias personas.

Ahora, si bien el análisis se centrará en cómo es vivida la sexualidad de las personas con discapacidad desde la percepción de las y los propios sujetos, es importante entender que los mitos, prejuicios y estereotipos se encuentran presentes en muchos aspectos de su vida cotidiana. Por ello se sostiene que:

“Mientras estos prejuicios se mantengan, las personas con discapacidad no podrán gozar de una verdadera igualdad de oportunidades, como tampoco podrán acceder a los servicios de salud, a la educación y al trabajo, quedando condenadas a la segregación, al aislamiento y a la soledad” (Del Aguila y Rosales, 2013: 1)

Finalmente, resulta interesante destacar los planteos del documento temático de INMUJERES (2018) donde se considera que la desigualdad y la falta de oportunidades que viven las personas con discapacidad han propiciado que no se respeten sus derechos humanos. En la actualidad existen prejuicios y paradigmas que las etiquetan y les impide tener un desarrollo en igualdad de condiciones con las demás personas en todos los ámbitos. En este sentido el documento sostiene que:

“La sociedad debe contribuir a la eliminación de las barreras actitudinales, culturales, físicas y de comunicación que se imponen a las personas con discapacidad, y que interfieren en el ejercicio de sus derechos, particularmente los sexuales y reproductivos. Esto con la finalidad de promover la inclusión de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida social” (INMUJERES, 2018: 10)

Entendiendo a la sexualidad como un eje fundamental en todas las etapas de vida del ser humano, es imprescindible garantizar el pleno ejercicio y disfrute de la misma para poder lograr el bienestar físico, mental y social. “Partiendo de esta premisa es indispensable garantizar en su totalidad la libre expresión y ejercicio de la sexualidad de las personas con discapacidad, toda vez que es un derecho”. (INMUJERES, 2018: 7)

CAPITULO II

Las personas con discapacidad como sujetos de derecho

“El Siglo XXI enfrenta retos importantes en relación con las personas con discapacidad. Deudas históricas hacen de este tema una prioridad de salud pública, desarrollo y, sobretodo, de derechos humanos. A pesar de tener un reconocido avance en tratados de derechos; abordar los imaginarios y prácticas en relación con los derechos sexuales y reproductivos de esta población plantea interrogantes sobre si se han superado viejos paradigmas”

(Bogotá, Universidad de Rosario: 2015)

Presentación

En el presente capítulo se realizará un abordaje del marco legal de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina a partir del surgimiento de nuevas normativas que fueron ampliando el reconocimiento por los derechos sociales. A su vez, se verán las implicancias de los mismos en el marco de las personas con discapacidad, haciendo mención especial de la legislación vigente que ampara a dicho colectivo.

I. El reconocimiento legal de los derechos sexuales y reproductivos

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, si bien a lo largo de la historia la sexualidad de las personas ha sido reducida al ámbito privado del individuo y la familia, en la actualidad, se ha tornado un asunto público a través de la implementación de políticas públicas vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos.

“Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos derechos humanos básicos y, por lo tanto, inalienables, integrales e indivisibles. Son inherentes a mujeres y hombres sin distinción de edad, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual o religión. Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud, a la calidad de vida y a la libertad, con los cuales están directamente relacionados” (AMADA, PNSSyPR, Ministerio de Salud de la Nación, 2015: 20)

La definición de trabajo propuesta por la OMS (2006) orienta en la necesidad de atender y educar la sexualidad humana, por lo cual es de suma importancia reconocer estos derechos.

En este sentido, el Ministerio de Salud de la Nación considera que hablar de derechos sexuales y reproductivos implica:

- la posibilidad de disfrutar de una vida sexual saludable y placentera, sin presiones ni violencia;
- ejercer nuestra orientación sexual y nuestra identidad de género libremente y sin sufrir discriminación;
- decidir si tener o no tener hijos, cuándo y con quién tenerlos, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos;
- recibir atención gratuita de nuestra salud sexual y reproductiva;

- obtener información y orientación clara, completa y oportuna sobre nuestra salud sexual y reproductiva;
- elegir el método anticonceptivo que más se adapta a nuestras necesidades, criterios y creencias;
- acceder gratis a los métodos anticonceptivos en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas;
- acceder a la atención con garantía de intimidad, igualdad y no discriminación en los servicios de salud.

Es importante remarcar que son las instituciones del Estado como los servicios de salud y las personas que trabajan en ellos, quienes tienen la responsabilidad de garantizar, respetar y prevenir la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos.

A partir de los aportes de Pecheny y Petracci (2006) se puede decir que, en Argentina, con el retorno de la democracia en 1983, se produjo una ruptura con la asociación de estos derechos al ámbito privado y comenzó un proceso de reivindicación de los mismos; por lo tanto este período implicó una ‘salida del silencio’ respecto de los derechos humanos relativos a la sexualidad. En este sentido, se entiende que:

“En una sociedad democrática, viejos y nuevos actores reivindican nuevos derechos o un nuevo campo de aplicación de derechos ya reconocidos. Esa dinámica favorece la apertura y ampliación del universo político: nuevos temas son susceptibles de deliberación, gran parte de las relaciones sociales son cuestionadas y nuevos espacios se vuelven terreno de acciones políticas. En particular, la reivindicación de derechos sexuales politiza relaciones sociales consideradas privadas o naturales, poniendo en cuestión los límites instituidos entre lo privado y lo público, y entre lo natural y lo social. La politización pasa entonces por mostrar que relaciones consideradas privadas están en realidad atravesadas por una dimensión política y que relaciones percibidas como naturales son en realidad construidas social e históricamente” (Pecheny y Petracci, 2006: 2)

Siguiendo la línea de estos autores se puede decir que, previamente, la dictadura militar que abarcó el periodo 1976-1983 dispuso como decreto ‘eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad’ y el gobierno de Isabel Perón, en 1974, promulgó la restricción de la venta de anticonceptivos, prohibió las actividades de control de la natalidad y llevó a cabo campañas para destacar los riesgos de las prácticas

anticonceptivas. La justificación central de estas disposiciones se basaba en ‘la persistencia de bajos índices de crecimiento de la población’.

“Como resultado del contexto político autoritario, de la exclusión de toda política pública de salud reproductiva, y de la feroz represión generalizada de las voces que pudieran reclamar derechos, el período fue caracterizado por su ‘silencio’, que se quebró con la vuelta a la democracia” (Pecheny y Petracci, 2006: 2)

Ahora bien, resulta pertinente en este marco analizar el motivo por el cual previamente a la década del 80’ no existía un reconocimiento legal de los derechos sexuales y reproductivos.

Para ello, es interesante recuperar los aportes de Otero (2007) quien hace hincapié en dos fenómenos fundamentales dentro del crecimiento demográfico en la Argentina previo a estas décadas. En este sentido, el autor sostiene que la ‘obsesión del número’ y la preocupación por el crecimiento de la población fueron más imperiosas en los países nuevos como la Argentina caracterizados por la posesión de enormes superficies territoriales escasamente pobladas. Con la intencionalidad de generar el aumento de la población, se impulsó una política explícita de fomento a la migración desde el Estado argentino a partir de la cual se recibieron amplios flujos migratorios provenientes del continente Europeo (fines del siglo XIX y principios del XX). A su vez, también había otra forma de estimular el crecimiento de la población y era a través del aumento endógeno, es decir, de un incremento de la natalidad. Para ello, el estado argentino implementó una política implícita en torno a la natalidad lo cual explica en parte la ausencia de política de regulación y/o control de los nacimientos por parte del estado.

Ahora, si bien durante esta etapa se generaron grandes flujos migratorios en el país, es a partir de 1914, y sobre todo de 1930, que comienza a generarse un proceso de reducción del crecimiento migratorio. En este sentido, el autor plantea que este período dio paso a profundos debates sobre las vías para garantizar el aumento de la población, al que se seguía viendo como uno de los pilares esenciales del crecimiento económico. Para ello, los debates se estructuraron en torno a dos alternativas: los que apostaron por la continuidad del crecimiento migratorio ultramarino y los que, por el contrario, más conscientes de la nueva coyuntura europea, apostaron al crecimiento endógeno, es decir, estimular el aumento de la natalidad.

“La baja de la natalidad, notable a partir de 1930, disparó asimismo la preocupación por revertir ese fenómeno, a partir de evaluaciones –teñidas de razonamientos eugenistas y de teorías socio-raciales europeas- que llevaron a muchos pensadores a ver en ella un síntoma de decadencia inequívoca. Las reflexiones generadas entonces dieron lugar a la proposición de un vasto plan de políticas específicas -como la reducción de la mortalidad infantil, el control de las enfermedades venéreas, la salud de las madres, etc.- que se fueron plasmando progresivamente en las décadas siguientes” (Otero, 2007: 14)

Otero (2007) expresa que durante el peronismo (1946-1955) también se impulsó una activa política de crecimiento demográfico estimulando el incremento endógeno mediante la recuperación de la natalidad, y una nueva política de puertas abiertas a la inmigración europea. También señala que la convicción sobre las virtudes del crecimiento demográfico fue igualmente fuerte durante los gobiernos desarrollistas quienes a pesar de las diferencias compartieron la percepción de que el crecimiento demográfico era esencialmente positivo, sea porque aumentaba el número de productores y consumidores en el mercado interno (aspecto clave de sus políticas industrialistas), sea porque contribuía a la disponibilidad de efectivos militares para eventuales conflictos con los países vecinos (rasgo propio de las etapas militares del desarrollismo).

Fue recién a fines de 1986 que se dispuso dejar sin efecto los decretos impuestos por el gobierno militar y por el gobierno de Isabel Perón, y por lo tanto se levantaron las medidas que regían tanto en los sistemas de salud como en las obras sociales y restringían el acceso a anticonceptivos.

Sin embargo, si bien el retorno a la democracia implicó una ruptura con el tratamiento desarrollado hacia los derechos sexuales y reproductivos, los cambios que se fueron consolidando no generaron la inmediata implementación de acciones y políticas públicas que permitan garantizar a la población dichos derechos.

En este marco, resulta fundamental reconocer el rol clave que tuvieron los distintos movimientos de mujeres para dar lugar a instalar en la agenda pública la disputa y el reconocimiento de los mismos. Se genera así un proceso donde, hasta ese momento, los ‘innombrables’ derechos sexuales y reproductivos empiezan a ser objeto de debate en el ámbito público.

Según Bonacorssi y Reydet (2008) los derechos sexuales comienzan a tomar relevancia a partir de las luchas de las mujeres por el acceso a la anticoncepción y al derecho a decidir sobre su propio cuerpo en el marco de la autonomía en las cuestiones sexuales y reproductivas.

En un marco más amplio, Brown (2008) plantea que los años 60'-70' fueron tiempos de grandes movimientos sociales, políticos, culturales; momentos de cambios y conmociones de muchos de los patrones tradicionales. Fue una época de efervescencia y de grandes utopías, con el movimiento de mujeres en una de sus fases ascendentes. La sexualidad, en este contexto, se planteaba desde el punto de vista de la autodeterminación y la libertad de las mujeres para ejercer una vida sexual plena y ya no, ligada a la reproducción exclusivamente.

Asimismo, la existencia de distintos tratados y acuerdos internacionales reconocidos por la Argentina también generaron el puntapié para la apertura hacia el tema. Entre ellos podemos mencionar: la IV Conferencia Mundial de la Mujer¹¹ (celebrada en Beijing), la Convención sobre todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer¹² (CEDAW - ONU, 1979), o la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo¹³, celebrada en El Cairo en 1994, en las que se reconoce el derecho de todas las personas a gozar de salud sexual y reproductiva y donde empiezan a reconocerse los DDSSRR como derechos humanos básicos.

¹¹ La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, marcó un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, adoptada de forma unánime por 189 países, constituye un programa en favor del empoderamiento de la mujer y en su elaboración se tuvo en cuenta el documento clave de política mundial sobre igualdad de género. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing establece una serie de objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género en 12 esferas cruciales: La mujer y la pobreza; Educación y capacitación de la mujer; La mujer y la salud; La violencia contra la mujer; La mujer y los conflictos armados; La mujer y la economía; La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; Los derechos humanos de la mujer; La mujer y los medios de difusión; La mujer y el medio ambiente; La niña.

¹² La Convención, considerada como un instrumento jurídico internacional, es aprobada por los distintos Estados y los compromete con una serie de obligaciones con las mujeres. Está regida por tres principios básicos: 1. Igualdad de resultados 2. No discriminación 3. Responsabilidad estatal. Una cuestión fundamental es que reconoce el papel de la cultura y las tradiciones en el mantenimiento de la discriminación contra las mujeres, y obliga a los Estados a eliminar los estereotipos en los roles de hombres y mujeres.

