



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Trabajo Final de Grado

Modalidad: Pre proyecto de investigación

## Profesionales de la obstetricia y discapacidad

Br. Andrea Rodríguez Bianchi CI: 2.893.531-8

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Revisora: Asist. Mag. Julia Córdoba

Instituto de Psicología de la Salud

Octubre, 2022

# TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>6</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>10</b>
Derechos Sexuales y Reproductivos	10
Discapacidad y salud sexual y reproductiva	11
Profesionales de la salud y poder médico	13
Psicología de la Salud	15
<b>DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>16</b>
Objetivo General	16
Objetivos específicos	16
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>17</b>
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	<b>19</b>
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>20</b>
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>21</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>22</b>

# RESUMEN

En este pre-proyecto de investigación se procurará acercarse a un tema que si bien ha tenido muchos avances a lo largo del tiempo, aún hay mucho por hacer, como son los derechos sexuales y reproductivos en situación de discapacidad. En los últimos años se han dado cambios significativos en cuanto a derechos y accesibilidad de personas con discapacidad, pero en lo que refiere a Derechos Sexuales y Reproductivos, se entiende que siguen permaneciendo, tanto a nivel social en general y en el campo médico en particular, obstáculos que hacen que estos derechos no puedan ser