¹³ En esta Conferencia sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), se generó un importante consenso a nivel mundial sobre las preocupaciones de los distintos países en torno a los derechos humanos, la población, la salud sexual y reproductiva, la igualdad entre los géneros, y la planificación familiar entre otra multiplicidad de cuestiones vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos.

Retomando a Bonacorssi y Reydet (2008) en 1985 el gobierno democrático de Raúl Alfonsín suscribió la CEDAW, en un complejo escenario marcado no sólo por la presencia del tema en el nivel internacional, sino por la asunción de un rol activo por parte del Estado, y por las presiones desiguales y contradictorias ejercidas por diferentes sectores de la sociedad civil, desde el movimiento de mujeres hasta la Iglesia Católica. En este sentido, el debate por estos derechos que se inició a partir de la restauración democrática, fue producto de la lucha de distintos movimientos sociales así como también de la presión ejercida por el contexto internacional con el avance de esta temática.

Con la reforma de la Constitución Argentina en el año 1994 se produce la incorporación de la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer, otorgando jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22). De esta forma, los derechos consagrados en la CEDAW, así como las obligaciones del Estado, se consideran de aplicación inmediata.

Frente a ello podemos decir que, a partir de esta época comienza un largo proceso donde se empieza a pensar en distintas políticas públicas y en la creación de programas que den sustento y garanticen los DDSSRR.

“Puede afirmarse que la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se encuentra en el pasaje desde una situación homogéneamente restrictiva —propia de las décadas precedentes— a otra en la que van produciéndose larvados cambios y aperturas, que de ningún modo siguen una trayectoria lineal” (Bonacorssi y Reydet, 2008: 9)

En este sentido, recuperando los aportes de Otero (2007), se puede decir que, los actuales debates sobre la salud reproductiva se articulan –correctamente por otra parte- en torno al grado de cumplimiento de los derechos de las personas a elegir libremente su descendencia y no, como en el pasado, a ver cuáles son los efectos de la natalidad sobre el crecimiento demográfico del país.

“A inicios del siglo XXI, los derechos sexuales, aún con sus déficit, muestran que en su construcción las personas son interpeladas, no ya como víctimas sin capacidad de voz ni acción, sino cada vez más en su condición de sujetos y ciudadanos sexuales”(Pecheny y Petracci, 2006: 2)

Ahora bien, teniendo en cuenta el largo proceso del que hacemos mención anteriormente, a la hora de recuperar los distintos marcos normativos que regulan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, podemos observar que pasaron veinte años –aproximadamente- entre la época en la comienza a hablarse de los mismos y la implementación de las distintas leyes y programas, a saber:

Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	2002
Ley Educación Sexual Integral	2006
Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres	2009
Ley de Matrimonio Igualitario	2010

I. A) Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Una de las políticas del Estado Nacional para garantizar los derechos sexuales y reproductivos fue la creación de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable - 25.673 - sancionada en 2002, y su posterior implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el año 2003, es decir, veinte años después del retorno a la democracia.

Recuperando los datos aportados por la encuesta del INDEC (2013) se entiende a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, con sus funciones y procesos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales.

Objetivos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia
Disminuir la morbilidad materno-infantil
Prevenir embarazos no deseados
Promover la salud sexual de los adolescentes
Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias
Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable
Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable

Fuente: www.salud.gob.ar

Cabe destacar que, como se mencionó anteriormente, la Ley y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable fueron creados en un contexto y un marco de ampliación de derechos ya que, a partir del año 2003, el Estado Nacional asume como responsabilidad fomentar distintos tipos de políticas públicas con el objetivo de garantizar los derechos sexuales y reproductivos a través de distintas prestaciones y servicios.

En este sentido se puede decir que:

“Se trata de un extenso y sinuoso recorrido en el que se ha visibilizado y posicionado en la agenda institucional de los países el paradigma de derechos como marco de la planificación del desarrollo. Específicamente, la agenda de derechos sexuales y reproductivos así como el reconocimiento de los derechos de las mujeres, de las niñas, niños y las y los adolescentes desde una perspectiva de equidad de género y respeto por la diversidad cultural y sexual” (INDEC, 2013: 12)

I. B) Ley Educación Sexual Integral (ESI)

Otra de las políticas del Estado Nacional para garantizar los derechos sexuales y reproductivos fue la creación de la ley 26.150 y del Programa de Educación sexual Integral

que tiene por objetivo promover el derecho a la sexualidad de los y las niños, niñas y adolescentes dentro del ámbito escolar.

Dicha Ley, sancionada y promulgada en Octubre de 2006 por el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación, establece que todas y todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada, donde se garantizarán una serie de acciones educativas que promuevan el cumplimiento del Programa.

Se considera de suma importancia la aplicación e implementación de la misma dentro de las instituciones escolares ya que es uno de los espacios específicos para avanzar hacia la transformación de prácticas culturales, fuertemente arraigadas, que profundizan las desigualdades y obstaculizan el desarrollo integral y pleno de los y las jóvenes.

Objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral
Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica equilibrada y permanente de las personas.
Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos y confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral
Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular.
Procurar igualdad de trato y oportunidades para mujeres y varones.

Fuente: www.salud.gob.ar

Históricamente, la educación sexual fue desarrollada dentro de los espacios curriculares de ciencias naturales y biología, donde se abordaba a la sexualidad desde un discurso biologicista enfocándose principalmente en la genitalidad, la reproducción, las enfermedades de transmisión sexual y los modos de prevenirlas, dejando de lado los aspectos psicológicos, sociales y culturales propios de la sexualidad.

En este sentido, se considera que es importante el abordaje de la educación sexual de manera transversal en el ámbito escolar y desde la más temprana edad, ya que genera las

posibilidades de estar informado/a para poder tomar decisiones de manera responsable, cuidarse y anticiparse a distintas situaciones de la propia vida.

Para ello el Estado Nacional debe asumir como responsabilidad la capacitación de los y las docentes de todos los niveles -inicial, primaria, secundaria- así como también otorgar distintos materiales y propuestas para que puedan ser desarrollados dentro del aula.

Entre la multiplicidad de temas que se incluyen en el abordaje de la sexualidad dentro del marco del Programa podemos destacar algunos como: relaciones sexuales; cuidado del cuerpo; privacidad e intimidad; diversidad sexual; enfermedades de transmisión sexual; métodos anticonceptivos; embarazo; aborto; violencia de género; abuso sexual; trata de personas; etc.

Los distintos cambios producidos nos invitan a pensar como este tipo de políticas marcan una salida y una ruptura de la concepción histórica de la sexualidad y su vinculación al plano biológico; así como también el paso de ser un asunto considerado de orden privado a ser considerado dentro del ámbito público de la escuela, desde donde se busca fomentar un espacio de aprendizaje para abordar la sexualidad de forma integral.

Un aspecto que resulta importante mencionar en este apartado es la elaboración de un material sobre la Educación sexual Integral en personas con discapacidad llamado '*Es parte de la vida*'. Este documento busca ser un apoyo y un refuerzo a los lineamientos curriculares de la ESI haciendo mención especial a las distintas barreras con las que se enfrentan las personas con discapacidad a la hora de acceder a información vinculada a su sexualidad.

Retomando los aportes de Minieri (2017), en el año 2012 se llevó a cabo una Mesa intersectorial creada por iniciativa del Programa de Educación Sexual Integral del Ministerio de Educación que incluyó a representantes de la Modalidad de Educación Especial de ese Ministerio, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), la Unidad para personas con discapacidad del Ministerio de Trabajo de la Nación y el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. El objetivo de esta Mesa fue revisar y adaptar los materiales del programa de Educación Sexual Integral para incorporar y hacerlos accesibles a las personas con discapacidad. Asimismo, en los encuentros también

se abocaron a debatir ‘propuestas para desarrollar políticas’ y a la revisión y adaptación de materiales.

De esta forma, a partir de la creación de este documento, se busca reconocer el derecho de las personas con discapacidad a recibir una educación de calidad que brinde las herramientas para gozar de todos sus derechos y libertades en igual condiciones que las y los demás.

“En este material hemos intentado lograr un balance entre temas generales de la educación sexual y algunas cuestiones puntuales que tienen que ver con aspectos sociales y de desarrollo personal que conciernen especialmente a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y a sus familias” (Meresman Sergio, 2013: 11)

I. C) Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres

En el marco de comprender la sexualidad en un sentido más amplio, es importante destacar la creación de la Ley 26.485 en el año 2009.

La sanción de la misma pone de manifiesto la violencia contra las mujeres como una problemática social dentro de la sociedad, donde el Estado deberá promover y garantizar distintos tipos de medidas y políticas públicas para fomentar su cumplimiento.

“Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal” (Ley 26.485/09).

Retomando los aportes de Portillo, Conde y MunManShum (2006) este tipo de violencia es un fenómeno histórico, apoyado en una estructura machista y patriarcal que se ha transmitido a lo largo del tiempo y se ha ido desarrollando en múltiples frentes, leyes, mitos, normas, relaciones familiares y relaciones de trabajo, entre otras. En este sentido, con la fuerza del movimiento de mujeres en el mundo, se empieza a tomar conciencia de la gravedad del problema, entendiendo que este tipo de violencia no es un asunto íntimo familiar o estrictamente relegado a la pareja, y se considera más bien un problema social y estructural.

Es por ello, que la sanción de la Ley 26.485 en Argentina se encuentra relacionada con una serie de tratados internacionales que dan sustento a la misma. Entre ellos podemos mencionar: la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, las cuales adquieren jerarquía constitucional.

Objetivos de la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres
La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida.
El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia
Las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos
El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres
La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres
El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia
La asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia

Fuente: Artículo 2. Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres

A su vez se hace mención de los distintos tipos de violencia ejercidos contra las mujeres tales como: física; psicológica; sexual; económica y patrimonial; simbólica; y las distintas modalidades: violencia doméstica; violencia laboral; violencia institucional; violencia contra la libertad reproductiva; violencia obstétrica y violencia mediática.

Es importante mencionar que, una de las medidas más significativas de la Ley 26.485 es el establecimiento de la denuncia y sanción en caso de producirse un acto de violencia contra las mujeres. El artículo 21 pone de manifiesto que se podrá efectuar una denuncia ante cualquier juez o jueza o ante el Ministerio Público en forma oral o escrita.

A su vez, el artículo 32 establece que las sanciones por violencia contra la mujer incluyen: 1) Advertencia o llamado de atención por el acto cometido y 2) Comunicación de los hechos de violencia al organismo, institución, sindicato, asociación profesional o lugar de trabajo del agresor.

En este sentido se puede decir que esta herramienta otorga un mayor grado de visibilización sobre la temática de la violencia de género, la cuál ha sido ocultada y silenciada durante el transcurso de muchos años.

I. D) Ley de Matrimonio Igualitario

La importancia de recuperar la Ley 26.668, sancionada en el año 2010, nos invita a pensar en la diversidad sexual como un factor clave a la hora de hablar de sexualidad. En las últimas décadas el movimiento LGBTIQ (lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex y queer) cobró un gran protagonismo en la transformación de prácticas social y culturalmente arraigadas en relación a la diversidad sexual.

Argentina fue el primer país de América Latina en garantizar legalmente el derecho al matrimonio entre personas del mismo sexo. El artículo 2 de la Ley establece que: “el matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos, con independencia de que los contrayentes sean del mismo o de diferente sexo”.

Resulta pertinente mencionar que: “cuando hablamos de diversidad sexual nos referimos a todas las orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y diversidades corporales, desde una visión amplia respecto de los estereotipos sociales establecidos” (Borisonik, 2017: 8).

A partir de los aportes del autor, se puede decir que, hablar sobre la diversidad sexual nos conduce a reflexionar sobre la invisibilización y, sobre todo, la discriminación que se produjo durante muchos años hacia el colectivo LGBTIQ. En la actualidad se produce un cambio de paradigma, de binario y heterocisnormativo- que excluye a

identidades trans o intersex así como también a orientaciones sexuales distintas a la heterosexual- hacia un paradigma de diversidad y derechos humanos.

Sin embargo, a partir de los aportes de Parra y Oliva (2013), se puede decir que el colectivo LGBTIQ continua siendo objeto de discriminación a causa de la persistencia de estereotipos homofóbicos, transfóbicos y sexistas profundamente arraigados en la sociedad. De esta forma, las características que se atribuyen a mujeres y hombres están estrechamente vinculadas al heterosexismo, es decir, la valoración de superioridad de la heterosexualidad.

A modo de cierre se sostiene que:

“Es importante entender que cuando hablamos de los derechos de personas LGBTIQ no nos referimos a derechos distintos o especiales a los que tiene el resto de los seres humanos, sino que se trata de reconocer los derechos a todas las personas, sin distinción de su orientación sexual, identidad de género, expresión de género y diversidad corporal”(Borisonik, 2017: 12).

Otras leyes relevantes en materia de Salud Sexual y Reproductiva
LEY 23.798 (1990)- Ley Nacional de Sida. Se declara de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
LEY 25.543(2002)- Establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada.
LEY 25.929 (2004) - Protección del embarazo y del recién nacido (también conocida como Ley de Parto Humanizado)- Reglamentada por el Decreto 2.035/2015.
LEY 26.130 (2006) - Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica.
LEY 26.862(2013) - Acceso integral a los procedimientos y técnicas médicoasistenciales de reproducción médicamente asistida.
LEY 26.743(2012) – Ley de identidad de género. El artículo 11 reconoce que, en ejercicio de su derecho a la salud integral, las personas tienen derecho a “acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.”

Fuente: <http://www.redi.org.ar>

II. Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad

Ahora bien, recuperar la legislación en materia de derechos sexuales y reproductivos, y contextualizar los distintos programas, se considera de suma importancia para poder dar cuenta de cómo el colectivo de personas con discapacidad vivencia su sexualidad. Teniendo en cuenta que la sanción de dichas leyes se produce a partir del año 2003, se puede decir que las personas entrevistadas para la presente investigación transcurrieron gran parte de su vida sin un marco legal que respaldara sus derechos.

El documento e investigación de Minieri (2017) nos brinda datos a nivel nacional para poder entender los avances y desafíos en materia de derechos sexuales y reproductivos al interior de las personas con discapacidad. En este sentido, la autora plantea que, el Estado Argentino:

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

Ahora, si bien se producen una serie de avances, son notorias las medidas que aún quedan por resolver. Para ello el documento pone de manifiesto que el Estado Argentino:

- No cuenta con información y datos estadísticos sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad que viven en Argentina;
- No ha desarrollado una política de salud sexual y reproductiva que sea plenamente inclusiva de las personas con discapacidad;

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

En esta línea, la autora hace mención que en 2015, al aprobar la Resolución 65/2015, el Ministerio de Salud reconoce:

“En el caso de las prestaciones de salud sexual y salud reproductiva, las personas con discapacidad enfrentan distintos tipos de barreras, tanto físicas como culturales, que se desprenden de esta ‘presunción de incapacidad’. Por esto es necesario reforzar la obligación de atención y prestación de los servicios sanitarios sin barreras o requerimientos especiales innecesarios e ilegales. En esta comprensión, se considera como medida necesaria que los materiales y documentos producidos desde los programas sobre derechos sexuales y derechos reproductivos mencionen a las personas con discapacidad como destinatarias de esos derechos en igualdad de condiciones con todas las personas” (Minieri, 2017: 20)

Ahora bien, a partir de los datos mencionados, se puede decir en consonancia con los aportes de Pérez Cruz (2015), que la existencia de un marco jurídico que respalde los derechos de las personas con discapacidad no implica que estos se concreten en la realidad. Usualmente, la mayor discriminación se encuentra en los prejuicios y estereotipos que se reproducen al interior de la sociedad y que muchas veces repercuten en profesionales que prestan servicios a esta población; donde no siempre están actualizados en el tema y pueden generar prácticas vinculadas al modelo médico, centrado en atender las diferencias funcionales, lo que mantiene limitaciones en el acceso y disfrute pleno de derechos sexuales y reproductivos.

“En ese sentido, hacer asequibles los derechos humanos a las personas con discapacidad obliga a alejarse de posturas victimistas, caritativas y/o repulsivas que se mantienen vigentes hacia este sector, para avanzar en la exigencia de respeto a sus condiciones y en la satisfacción de sus necesidades básicas, lo que ha tenido un impacto positivo en la creación de nuevas formas de entender y atender la discapacidad en el mundo y ha sido punto de partida para la construcción de políticas, leyes y programas pro derechos de las personas con discapacidad: la eliminación de la opresión que enfrentan, la mejora de sus condiciones de vida, el pleno reconocimiento de sus derechos, la defensa de su dignidad humana y su inclusión social” (Cruz Pérez, 2015: 3)

III. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Las demandas hacia el Estado argentino en torno del efectivo reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad se fundamentan en la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad a la que Argentina adhirió en el año 2008.

El propósito fundamental de la Convención es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (Artículo 1. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad).

Establece una serie de principios basados en la dignidad; la autonomía individual, incluyendo la libertad de tomar las propias decisiones; la no discriminación; la participación e inclusión de las personas; el respeto por la diferencia; la igualdad de

oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer; entre otras (Artículo 2. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad).

Por su parte, el documento plantea una serie de obligaciones a los Estados parte, tendientes a asegurar y promover el ejercicio pleno de los derechos humanos. Retomando a Palacios (2008) el Tratado contiene una serie de derechos sustantivos, como el derecho a la educación, el derecho a la salud, el derecho al trabajo, entre otros, los cuales son abordados desde la perspectiva de la no discriminación. En este sentido, son los Estados los que tienen el compromiso de asegurar a la población el acceso a la educación, al mercado laboral, a los servicios de salud y fundamentalmente desarrollar estrategias para promover y fortalecer su autonomía. “El objeto, en principio, no fue crear nuevos derechos, sino asegurar el uso del principio de no discriminación en cada uno de los derechos, para que puedan ser ejercidos en igualdad de oportunidades por las personas con discapacidad.” (Palacios, 2008: 204)

El documento temático “*discapacidad y no discriminación*” del INADI (2012) plantea que esta legislación representa un cambio de paradigma al cuestionar la perspectiva asistencialista propia del modelo médico, que reproduce una visión parcial y estigmatizante de las personas con discapacidad, dando lugar al modelo social de la discapacidad que reconoce a éstas como sujetos de derechos y al contexto social como un factor clave para determinar el grado de participación del colectivo.

“El vínculo entre discapacidad y derechos humanos hasta las últimas tres décadas, se había limitado a tratar aspectos relacionados con la legislación de asistencia y seguridad social, o con cuestiones del derecho civil como la incapacitación y la tutela. No obstante, la emergencia de los movimientos sociales, en particular el denominado *por la vida independiente*, el cual demandaba que las personas con discapacidad dejaran de ser consideradas inferiores y dependientes con base en sus diferencias, generó un cambio de paradigma y permitió ubicarles como sujetos de derechos” (Cruz Pérez, 2015: 3)

Podemos decir que el modelo social, al igual que la Convención Internacional de los Derechos de las personas con Discapacidad ha sido producto de largas luchas sociales y como plantea Palacios (2008) se presenta en cierto modo en la actualidad como un reclamo, una aspiración, un ideal a alcanzar. En este sentido, algunos postulados que han sido plasmados en el ámbito del Derecho, en la actualidad se puede afirmar, que no rigen en la dimensión social, y por ello se considera que implica una serie de desafíos, tanto para la

sociedad como para los Estados que forman parte de la Convención , posibilitar su cumplimiento.

Al mismo tiempo, es importante remarcar un avance significativo que intenta romper con las concepciones que históricamente han descalificado e invalidado a las personas con discapacidad. Algunos términos tales como ‘personas con capacidades diferentes’ ‘personas con necesidades especiales’ o ‘discapacitado/a’ implican una connotación negativa, donde se remarca la diferencia y continúan reproduciendo la idea de un cierto criterio de normalidad. Como plantea Pantano (2014) desde esta postura se pone el acento en la carencia o la divergencia, y no en la persona. Por lo tanto, se considera que una persona con cualquier tipo de discapacidad no podría trabajar, disfrutar de su sexualidad o formar una familia. Las actitudes que se connotan hacia ellas terminan generando una barrera social y cultural, la cual resulta muy difícil de eliminar.

Se puede decir que la multiplicidad de términos utilizados hacia este colectivo tales como tarado, retardado, enfermo, minusválido, retrasado, imbecil son los más frecuentes utilizados desde el lenguaje y operan en la asignación de roles ya preestablecidos, generando de esta forma la creación de distintos mitos, prejuicios y estereotipos que impregnan en la forma de comprender a las personas.

En este sentido es que a partir de la formulación de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad se designó que el termino apropiado para nombrar a este colectivo es el de ‘personas con discapacidad’, entendiendo a las mismas como sujetos/as de derecho, donde ante todo son personas y su discapacidad no agota ni define lo que puedan llegar a hacer.

Dicho esto, en relación al tema objeto de estudio, se puede decir que, además de contener distintos artículos vinculados a educación, salud y trabajo, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad incorpora y hace mención acerca de los derechos sexuales y reproductivos, buscando garantizar la igualdad de condiciones de las personas con discapacidad respecto a: el fortalecimiento de su autonomía, el respeto por la privacidad e intimidad; el acceso a los distintos servicios de salud; la posibilidad de formar una familia y decidir la cantidad de hijos e hijas que quieran tener; entre otros.

Artículo 23 Respeto del hogar y de la familia Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:
Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno;
Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;
Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad en igualdad de condiciones que los demás

Fuente: Ley 26.378 <http://www.infoleg.gob.ar/>

Artículo 25 Salud. Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud. Para ello:
Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable

Fuente: Ley 26.378 <http://www.infoleg.gob.ar/>

Recuperando a Cruz Pérez (2015) podemos afirmar que la inclusión de estos derechos son el resultado de las demandas de organizaciones civiles y de mujeres que participaron en la discusión y diseño del documento.

Otro de los aspectos centrales del Tratado es el referido a la autonomía; como plantea el INADI (2015) se encuentra estrechamente vinculada a la sexualidad, ya que supone la posibilidad de las y los sujetos de elegir sobre su propia vida en todos los aspectos, teniendo en cuenta que la misma es un tema en el que se ha ejercido mayor control en la sociedad en general y en las personas con discapacidad en particular. En este sentido resulta importante destacar que:

“Todas las personas con discapacidad tienen derecho a la autonomía sobre su cuerpo y sobre la toma de decisiones acerca de su vida, condiciones indispensables para que una persona tenga independencia. Por lo tanto, la autonomía deberá ser posibilitada en todos los aspectos de la vida de las personas con discapacidad y en cada uno de los ámbitos donde se desarrollan, con el objetivo de llevar a cabo sus actividades de manera independiente en entornos libres de barreras culturales, físicas, de comunicación, de información, actitudinales y de todo tipo. La libre movilidad deberá ser posibilitada con la eliminación de las barreras en el acceso a los espacios públicos y privados, asimismo es fundamental el diseño de materiales, recursos y servicios accesibles” (INMUJERES, 2018: 14)

CAPITULO III

Vivencias en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad

“Nada de nosotros sin nosotros”
(Activistas del movimiento de vida independiente.)

Presentación

En el presente capítulo se realizará un análisis de las vivencias de las personas con discapacidad en torno de su sexualidad. Sus propias narraciones nos permiten advertir la presencia de mitos, prejuicios y estereotipos y como éstos limitan el ejercicio pleno de derechos humanos.

A) Sexualidad e infantilización de las personas con discapacidad

Uno de los principales mitos que se encuentra presente en el imaginario colectivo es que las personas con discapacidad no tienen sexualidad, no tienen deseo sexual ni piensan en ello. En este sentido es que se las infantiliza, y cuando se tiene en consideración alguna manifestación sexual se hace desde la perspectiva de la desviación y anormalidad.

Desde la presente investigación se pretende dar cuenta, a partir de los testimonios recuperados, que ésta es una idea errónea que impregna sobre dicho colectivo ya que las personas con discapacidad tiene el derecho de ejercer la sexualidad al igual que cualquier persona.

“Para mí es lo mismo una persona con discapacidad que una persona sin discapacidad. La gente tiene esa idea de que el discapacitado es discapacitado hasta para la sexualidad” (K)

“La sexualidad es un derecho que tenemos todos” (A)

La imagen asexuada e infantil atribuida a las y los sujetos -que se ha ido reproduciendo a lo largo de la historia- genera prácticas discriminatorias y de vulneración de derechos. Asimismo, la idea angelical e ingenua que se tiene de este colectivo no permite desarrollar de la misma forma la etapa evolutiva propia de cada persona y las coloca en un lugar de extrema dependencia, ya sea de sus familias o de instituciones.

“Cuando nos referimos a que a las personas con discapacidad se las considera asexuadas, no es solo una cuestión de falta de erótica o de prácticas sexuales sino de falta de sexo en un sentido más profundo: no eres una mujer, no eres un hombre: eres una persona con discapacidad por encima de todo, lo que invisibiliza la riqueza de cada ser humano por encima de características, rasgos u opciones específicas” (Parra y Oliva, 2013: 37)

En relación a ello, las personas con discapacidad se han enfrentado a numerosas barreras y han sido privadas de sus derechos sexuales y reproductivos no sólo por ser consideradas eternos niños o niñas, sino por juzgar su capacidad de decidir.

Retomando aportes de Peirano (2014) la infantilización constante generada dentro de este colectivo implica la eliminación de dos componentes fundamentales: el tiempo, donde se cercena el crecimiento, el desarrollo y la maduración; y la acción donde se restringe la independencia, autonomía y participación social en las distintas esferas de la vida cotidiana.

Independientemente de la edad, se perpetúa la idea de que las personas con discapacidad son infantes eternos durante toda la vida. Ocurre entonces que se trata de buscar en ellas una sexualidad diferente a la del resto de las personas, basada fundamentalmente en mitos, prejuicios y estereotipos que se reproducen desde el sentido común e intentan reforzar la idea de ‘normalidad’ propia del modelo médico hegemónico.

Tal como plantea Peirano (2014) la construcción del concepto de ‘discapacidad’ actúa como negativo sobre la sexualidad, no incluyéndola en modelos que parten de conceptos y términos implícita o explícitamente segregacionistas. La idea universal que se tiene sobre la discapacidad se encuentra estrechamente vinculada al modelo médico hegemónico que opera y hace hincapié en la falta y el déficit de las personas. La autora sostiene que se ha ido reproduciendo la imagen de individuos discapacitados dependientes; minusválidos en cuanto a sus deseos; retrasados en su sexualidad; inválidos para sentir y estigmatizados por sus cuerpos; personas asociadas únicamente a la idea de amor platónico y fraternal.

En contraposición a este paradigma, desde el modelo social- el cual no centra su atención en la persona sino en la sociedad y las barreras que la misma impone a las y los sujetos para poder desarrollar su vida de forma plena- se buscará romper con las concepciones invalidantes para dar paso a la exigencia de los derechos de las personas con discapacidad, incluido el de gozar de su sexualidad de forma placentera y responsable.

En relación a esto, es importante hacer hincapié que durante el transcurso de las entrevistas, las propias personas con discapacidad se manifestaron críticas hacia las posturas de infantilización constante a las que están sujetas en los distintos ámbitos de su vida, reconociendo la falta de acceso a la información en materia de derechos sexuales y

reproductivos, la sobreprotección por parte de las familias y los distintos mitos, prejuicios y estereotipos que se encuentran presentes en la sociedad.

B) Acceso a la información de las personas con discapacidad

El problema principal radica en la falta de información que hay sobre la temática y en muchas situaciones el ejercicio clandestino de sus derechos sexuales y reproductivos por ser considerado un tema tabú no sólo para la sociedad sino incluso para sus familias. Es importante volver a remarcar que la sexualidad no está vinculada únicamente a un acto sexual, sino que se encuentra presente en todas las etapas de la vida por lo cual es fundamental el acceso a la información para poder vivirla de forma sana, placentera y responsable.

Los datos obtenidos a través de las entrevistas muestran que esta falta de información puede verse tanto en las instituciones escolares a las que las personas con discapacidad han asistido así como también en los hogares, donde en reiteradas oportunidades son las propias familias las que ocultan información por temor a que sus hijos/as no entiendan.

“Yo hice primaria y secundaria. En séptimo grado vimos los órganos del cuerpo humano. Más relacionado con la biología” (K)

“No, nunca hable de eso con mi familia; Si me hubiera gustado pero nunca me dijeron nada por si no entiendo” (A)

Como plantean Polanco y Ayala (2017) la influencia familiar es fundamental desde los primeros años y para las personas con discapacidad se constituye en uno de sus soportes básicos, ya que lo que experimenten en su propia sexualidad depende en gran medida de lo que han aprendido y vivenciado a lo largo de su ciclo vital, es decir, el rol familiar sobre esos aspectos marcará de manera significativa su sexualidad y su vida.

En base a esto, se puede afirmar que es común escuchar que las personas con discapacidad no necesitan educación afectiva- sexual, lo cual lleva a privarlas del disfrute pleno de su sexualidad. Sin embargo, esta falsa creencia constituye un obstáculo a la hora

de poder acceder a información. Es por ello que, es la falta de educación sexual la que en muchas ocasiones les impide diferenciar entre una relación sana y una de abuso o tomar decisiones saludables respecto a su sexualidad.

En este sentido, Peirano (2008) nos invita a pensar en la idea de que no se brinda educación sexual sino que se educa la sexualidad; se les enseña a familiares y profesionales como reaccionar frente a determinadas manifestaciones que son consideradas como inadecuadas.

Continuando con el análisis es importante destacar la cuestión generacional. Como se mencionó en el apartado anterior las personas adultas entrevistadas transcurrieron gran parte de su vida sin un marco legal- como la Ley Nacional de Educación Sexual Integral y la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable- que garantice los derechos sexuales y reproductivos. Esto se ve reflejado en uno de los testimonios donde se plantea que:

“Yo fui educada en otra época y ahí no se hablaba tanto. Hoy las cosas cambiaron” (K)

Es por ello que desde esta investigación se plantea la importancia de recibir información durante todas las etapas de la vida, por un lado para fomentar la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y por otro lado para la prevenir determinadas situaciones como: enfermedades de transmisión sexual; embarazos no deseados; abusos; violencia; entre otras.

Asimismo, se considera que la educación sexual no debe estar orientada sólo a las personas con discapacidad, sino también a sus familias, a profesionales que aborden la temática y a la sociedad en general, con el objetivo tomar conciencia que dicho colectivo ejerce la sexualidad al igual que cualquier persona y tienen el mismo derecho de acceder a información sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Resulta interesante en este punto destacar los aportes de INMUJERES (2018), donde se plantea que todas las personas con discapacidad tienen derecho a una educación integral e inclusiva-con perspectiva de género- en sexualidad que garantice la toma de decisiones libres, responsables e informadas sobre su cuerpo, poniendo en consideración la identidad sexual y de género, y fomentando el ejercicio de su sexualidad y la configuración

de su proyecto de vida teniendo en cuenta los ajustes razonables¹⁴. Asimismo, la creación de programas de orientación, educación sexual y reproductiva para las personas con discapacidad y sus familias es fundamental para su desarrollo sexual y para su vida.

Respecto a esto, las entrevistas realizadas mostraron que la mayoría de las y los sujetos han investigado por su cuenta respecto a la temática- redes sociales, internet- o lo han conversado con sus grupos de pares. Las personas entrevistadas coincidieron en que el único acceso a información que tuvieron alguna vez fue a través de la institución en la que trabajan- Taller Protegido Tandil- que en el marco de sus 35 años realizó una jornada sobre sexualidad y discapacidad a cargo de la Prof. Silvina Peirano.¹⁵ De esta forma, todas y todos sostenían la importancia de generar este tipo de encuentros y charlas informativas, y en muchos casos entendían que la sexualidad es un derecho a la cual todas las personas deben acceder.

“Lo único que recibimos de información fue de una chica que vino de Buenos Aires. Ella nos explicó todo, nos dijo que no tengamos vergüenza y preguntemos de todo lo que queríamos saber. En la escuela tampoco nunca nos hablaron de este tema” (L y M. Pareja)

“Con nadie hable sobre el tema de la sexualidad. Sólo cuando vino la señora a dar la charla. Mi familia no quiere hablar, sólo me dijeron que me cuide y no quede embarazada” (S)

“Yo lo que se, lo sé por los chicos del Taller que hemos hablado y por esa charla” (Mau)

¹⁴ Los ajustes razonables constituyen una alternativa a la accesibilidad universal y el diseño para todos. A partir de los aportes de Cayo Pérez Bueno (2012) se puede decir que: “Por ajustes razonables se entiende la conducta positiva de actuación del sujeto obligado por norma jurídica consistente en realizar modificaciones y adaptaciones adecuadas del entorno, entendido en un sentido lato, a las necesidades específicas de las personas con discapacidad en todas las situaciones particulares que estas puedan encontrarse a fin de permitir en esos caso el acceso o el ejercicio de sus derechos y su participación comunitaria en plenitud, siempre que dicho deber no suponga una carga indebida, interpretada con arreglo a los criterios legales, para la persona obligada y no alcancen a la situación particular las obligaciones genéricas de igualdad, no discriminación y accesibilidad universal.”

¹⁵ Profesora educación especial (discapacidad mental) I.S.P.E.E. Especialista en sexualidad y diversidad funcional. C.E.T.I.S

Asimismo, durante el proceso de entrevistas pudo visualizarse que dentro del ámbito familiar lo más común es brindar educación sexual siempre que se presenta una demanda, es decir, cuando las y los sujetos se sienten interpeladas o interpelados por algún tema en particular o cuando sus familias consideran que tienen conductas inapropiadas.

“Hable sólo con mi mamá. Ella siempre me apoyo en todo. Con mi viejo cuesta un poco. Siempre que hablamos fue porque yo he preguntado cosas” (M)

Si bien hablar de educación sexual continúa siendo un tema tabú para muchos sectores de la sociedad es de vital importancia romper con estas percepciones para que las personas puedan vivir de forma sana y placentera su sexualidad. Desde este punto, se considera fundamental no esperar a que se genere alguna pregunta o inquietud sino que, como se expresó anteriormente, el acceso a la información pueda trabajarse en todos los ámbitos y durante todas las etapas de la vida.

En este sentido, cabe recuperar los aportes de Parra y Oliva (2013) donde se sostiene que:

“La educación sexual que pone el acento exclusivamente en los riesgos y peligros no favorece que las personas adopten actitudes positivas de autocuidado, que se responsabilicen de las posibles consecuencias de sus conductas para sí mismas y para las otras personas, que se aprendan cuáles son sus derechos y cómo defenderlos, así como a desarrollar habilidades socio-sexuales, a fijar límites, a negociar, etc” (Parra y Oliva, 2013: 44)

C) Autonomía y vida en pareja: sobreprotección familiar y determinantes económicos.

Otro de los mitos que suele estar muy latente en el imaginario colectivo se encuentra relacionado a la idea de que las personas con discapacidad no pueden o no deben tener pareja. Fundamentalmente esto se basa en la sobreprotección por parte de la familia y la falta de privacidad e intimidad de las y los sujetos.

En este sentido, durante el proceso de entrevistas las personas con discapacidad pudieron dar cuenta y expresar cómo vivencian dicha sobreprotección familiar:

“Yo odio que me cuidan demasiado. Viste los viejos de antes que se quedan en el tiempo. A mí me saca. Cuando mi papá trabajaba afuera mi vieja me dejaba quedarme a dormir con mi novio; mi viejo no. ¡42 años tengo!” (M)

“Si no me pongo firme yo en hacer cosas ella por ahí no quiere o me dice algo. Si me sobreprotege; la entiendo, mis papas están separados, él tiene su pareja. Somos 2 hermanas; mi hermana tiene su familia. La única que tiene al lado mi mama es a mí. Es de hinchita pelota y lo sabe. Ponele, un ejemplo que ahora me está pasando. Me resfrié estos días, pero yo soy de ir a trabajar igual así, porque soy de la idea que si te quedas en tu casa capaz te curas y cuando salís de nuevo al frío te la agarras peor. Entonces, empezó: ‘Por qué no te quedas en tu casa’ ‘hace lo que quieras’. Y si, yo ya soy grande y sé lo que hago” (K)

Ahora bien, cabe destacar que la sobreprotección se encuentra presente en gran parte de los ámbitos de su vida, no sólo en el referido a la sexualidad. Nuevamente nos encontramos frente a la idea de eterna niñez, donde las familias generan una dependencia recíproca de la cual es muy difícil salir.

Sin embargo, es notorio que no todas las personas con discapacidad se adaptan a los estereotipos más tradicionales, sino que por el contrario existen diversas posturas que muestran un intento de ruptura con las barreras sociales, familiares, institucionales y culturales a las que históricamente fueron sujetas.

Continuando con el análisis, durante el proceso de entrevistas se indagó sobre las relaciones de pareja, y se pudo recuperar que la mayoría de las personas han mantenido o mantienen un vínculo afectivo con pares. Sin embargo, a la hora de hablar sobre su autonomía e independencia, algunas y algunos de los adultos coincidían en que aún vivían con sus familias, y que si bien tenían su espacio propio dentro del hogar, en muchas ocasiones esto se presentaba como una dificultad en los momentos de intimidad con la pareja.

Es importante remarcar que la totalidad de las y los sujetos entrevistados plantearon la necesidad de poder construir un lugar propio donde vivir, pero a la hora de poder concretarlo se presenta como un determinante la cuestión económica.

“El tema del alquiler está difícil. Ganando lo que gano no puedo pagar un alquiler. Yo me manejo sola en todo, pero es la plata el problema” (M)

“Siempre pensé en vivir sola. Pero no puedo, tengo que pagar el alquiler y no puedo” (S)

En el caso de cuatro entrevistas se plasmó la idea de cierta independencia en cuanto a vivir en una vivienda propia sin la familia, las cuales dos de las personas entrevistadas conviven en pareja. Sin embargo, las y los adultos coincidían en que esto era posible ya que reciben apoyos externos, es decir, no tienen que pagar un alquiler ni los servicios, sino no resultaría muy difícil de concretarse ya que sus ingresos son mínimos.

“Mi hermano dejó la casa y nos fuimos juntos. Mi papá nos paga los servicios también. Con la pensión por discapacidad y lo que cobramos del Taller nos mantenemos los dos” (M y L- Pareja)

Esta cuestión nos invita a pensar sobre la situación laboral de las personas con discapacidad. En su gran mayoría están exentas de un trabajo remunerado que les permita fortalecer su autonomía y la posibilidad de buscar un espacio propio donde vivir.

Una de las instituciones donde en mayor medida se desempeñan laboralmente las personas con discapacidad en la ciudad de Tandil es el Taller Protegido de Producción. Este tipo de trabajo se encuentra regulado por la Ley 24.147 que establece a estos espacios como una alternativa laboral para aquellas personas que no se encuentren empleadas dentro del ámbito competitivo. Lo que ocurre es que, los operarios y las operarias que se encuentran trabajando en el Taller, reciben a cambio de la jornada laboral lo que se denomina peculio, que al ser un valor simbólico de dinero mínimo, no les permite poder generar su propia autonomía.

Haciendo un análisis de un contexto más amplio, las estadísticas recuperadas del Servicio Nacional de Rehabilitación, llevado a cabo en el 2015, muestran que existe un 87 % de personas con discapacidad certificadas con CUD ¹⁶ que no se encuentran empleadas. Esto nos muestra un mercado laboral desintegrado, donde son vulnerados los derechos de las personas con discapacidad en cuanto al acceso de un trabajo *libremente elegido*- tal como plantea la Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad- que favorezca su independencia y fortalezca su autonomía.

Muchas de las personas entrevistadas plantearon la gran dificultad con la que se encontraron a la hora de buscar trabajo por fuera del Taller, dentro del ámbito competitivo.

“Al lugar que fui, fue a la bolsa de empleo de acá de la provincia hace varios años atrás y me tomaron el pelo. Pusieron una tipa ahí para que te tome el pelo. Te preguntan por tus estudios, por el secundario y te dicen que te pueden conseguir trabajo. Ni siquiera me anotó bien; me dijo que ya me iba a llegar el papel con que estaba anotada y nunca me llegó” (K)

“Yo sigo buscando aunque este en el taller. Vine a la oficina de empleo en el municipio y a la otra que está en Rodríguez pero nada” (M)

“En Europa no existen los talleres protegidos; las empresas tienen la obligación de capacitar a las personas con discapacidad” (K)

Cabe destacar que en la Argentina existe una Ley Nacional – 22.431¹⁷- que obliga a los Estados a emplear el 4% de personas con discapacidad; y al mismo tiempo se otorgan una serie de beneficios¹⁸ a las empresas que las contraten. Sin embargo, la realidad nos muestra que aún con la existencia de un marco normativo las personas con discapacidad

¹⁶ Certificado único de Discapacidad.

¹⁷ Establece como obligación del Estado Nacional: “ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas”(Ley 22.431; artículo 8)

¹⁸ Dentro de los beneficios se pueden mencionar:

-“Deducir el 70% de las remuneraciones abonadas al trabajador con discapacidad dentro del ejercicio fiscal de la base imponible a las ganancias de dicho período” (Ley 22.431 Art. 23)

- “Ser eximidos del pago del 50% de las contribuciones patronales y a las cajas de jubilaciones correspondientes, de las asignaciones y subsidios familiares, al INSSPyJ y al Fondo Nacional de Empleo. Provincia de Buenos Aires, durante los primeros 12 meses de contratación del trabajador con discapacidad” (Ley 24.013 art. 87).

- “Reducir al 50% de sus contribuciones con destino a la seguridad social durante los primeros 12 meses de contratación de un trabajador con discapacidad y del 25% los segundos 12 meses. Solo rige para trabajadores contratados a tiempo indeterminado” (Ley 26.476 – Ley de Regularización Impositiva)

encuentran restringida la oportunidad de poder acceder a un trabajo dentro del mercado formal. “El Ministerio de Trabajo de la Nación reconoce que como máximo 1 de cada 10 PCD tiene trabajo, y que el cupo laboral destinado a PCD en dependencias gubernamentales nacionales no alcanza al 1%, cuando por ley debiera ser el 4%.” (Joly, 2009: 3).

A modo de cierre, resulta interesante recuperar los aportes de este autor donde sostiene que:

“La negativa al empleo de personas con discapacidad constituye, en Argentina, un denominador común de décadas. Ni en épocas de creación de puestos laborales se constata la contratación de personas con discapacidad. Aun existiendo legislación nacional sobre cupo laboral desde 1981, antidiscriminatoria desde 1988 y mandatos constitucionales específicos sobre derechos humanos desde 1994, éstas normativas no se aplicaron” (Joly, 2009: 1)

D) Hijos e hijas de las personas con discapacidad

Continuando con los distintos mitos, estereotipos y prejuicios analizados en la presente investigación se puede decir que existe dentro de la sociedad una idea generalizada de que las personas con discapacidad no pueden o no deben tener hijos/as. Los datos obtenidos muestran que todas y todos los adultos entrevistados no tienen niñas/ niños. Las respuestas en base a esto fueron muy diferentes. Algunas estuvieron vinculadas nuevamente a la cuestión económica en base a no poder mantener a otra persona, otras a no elegir la maternidad o paternidad por el momento y otras sí plantearon el deseo de hacerlo.

“Cuando era más joven entre los 22 y los 30 si quería tener, pero que pasa en mi caso tuve muy pocos novios; estoy acostumbrada a estar sola, al que aparece le invento mil pretextos. Tengo 2 sobrinos y la verdad que prefiero los sobrinos”(K)

“Si lo hablamos, pero es todo problemas económicos. No es fácil mantener un hijo y mucho menos en esta época” (M)

“Cuando A formo familia en 2002 a mi me daba envidia porque yo también tenía ganas de eso”(A)

“Mi mamá no quiere que tenga un bebé. Yo tampoco igual” (L)

No es casual que de las personas con discapacidad entrevistadas ninguna tenga hijos o hijas siendo que algunas expresaron el deseo de maternidad y paternidad. Desde la presente investigación se sostiene que esto se encuentra estrechamente relacionado con los mitos, prejuicios y estereotipos que existen en la sociedad y, particularmente en las familias, tales como la idea errónea de que la discapacidad se hereda o que este colectivo no tiene la capacidad de criar y cuidar a otra persona. Estos argumentos son utilizados muchas veces para ejercer un control sobre la vida sexual y reproductiva de las y los sujetos.

Tal como se planteó en el apartado anterior, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) estipula en su Artículo 23 que: “Las personas con discapacidad tienen derecho a formar una familia y al libre desarrollo de la maternidad o paternidad, y los Estados Partes deben ofrecer los medios necesarios que les permitan ejercer estos derechos en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía”. Al mismo tiempo, hace un llamado a que:

“Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos”(Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad, Art. 23)

Ahora, si bien las personas entrevistadas no ejercen la maternidad o paternidad, es importante mencionar que en algunos testimonios se hace referencia a la capacidad y la posibilidad de tener familia dentro del colectivo de las personas con discapacidad generando una ruptura con los mitos, prejuicios y estereotipos más presentes dentro de la sociedad.

“Hijos podes tener; yo porque no se dio pero conozco muchas chicas que les paso lo mismo que a mí que tienen hijos sin ningún problema” (K)

*“Para mí todo el mundo tiene derecho. Mi compañero ya tuvo 3 hijos”
(A)*

Retomando los aportes del INADI (2012) se considera que, mientras una persona tenga la capacidad de ahijar a alguien, cuidarlo, protegerlo, fomentar su bienestar, brindarle contención emocional para un desarrollo satisfactorio - con o sin apoyos- nadie debe decidir sobre su propia voluntad. En consonancia con esto, el documento hace especial mención de la situación de las mujeres con discapacidad en relación a la maternidad. Se plantea que, mientras la maternidad funciona como un mandato social en las mujeres dentro de la sociedad, para las mujeres con discapacidad es un derecho a ser reivindicado ya que opera de forma diferente: no pueden o no deben tener hijos/hijas.

En esta línea, Cruz Pérez (2014) nos invita a pensar que:

“La posibilidad de ser madre suele ser vista por las mujeres con discapacidad como una situación compleja, cuando no lejana o inalcanzable, pues si bien es un proceso que suele coincidir en muchos momentos con lo que les ocurre a mujeres sin discapacidad, conlleva también eventos muy diferentes, derivados principalmente de los estereotipos que las etiquetan como inferiores, dependientes y asexuadas, pero también de las condiciones sociales que no consideran sus necesidades particulares, limitando su movilidad, comunicación y acceso a los servicios de salud”(Cruz Pérez, 2014: 1)

Una cuestión que imperó durante mucho tiempo en el colectivo de las mujeres con discapacidad se encuentra relacionada a la esterilización forzada. En este sentido, las mujeres desde la más temprana edad pueden ser sometidas a este tipo de prácticas sin conocimiento, consentimiento ni autorización previa. Se considera de esta forma, ya que la intervención médica realizada no tiene que ver con una cuestión de salud, sino más bien con un control sobre la maternidad y la reproducción, donde basta con la recomendación de los médicos y la aprobación de las familias.

“La esterilización forzada en mujeres con discapacidad es uno de los temas que aún se denuncian como uno de los modos más violentos de discriminación hacia las mujeres con discapacidad en muchos países. A través de esta práctica se impide a las mujeres ejercer su derecho a la maternidad, a decidir sobre sus cuerpos, y además, someterse a prácticas invasivas y dolorosas” (INADI, 2013: 45)

Según un informe recuperado de la Fundación CERMI¹⁹ Mujeres y EDF²⁰ (2017) ha sido una práctica común en muchos países del mundo donde los ejemplos más notorios son los programas eugenésicos de principios del siglo XX, donde se pensaba que sólo las personas consideradas ‘aptas’ y ‘productivas’ podían formar parte de la sociedad, privando de esta manera al colectivo de las mujeres con discapacidad- y otros colectivos como el LGBTQIT- de sus derechos sexuales y reproductivos.

Nuevamente, frente a este tipo de intervenciones- ejercida principalmente en las mujeres- nos encontramos en presencia de mitos, estereotipos y prejuicios vinculados a que las personas con discapacidad no están preparadas para ejercer la maternidad y la paternidad de forma responsable. En relación con ello, la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que tanto los niños como las niñas deben mantener su fertilidad en igual condiciones que las demás personas.

Dicho esto, se puede decir que, si bien la Argentina cuenta con una legislación que garantiza los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en relación a la posibilidad de tener hijos o hijas, en la realidad concreta resulta un tema complejo de aceptar y difícil de poder materializarse.

En la actualidad, estos mitos, prejuicios y estereotipos a los que están sujetos las personas con discapacidad en todas las esferas de su vida, impactan directamente en la posibilidad de formar una familia en los casos en que exista el deseo de hacerlo.

E) Acceso a los servicios de Salud

En cuanto al acceso a los servicios de salud se puede decir que existe una creencia generalizada tanto de las y los profesionales del campo así como de la sociedad en general acerca de que las personas con discapacidad no pueden o no deben acceder solas a las consultas. Las respuestas obtenidas de las entrevistas en torno a este tema fueron variadas.

“Entro con mi prima a las consultas” (MA)

“Me acompaña mi mamá por si yo no entiendo” (A)

¹⁹Fundación Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad de Mujeres.

²⁰Foro Europeo de la Discapacidad.

“Yo voy sola a las consultas; me manejo. Antes cuando era chica si me acompañaban pero ahora que ya soy grande no” (M)

“Todas las consultas son sola. Saco un turno y voy. Yo ando sola para todos lados” (S)

En función de las primeras respuestas se puede decir que, cuando se genera una situación así, nuevamente nos enfrentamos con las ideas del paradigma médico hegemónico que pone foco en la incapacidad y en el déficit de las personas, cuestionando su capacidad de comprender o de tomar sus propias decisiones respecto a temas vinculados con los derechos sexuales y reproductivos. “La confusión entre enfermedad y discapacidad crea una serie de problemas para este colectivo de tal manera que consideran que en muchas ocasiones se produce una intromisión en su intimidad que hace que no se las trate como personas” (Portillo, Conde, MunManShum, 2006: 67).

Sin embargo, otras de las entrevistas pudieron dar cuenta de la autonomía y la independencia a la hora de acceder a los servicios de salud, donde son las y los propios sujetos quienes ponen un límite hacia estos mitos, estereotipos y prejuicios que se reproducen desde el sentido común.

En este sentido, resulta fundamental dar cuenta de la importancia que generan este tipo de prácticas vinculadas a romper con los distintos tipos de barreras que se enfrentan las personas, para poder fomentar y fortalecer su autonomía, dando cuenta que la misma es el eje principal de La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Tal como plantea el documento del INADI (2013) son personas adultas y como tales tienen derecho de asistir a las consultas de manera autónoma respetando su intimidad y discrecionalidad como sus derechos.

Retomando los aportes de Minieri (2017), el simple hecho de exigir a una persona con discapacidad el acompañamiento de terceros a la hora de acceder a información viola el derecho a su privacidad. En este sentido, la resolución 65/2015 expresa que:

“[las] personas con movilidad reducida... muchas veces son obligadas a estar durante la consulta con parientes o familiares que faciliten el ingreso a la consulta o incluso la revisión médica, lo cual, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, puede resultar violatorio de los derechos a la privacidad y confidencialidad. Aún más común resulta esta situación cuando se trata de personas con discapacidad auditiva. En estos casos es muy importante que las personas que asisten a la consulta solamente estén presentes con el consentimiento de la [persona con discapacidad] y se ofrezca en

todo momento que le acompañe cualquier persona de su confianza o incluso se puede solicitar a los organismos de protección de derechos asistencia en caso de que la persona prefiera tener un/a acompañante que no pertenezca a su entorno”(Minieri, 2017: 37)

Por otro lado, a la hora de indagar acerca de la utilización de métodos anticonceptivos, pudo visualizarse que quienes acceden de forma regular a los mismos son las mujeres. Si bien hubo quienes manifestaron utilizar con sus parejas preservativos, en su gran mayoría las mujeres utilizan la inyección, la cual es considerada por ellas como una forma de prevenir el embarazo. Las mismas son proporcionadas por profesionales de la salud ya sea en el hospital, centros de salud o consultorios privados. El argumento principal de usar la inyección radica en que se aplica una vez por mes y no hay riesgo de olvidarse, tal como lo expresa una de las entrevistadas:

“Si me estoy poniendo la vacuna que dura un mes, le pedí al médico que me cambiara la pastilla porque me la olvidaba”(M)

Por su parte, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, tiene por obligación asegurar que todas las personas accedan a información sobre métodos anticonceptivos en igualdad de condiciones y sin discriminación. Asimismo, a través de las instituciones de salud, debe garantizar el acceso universal a la anticoncepción que mejor se adapte y adecue a las necesidades de cada persona. Retomando los aportes del documento elaborado por AMADA y el PNSSyPR (2015) la atención en salud sexual y reproductiva requiere del desarrollo de una práctica en contexto, donde el encuentro entre el o la agente de salud y el o la usuaria de lugar a la conversación, a la información compartida y a la posibilidad de generar un proceso autónomo en la toma de decisiones.

Ahora bien, la temática abordada sobre la anticoncepción nos invita a pensar en dos cuestiones fundamentales para recuperar en el análisis. La primera vinculada a que la mayoría de los métodos anticonceptivos están destinados a las mujeres; y la segunda a que los cuidados mencionados en la mayoría de las entrevistas no previenen las enfermedades de transmisión sexual.

En relación al primer punto, es importante dar cuenta que si bien existe en las personas entrevistadas conocimiento de los métodos anticonceptivos más comunes - condón; píldora; inyección- es en las mujeres donde recae la responsabilidad de los

cuidados. Esta cuestión tiene que ver con los roles desiguales de género que históricamente se han ido reproduciendo al interior de la sociedad.

“En la práctica, la mayoría de los métodos anticonceptivos han sido diseñados y están disponibles para el uso femenino, los programas de planificación familiar van dirigidos en general a las mujeres. Se toma poco en cuenta que ellas no son las únicas que toman decisiones relativas al uso de anticonceptivos” (Aspilcueta-Gho, 2013: 1)

Un dato a tener en cuenta y que reafirma la idea de desigualdad entre hombres y mujeres es, que en el año 2016, según las estadísticas del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, se realizaron en establecimientos públicos 97 vasectomías y 12.976 ligaduras de trompas de Falopio²¹. Teniendo en cuenta que ambos procedimientos en la Argentina deben ser realizados de forma gratuita, las cifras muestran que nos encontramos frente a una responsabilidad mucho mayor de las mujeres en torno a la reproducción.

Para dar cuenta de esta responsabilidad, es importante destacar que en la actualidad existen más opciones de métodos anticonceptivos en las mujeres que en los hombres. Mientras que para estos últimos existen como forma de cuidado el condón y la vasectomía, en las mujeres podemos mencionar: la píldora; la inyección; el implante subdérmico; el DIU; el preservativo femenino; la ligadura de trompas de Falopio; y la píldora de emergencia.

Desde la presente investigación se sostiene que, al vivir en una sociedad machista y patriarcal, se suele pensar que cómo es la mujer quien puede quedar embarazada por una cuestión biológica, debe atribuirse total responsabilidad a la hora de los cuidados para prevenir un embarazo no deseado. Por su parte, si bien el acceso a métodos anticonceptivos por parte de las mujeres ha sido un avance en materia de derechos sexuales y reproductivos, pudiendo generar mayor autonomía en sus decisiones, es momento de que esa responsabilidad sea compartida.

Continuando con el segundo punto, se indagó durante el proceso de entrevistas acerca del conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, con el objetivo de dar cuenta del tema en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

²¹ Nota “Anticoncepción cosa de mujeres.” Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/anticoncepcion-cosa-de-mujeres-nid2132979>

Al plantear este interrogante, las personas asociaron directamente las ETS con el VIH/SIDA, mencionando que el conocimiento adquirido fue a través de la escuela y no de los centros de atención de la salud.

“Lo del SIDA fue lo único que enseñaron en 501. Apareció en los 70’, 80’ masomenos, antes no existía. Va, en realidad sí; había una enfermedad pero no tenía nombre y en esa época es que se lo ponen. Antes la gente se moría porque no había medicamentos”(A)

“Cuando fui al secundaria en el 80 y pico había salido el SIDA, que era ya conocida pero se detectó por esa época. Asíque fue un momento donde dieron mucha información. A mí siempre lo que me recalcaron es que los flacos se cuiden, que usen preservativo. Tengo una conocida que tuvo una relación ocasional con un chico; quedo embarazada y yo le dije, un embarazo es lo más barato que podes sacar si no se cuidan. No sabes con quien estas. Yo lo que estoy observando es que ponele, un poco más grandes que yo no usan preservativo; mi generación como machacaron tanto sí; ahora después los de 30 para abajo volvieron a no usar porque dicen que no sienten nada” (K)

Frente a eso se puede decir que los espacios donde se realiza el encuentro con los profesionales de salud deberían ser propicios de brindar información a las personas que asisten acerca de las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, la mayoría de las personas con discapacidad entrevistadas dieron cuenta que este tema no fue abordado en ninguna de sus consultas.

“No, a mí en la salita nunca me hablaron de eso” (J)

En este punto, cabe preguntarse por qué la promoción, prevención y concientización sobre el tema fue puesto en cuestión únicamente en las escuelas y se recibió información por el simple hecho de estar latente en ese período. Tal como se mencionó, el primer caso conocido en la Argentina del virus fue en el año 1982. A partir de allí comenzó un proceso de atención y protección de los derechos de las personas con VIH/SIDA y en 1990 se sancionó la Ley Nacional N° 23798 de Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.²²

²² Retomando los aportes de Pecheny y Petracci (2006) la ley apunta a garantizar el respeto de los derechos individuales de las personas viviendo con VIH. Los principios básicos de la ley son el respeto de la autonomía de la voluntad, es decir que cada individuo tiene el derecho de tomar sus decisiones vitales, así como al

Esta cuestión nos invita a pensar que en el momento en que las personas con discapacidad transcurrieron su etapa escolar temas vinculados con la educación sexual estaban lejos de poder discutirse y ponerse en debate.

Una de las entrevistas nos muestra cómo en aquel período el acceso a la información se encontraba delimitado por las familias:

“Mucho no me acuerdo de lo que hablaron; lo que sí en ese momento pidieron autorización y permiso a los padres para hablar del tema. Hicieron una reunión para ver si ellos estaban de acuerdo o no y dijeron que nos enseñen”(A)

De esta forma, es importante volver a remarcar, que el conocimiento de las personas con discapacidad entrevistadas acerca de las enfermedades de transmisión sexual se encontró delimitado únicamente al VIH/SIDA, por el simple hecho de ser una problemática social vigente en ese momento histórico que atravesaba a toda la sociedad.

F) Diversidad sexual y violencia de género.

Un último aspecto a analizar dentro de la presente investigación- y que en los últimos años ha tomado mayor relevancia y se ha puesto en debate- está relacionado con la diversidad sexual y la violencia de género. La mención de estos dos temas se pone en cuestión ya que en el marco del Programa Nacional de Educación Sexual Integral los mismos se consideran que forman parte de la sexualidad de todas las personas.

Asimismo, como se mencionó en el capítulo anterior, con la reciente incorporación de la Ley Nacional de Matrimonio Igualitario (26.668) y la Ley Nacional de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (26.485), se pone de manifiesto la importancia de estos temas en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

consentimiento informado para la realización de los análisis y los tratamientos; la confidencialidad, traducida en el secreto médico y la codificación de los resultados de los análisis; la no-discriminación; y la información y educación sobre todos los aspectos de la enfermedad y su transmisión.

Por otro lado, desde 1996 se han producido cambios en relación al VIH. Con el avance de la medicina, la infección puede ser tratada y controlada como una infección crónica. La política sanitaria de argentina obliga al sector público, a las obras sociales y a las prepagas a brindar un tratamiento gratuito a todas las personas con VIH que lo requieran.

En relación a la *diversidad sexual*, se indagó acerca del conocimiento de las personas entrevistadas sobre la temática. Las respuestas fueron muy diferentes; algunas mostraron un pragmatismo hacia el tema en cuestión y otras una apertura hacia las distintas formas de orientación sexual.

“Para mí está mal. Dios hizo el hombre y la mujer. Yo lo veo mal” (J)

“Yo creo que cada uno es como es y siente lo que siente” (M)

“Te pueden gustar los hombres, las mujeres. A mí siempre me gustaron los hombres, cuando veo una mujer no me pasa que me despierte algo” (K)

“Antes no se conocía tanto la homosexualidad. No era un tema hablado” (K)

Es importante dar a conocer que de las personas entrevistadas todas coincidieron en no haberse preguntado ni cuestionado nunca sobre su orientación sexual. Esto nos invita a pensar en la idea de cómo la heterosexualidad se desarrolla como norma imperante dentro de la sociedad, así como también en los modos de vincularnos que se encuentran fuertemente arraigados desde la infancia. Ocurre entonces, que la familia y la sociedad educan a niñas y niños desde sus primeros años dando por sentado que la heterosexualidad será la única forma posible y ‘correcta’ de vincularse.

Desde la presente investigación, se considera que se brinda escasa información acerca de la diversidad sexual de las personas con discapacidad. Si bien es un tema que comienza a visibilizarse con más fuerza, continúa cargado de prejuicios y estereotipos en toda la sociedad. Retomando los aportes de Parra y Oliva (2013) la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual continúa siendo un tema tabú, que encuentra barreras específicas en el aspecto de la diversidad sexual y de género, al igual que el resto de la población LGTB; pero que en la intersección con la discapacidad produce otros resultados tales como la ocultación, la consideración de conductas inadecuadas, prejuicios, mayores dificultades para formar una pareja, desconocimiento de la realidad LGTB, etc.

“Los colectivos LGBT y las asociaciones y entidades de personas con discapacidad son poco frecuentadas. Se critica que las asociaciones de personas con discapacidad son poco sensibles hacia cuestiones relacionadas con la sexualidad, orientación sexual del deseo e identidad de género y a los colectivos LGBT, que ofrecen poco apoyo a la discapacidad” (Parra y Oliva, 2013: 37)

Una vez dicho esto, y para finalizar con el análisis, cabe preguntarse acerca del conocimiento de las personas entrevistadas sobre otro de los temas que forman parte de los derechos sexuales y reproductivos: la violencia de género.

A la hora de indagar sobre ello, las preguntas estuvieron orientadas sobre el acceso a la temática en general y sobre el conocimiento de los distintos tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica y simbólica, que tal como se menciona en el capítulo anterior, se desarrollan en el marco de Ley Nacional de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres.

“Viene de hace mucho el tema pero ahora se habla más” (A)

“Se ve mucho en la televisión” (M)

“Si sé lo que es la violencia de género. Es cuando un hombre golpea a una mujer” (J)

En relación con esto, pudo visualizarse que las y los adultos tenían conocimiento sobre el tema, pero que este conocimiento estaba centrado fundamentalmente en la violencia física. Desde la presente investigación se sostiene que este tipo de violencia es el más reconocido por la sociedad en general- por las manifestaciones evidentes y visibles de maltrato- dejando muchas veces por fuera o minimizando otros tipos tales como la violencia psicológica, económica y mediática.

Asimismo, cabe destacar que todas las personas entrevistadas conocían acerca de la existencia de la Ley -24.485- y en la posibilidad de hacer una denuncia en caso de sufrir algún tipo de violencia. Esto puede verse reflejado en uno de los testimonios de pareja:

“Sisi, sabemos que también podés denunciar si hay violencia” (J y M)

Frente a ello, de las mujeres entrevistadas todas coincidieron en no haber sufrido algún tipo de violencia física en los distintos planos de su vida cotidiana, pero hicieron mención de situaciones donde personas cercanas habían transitado distintos episodios.

“No a mí no me paso; pero amigas muy cercanas sí. Una amiga muy cercana fue, hizo la denuncia y le pusieron una orden de restricción a la pareja”(K)

Es importante mencionar que la violencia de género fue detectada para las personas entrevistadas como una situación problemática actual, de la cual es importante tener conocimiento y recibir información acerca de las distintas formas en las que se expresa y los distintos mecanismos y herramientas posibles con los que cuentan las mujeres a la hora de sufrir alguna situación de violencia.

“En los últimos tiempos el fenómeno de la violencia contra la mujer —en especial la violencia doméstica— se hace cada vez más visible y la sociedad tiende a ser más receptiva en relación con su estudio y las formas de combatirla. Este cambio es debido a: 1) La nueva posición de la mujer en la sociedad así como también a las luchas y los movimientos de mujeres. 2) La sociedad ha comenzado a considerar los derechos de los componentes de la familia como derechos humanos. 3) La actividad de los organismos internacionales y los acuerdos celebrados por los Estados en ese marco, que consagran la plena igualdad de hombres y mujeres” (Giberti, Fernandez, 1992: 69)

Un último punto a destacar, a partir de la lectura de distintos marcos teóricos, está vinculado a que las mujeres con discapacidad se encuentran sujetas a una doble discriminación: por un lado ser mujeres en una sociedad machista y patriarcal y por el otro tener una discapacidad. Esta doble discriminación conlleva a la construcción de roles, estereotipos y barreras que, con frecuencia, limitan la plena inclusión dentro de la vida social y el ejercicio pleno de sus derechos.

Ahora, si bien la discriminación causada por la discapacidad está presente en todos los ámbitos y contextos cotidianos como hemos visto, uno de los ejemplos más notorios se expresa en el mito vinculado al cuestionamiento de la maternidad de las mujeres con discapacidad, que en muchas ocasiones tiene como consecuencia las esterilizaciones forzadas. En este sentido, los roles atribuidos históricamente a las mujeres por el patriarcado, vinculados a las funciones de reproducción y cuidado, han actuado como una barrera en este colectivo debido a la discapacidad de las propias mujeres, considerando a la maternidad como algo impensado.

Por otro lado, la discriminación puede verse reflejada en los estereotipos de belleza que se reproducen al interior de la sociedad, teniendo mayor impacto en las mujeres con discapacidad. De esta forma, sus cuerpos son invisibilizados, se construyen como nada

deseables y no pueden adaptarse a determinados cánones de belleza, salud, movilidad. A través de los medios de comunicación se impone un ideal de belleza y salud centrado en el cuerpo, principalmente en el femenino, conformando una imagen ‘perfecta’ donde no entran las mujeres con discapacidad.

En esta línea Cruz Pérez (2002) sostiene que, los estudios de género y la lucha feminista ponen sobre la mesa discusiones acerca de las diferencias sexuales de los cuerpos, mostrando como el género moldea y desarrolla una serie de supuestos en función de esas diferencias.

“Así como pertenecer a la categoría mujer va a determinar una serie de condiciones de desigualdad social en relación con el control del cuerpo, la reproducción y la forma de vivirse y significar sus experiencias eróticoafectivas, también la discapacidad física supone condiciones corporales diferentes que muchas ocasiones alejan a las mujeres de los estereotipos de belleza establecidos socialmente, lo cual genera otros niveles de desigualdad que obstaculizan sus prácticas sexuales y reproductivas”(Cruz Pérez, 2002: 157)

Una vez desarrollado esto, a modo de cierre del presente capítulo, resulta interesante hacer un breve resumen de lo expuesto anteriormente en base a algunos de los mitos más frecuentes que atraviesan a la sexualidad del colectivo de personas con discapacidad y cómo en realidad es vivida la misma desde la mirada de las y los propios sujetos. A saber:

MITO	REALIDAD
Las personas con discapacidad no tienen sexualidad.	Debemos decir que las PcD piensan en su sexualidad y la ejercen al igual que cualquier persona .Esta idea errónea conlleva a que las mismas sean privadas de sus derechos sexuales y reproductivos por ser consideradas eternos niños/as.
Las personas con discapacidad. están hipersexualizadas	Las conductas hipersexualizadas, son precisamente por la falta de educación sobre aspectos como lo público y lo privado, o lo que forma parte de su intimidad.

No necesitan educación afectivo- sexual	Al igual que cualquier persona deben tener acceso a la educación sexual durante todas las etapas de la vida, por un lado para fomentar la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y por otro lado para la prevenir determinadas situaciones como: enfermedades de transmisión sexual; embarazos no deseados; abusos; violencia; entre otras.
Las personas con discapacidad son como niñas y niños eternos; como angelitos.	La idea entre ingenua y angelical de las PcD niega la etapa evolutiva en la que estas se encuentran y las ubica en un lugar de dependencia extrema. Al negarles la condición de personas sexuadas se visualiza como perverso cualquier acercamiento a la sexualidad.
No pueden o no deben tener pareja.	Esta cuestión se encuentra estrechamente vinculada con la sobreprotección familiar a las que están sujetas en todos los ámbitos de su vida así como también a la falta de privacidad e intimidad. Es por ello que las personas con discapacidad, al igual que cualquier persona tienen derecho a vivir una vida en pareja si es que así lo desean.
No pueden o no deben tener hijos/hijas	La realidad es que mientras una persona tenga la capacidad de ahijar a alguien, protegerlo y tomar las decisiones que sean positivas para su bienestar, sea con apoyo o sin él, ésta se encuentra en condiciones de tener hijos y nadie debe decidir por encima de su voluntad, en igualdad de condiciones con el resto de las personas.
Todas las personas con discapacidad son heterosexuales.	También pueden ser lesbianas, gays o bisexuales, pero en muchas ocasiones no se les permite ni siquiera pertenecer a ‘la norma, a lo esperado’, es decir, a la heterosexualidad, mucho menos pensar en distintas formas de orientación sexual.
Las personas con discapacidad no son deseables ni atractivas.	Esto se ve más reflejado en las mujeres y se encuentra fuertemente influido por el modelo hegemónico de belleza. Trabajar en la deconstrucción de estos estereotipos es beneficioso para toda la sociedad ya que casi ninguna persona responde al modelo que se considera como deseable y posible.

Fuente: Elaboración Propia en base a INADI (2015)

CONSIDERACIONES FINALES

La presente investigación se propuso deconstruir y analizar aquellos mitos, prejuicios y estereotipos que existen en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad a partir de las vivencias de las y los propios sujetos. Para ello se realizó un estudio desde la perspectiva cualitativa, en la ciudad de Tandil, donde fueron entrevistadas personas adultas con discapacidad que se desempeñan laboralmente dentro del Taller Protegido de Producción, lugar donde la Tesista realizó las prácticas pre- profesionales de la Licenciatura.

La estrategia de acceso a la información vinculada a darles voz a las propias personas llevo a entender con mayor profundidad las barreras sociales a las que en numerosas oportunidades se enfrenta este colectivo a la hora de acceder a los derechos sexuales y reproductivos. Una cuestión fundamental, y que merece la pena mencionar, está vinculada a la predisposición de las personas a la hora de llevar a cabo las entrevistas, donde se destacó la importancia de hablar sobre esta temática al ser considerada como tabú dentro de la sociedad en general.

Un primer punto a tener en cuenta está referido a la forma de comprender la sexualidad. Históricamente silenciada y reducida al ámbito privado del individuo y la familia, en la actualidad el Estado se torna un agente regulador, mediante la implementación de políticas públicas y marcos legislativos tales como los derechos sexuales y reproductivos.

Sin embargo, si bien fueron generándose rupturas en torno a la forma de comprender la sexualidad, al interior de las personas con discapacidad continúan reproduciéndose distintos mitos, estereotipos y prejuicios que obstaculizan el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

Ahora bien, para lograr comprender las distintas creencias a las que se encuentran sujetas las personas con discapacidad, se torno necesario llevar a cabo un análisis acerca de las distintas concepciones que fue atravesando dicho colectivo y las diferentes maneras de entender a la discapacidad históricamente. En este sentido, se recuperaron los modelos de

prescindencia, biomédico y social, los cuales permitieron posicionarse en el desarrollo de la investigación desde el paradigma social de la discapacidad.

Basado en los derechos humanos este modelo pretende romper con las concepciones invalidantes y descalificantes que se instalan desde el paradigma médico- hegemónico. Entendiendo a la discapacidad desde esta otra perspectiva, ya no serían las ‘limitaciones’ individuales las que dan origen a la misma sino las propias barreras que presenta la sociedad para prestar servicios que se adapten a las y los sujetos.

Al mismo tiempo de entender a la discapacidad como una construcción y un modo de opresión social se busca enfatizar en la autonomía de las personas para tomar decisiones sobre su propia vida. Para ello se torna necesario eliminar las barreras económicas, culturales y del medio ambiente tales como la inaccesibilidad a la educación, el trabajo, el transporte, la vivienda, entre otros, que impiden el pleno goce de los derechos. En este sentido se plantea que, estos obstáculos son el resultado de una sociedad que no considera ni tiene en cuenta a las personas con discapacidad.

Desde esta nueva mirada es que ha comenzado un proceso de creación de políticas públicas y legislativas donde se pasa de entender a las personas con discapacidad como objetos de intervención médica a personas sujetas de derechos.

Posicionarse desde este lugar llevo a realizar un análisis en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad. Para ello se investigó el surgimiento de los mismos, la normativa vigente a nivel nacional y la creación de diferentes leyes en el marco de dichos derechos.

Por su parte, el recorrido histórico que llevó al surgimiento de los derechos sexuales y reproductivos fue fundamental para comprender lo sucedido en épocas anteriores y permitió visualizar el retorno a la democracia como momento en el que se produce una ruptura con la asociación de estos derechos al ámbito privado y donde comienza un proceso de reivindicación de los mismos; por lo cual esta época implicó una ‘salida del silencio’ respecto de los derechos humanos relativos a la sexualidad.

Asimismo, se consideró importante recuperar la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, para dar cuenta de la existencia de un instrumento que tiene como objetivo garantizar los derechos de este colectivo. En este análisis se incluyeron en su mayoría los artículos vinculados a la garantía de derechos

sexuales y reproductivos, donde se puede visualizar la incorporación de temas vinculados a: relaciones personales, matrimonio, familia, fertilidad, maternidad y paternidad, educación, reproducción y planificación familiar, autonomía, privacidad e intimidad, entre otros.

Ahora bien, recuperar la legislación en materia de dichos derechos, y contextualizar los distintos programas, fue considerado indispensable para poder dar cuenta de cómo el colectivo de personas con discapacidad vivencia su sexualidad. Teniendo en cuenta que la sanción de dichas leyes se produce a partir del año 2003, se puede decir que las personas entrevistadas para la presente investigación transcurrieron gran parte de su vida sin un marco legal que respaldara sus derechos.

Una vez mencionado esto, se puede decir que, los datos arrojados a partir de distintos documentos permitieron comprender que, si bien existe legislación que contempla los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, en la realidad concreta los mitos, prejuicios y estereotipos a los que se enfrenta dicho colectivo obstaculizan el ejercicio real de los derechos humanos.

Una cuestión fundamental se encuentra vinculada a la imagen asexual e infantil atribuida históricamente a las y los sujetos, la cual genera prácticas discriminatorias y de vulneración de derechos. La idea angelical e ingenua que se tiene de este colectivo no permite desarrollar de la misma forma la etapa evolutiva propia de cada persona y las coloca en un lugar de extrema dependencia, ya sea de sus familias o de instituciones. En este sentido, los datos obtenidos de las entrevistas permiten visualizar la sobreprotección familiar como una de las barreras más importantes con las que se enfrentan las personas con discapacidad a la hora de ejercer su sexualidad. De esta forma, fue notorio en los testimonios el cuestionamiento de las y los adultos hacia sus familias por ejercer actitudes paternalistas en muchos aspectos de su vida cotidiana.

Esto nos invita a pensar en la idea de que no todas las personas con discapacidad se adaptan a los estereotipos más tradicionales, sino que por el contrario existen diversas posturas que muestran un intento de ruptura con las barreras sociales, familiares, institucionales y culturales.

Otra cuestión refiere a la falta de información en cuanto a la temática a las que están sujetas las personas con discapacidad durante el transcurso de su vida. De esta manera, se pudo visualizar como las instituciones escolares y las familias no brindan ni orientan a las y los sujetos en educación sexual. Es por ello que la presente investigación propone y destaca la importancia de recibir información acerca de la sexualidad durante todas las etapas de la vida, por un lado para fomentar la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y por otro lado para la prevenir determinadas situaciones como: enfermedades de transmisión sexual; embarazos no deseados; abusos; violencia; entre otras.

Asimismo, se sostiene que la educación sexual no debe estar orientada sólo a las personas con discapacidad, sino también a sus familias, a profesionales que aborden la temática y a la sociedad en general.

Dicho esto, se puede decir que la presente investigación se propuso desnaturalizar la mirada que ha sido históricamente instalada desde la sociedad hacia el colectivo de las personas con discapacidad - y que se ha ido reproduciendo al interior de las familias- , con el fin de reconocer que tienen el mismo derecho a ejercer su sexualidad al igual que cualquier persona.

La negación en reiteradas oportunidades de los derechos sexuales y reproductivos constituye una problemática que debe reconocerse y a partir de la cual deben llevarse a cabo medidas que permitan eliminar los obstáculos y las barreras sociales a las que se enfrentan las personas con discapacidad en cuanto al acceso a información y el ejercicio pleno de sus derechos.

A partir de los hallazgos que proporciona la tesis de grado, se considera que todas las personas, con o sin discapacidad, tienen derecho a: decidir cuándo y con quien tener relaciones; recibir información sobre sus derechos sexuales y reproductivos; utilizar el método anticonceptivo que consideren más adecuado; vivir su identidad de género y su orientación sexual de forma libre; acceder a los servicios de salud; formar su propia familia y elegir acerca de la maternidad o paternidad.

Al mismo tiempo, desde la presente investigación se sostiene que las personas con discapacidad tienen derecho a disfrutar de su sexualidad en igualdad de condiciones, a que se respete su privacidad e intimidad, a decidir sobre su propio cuerpo con autonomía, a

recibir información acerca de los temas que necesiten, a recibir los apoyos necesarios y adaptaciones del entorno para ejercer sus derechos, a mantener su fertilidad – que no se realicen esterilizaciones sin su consentimiento, a acceder a la atención de salud de forma autónoma, sin la necesidad de ser acompañados o acompañadas y que se respete su confidencialidad.

Por último, se considera importante destacar que los datos obtenidos no se muestran como algo acabado, sino que implican un desafío para realizar nuevas investigaciones y para poder repensar nuestras prácticas cotidianas, con el fin de lograr la plena inclusión de las personas con discapacidad dentro de la sociedad.

“Nuestra responsabilidad es luchar por colocar esta primera piedra de una sociedad más incluyente, empezando por reconocer y respetar los derechos de las mujeres y los hombres con discapacidad como seres sexuados, para erradicar los estereotipos que los señalan como seres infelices en sí mismos, dependientes y con pocas o nulas posibilidades de desarrollarse plenamente en una sociedad pensada por y para quienes entran en la categoría de los ‘normales’ ” (Cruz Pérez, 2002: 5)

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Balandra, Arturo Cristóbal (2013) “*La interpretación de los mitos desde la hermenéutica analógica*”. Cuicuilco, vol. 20, núm. 58, septiembre-diciembre, 2013, pp. 77-89 Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México. <http://www.redalyc.org/pdf/351/35130975005.pdf>
- AMADA (Asociación Médica Argentina de anticoncepción) y PNSSyPR (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable) 2015; “*Métodos anticonceptivos: Guía Práctica para profesionales de la Salud*”. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.
- Bonaccorsi, Nélica y Reybet, Carmen (2008) “*Derechos sexuales y reproductivos: un debate público instalado por mujeres*” LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos, vol. VI, núm. 2. Centro de Estudios Superiores de México y Centro América San Cristóbal de las Casas, México. <http://www.redalyc.org/pdf/745/74511194004.pdf>
- Borisonik, Diego L (2017) “*Hablar de diversidad sexual y derechos humanos*”. Tomo I Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/hablemos_sobre_diversidad_sexual.pdf
- Brown Josefina Leonor (2008) “*Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas*”. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332008000100015
- Cayo Pérez Bueno, Luis (2012) “*LA CONFIGURACIÓN JURÍDICA DE LOS AJUSTES RAZONABLES*”. Fundación CERMI, España. https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/novedades/LA_CONFIGURACION_JURIDICA_DE_LOS_AJUSTES_RAZONABLES.pdf
- Cruz Pérez, María del Pilar (2015) “*Acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad: el papel de las y los prestadores de servicios*”. La ventana vol.5 no.42 Guadalajara http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362015000200007
- Cruz Pérez, María del Pilar (2002) “*Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad*”. Universidad Autónoma Metropolitana, México. <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n22/n22a08.pdf>
- Del Aguila, Luis Miguel y Rosales Pablo (2013) “*Discapacidad, justicia y Estado: discriminación, estereotipos y toma de conciencia*”. Volumen 2. Ed. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, C.A.B.A.
- Foucault, Michel (1977) “*Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*”. Primera edición en español. Ed. Siglo veintiuno s.a. de c.v. Madrid, España.

- Fundación CERMI Mujeres, y EDF (2017) “Poner fin a la esterilización forzosa de las mujeres y niñas con discapacidad”. Madrid, España. <http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2018/02/INFORME-ESTERILIZACI%C3%93N.pdf>
- Feregrino, Jesica (2016) “*El derecho Humano a la sexualidad de las personas con discapacidad*”. Recuperado de: <https://www.incluyeme.org/articulos/el-derecho-humano-a-la-sexualidad-de-las-personas-con-discapacidad>
- Giberti Eva, Fernández Ana María (1992) “*La mujer y la violencia invisible*”. Segunda Edición. Sudamericana, Buenos Aires, Fundación Banco Patricios.
- INDEC (2013). Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Documento de Trabajo N°1. Recuperado de: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000729cnt-ENCUESTA_NACIONAL_sobre_salud_sexual_y_reproductiva.pdf
- INADI (2015): “*Sexualidad sin barreras: derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad*.” Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Buenos Aires.
- INADI (2012): “*Discapacidad y no discriminación*”. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Buenos Aires.
- Iñiguez Rueda, L. (1999). “*Investigación y Evaluación Cualitativa: Bases teóricas y conceptuales*”. En Atención Primaria. Vol. 23 Núm. 8. Mayo 1999. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/1+Aten+Primaria+1999.+IC+Bases+Teoricas+y+Conceptos.pdf>
- INMUJERES (Instituto Nacional de mujeres) (2018) “Cartilla de derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad”. Coord. María del Carmen Juárez Toledo. Ciudad de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/389291/Cartilla_DS_y_DR_Folleto.pdf?fbclid=IwAR2pU8sQsI3kYgn7xTKM-IZl7YqZX9nSFS63cDeai3VqxKfj60y6AvnN_AI
- Joly, Eduardo, “*Discapacidad y empleo. Por el derecho a ser explotados*.” (2009). <http://www.redi.org.ar/Documentos/Ponencias/Trabajo/Discapacidad-y-empleo-Por-el-derecho-a-ser-explotados.pdf>
- López Gómez, A. (coord.) (2015) “*Adolescencia y Sexualidad. INVESTIGACIÓN, ACCIONES Y POLÍTICA PÚBLICA EN URUGUAY*”. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República; UNFPA
- López González (2007) “*Discapacidad y género. Estudio Etnográfico sobre mujeres discapacitadas*”. Universidad de Córdoba, España. Recuperado de: [file:///C:/Dialnet-DiscapacidadYGenero-2313642%20\(1\).pdf](file:///C:/Dialnet-DiscapacidadYGenero-2313642%20(1).pdf)
- Meresman, Sergio (2013): “*Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual integral y discapacidad para compartir en familia*.” Ministerio de Educación, Buenos Aires.

- Maldonado Jorge A. (2012) “*El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos*”. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008
- Minieri, Sofía (2017) “El derecho de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva: 20 preguntas fundamentales sobre las políticas públicas del Estado argentino”. Fundación REDI, Buenos Aires. http://www.redi.org.ar/Documentos/Publicaciones/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres/Derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-de-las-mujeres_20-preguntas.pdf
- Montes Berges, Beatriz (2008) “*Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio*”. Iniciación a la Investigación, Revista electrónica. Universidad de Jaén. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5405159>
- Otero, Hernan. (2007): “*El crecimiento de la población y la transición demográfica argentina*”, en Susana Torrado (comp.), Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo XX, Serie Estudios del Bicentenario, Buenos Aires, Editorial EDHASA, Tomo I, p. 339-367 [29].
- Organización mundial de la Salud (1995). *Clasificación Internacional de enfermedades, 10 revisión*. Ginebra
- Organización mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la Salud*. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Definiciones de trabajo de la OMS. Sexualidad y Educación Sexual*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Palacios Agustina. “*El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*”. Madrid, 2008. Grupo Ed. CINCA
- Palau Cerisuelo, Sheila. (2016) “*Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad*”. Castellón, España. http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/165255/TFM_2015_palauS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pantano, Liliana (2014) “*La palabra 'discapacidad' como término abarcativo. Observaciones y comentarios sobre su uso*”. Recuperado de: http://www.unter.org.ar/imagenes/Pantano_liliana.pdf
- Parra, Noemi y Oliva Moisés (2013) “*Sexualidades diversas. Manual para atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o de desarrollo*”. Ed. Plena inclusión Canarias. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/301590058_Sexualidades_Diversas_Manual_para_la_atencion_de_la_diversidad_sexual_en_personas_con_discapacidad_intelectual_o_del_desarrollo

- Petracci Monica. (coord.) & Pecheny, Mario. (2007). “*Derechos humanos y sexualidad en Argentina*”. Buenos Aires: CEDES.
- Peirano, Silvina Liliana (2014) “*Mitología de la sexualidad especial, el devenir del deseo en minusvalizantes necesidades.*” Buenos Aires.
<http://sexualidadespecial.blogspot.com/?zx=fe882a0974100ba0>
- Polanco Valenzuela Mauricio y Ayala Juan Luis Martín (2017) “*Conocimientos, actitudes y prácticas de familias de adolescentes con discapacidad cognitiva en sexualidad y afectividad*”. México. Universidad Internacional Iberoamericana.
<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00187.pdf>
- Portillo Mayorga, Inés; Conde Rodríguez, Ángeles; Mun Man Shum, Grace (2006) “*Mujer, discapacidad y violencia: el rostro oculto de la desigualdad*” Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, España, Madrid.
- Ragin, Charles C. (2007) “*La construcción de la investigación social: Introducción a los métodos y su diversidad*” Siglo del Hombre Editores, Universidad de Los Andes. Bogotá.
- Raymond, Emilie. (2005). “*La teorización anclada (grounded theory) como método de investigación en ciencias sociales: en la encrucijada de dos paradigmas*”. Cinta moebio. Revista de epistemología de Ciencias Sociales. Recuperado de:
<https://www.moebio.uchile.cl/23/raymond.html>
- Rosato, Ana y Angelino, María Alfonsina (coordinadoras). (2009) “*Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit.*” NovEduc. Buenos Aires.
- Seaone, José Antonio. (2011) “*¿Qué es una persona con discapacidad?* Universidad de la Coruña, España.
- Souza Minayo, Maria Cecilia (2007) “*Investigacion social: teoría, método y creatividad*” Ed. 2a reimp.- Buenos Aires: Lugar Editorial
- Vallejos, Indiana (2010) “*Entre el modelo medico y el modelo social, algunas reflexiones sobre conceptos y prácticas.*” Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/357679160/Entre-El-Modelo-Medico-y-Social-Indiana>
- Vallejos, Indiana (2016) “*Miradas en torno a la discapacidad y la universidad. Desafíos para una universidad accesible*”. Texto de la conferencia para estudiantes en UNICEN. Inédito.

Legislación

- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Sancionada: 2006
- Ley N° 26.378(2008). Cuadernos del INADI. Numero 1, abril 2010.
- Ley N° 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Promulgado: 2003.

Ley 26.150. Ley Educación Sexual Integral. Sancionada: Octubre de 2006

Ley 26.618. Ley de matrimonio Igualitario. Sancionada: Julio 2010

Ley 26.585. Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. Sancionada: Marzo 2009

Documentales

TRAILER: ¿Y yo por qué no? La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.
<https://www.youtube.com/watch?v=K2K4mjvg2Xw>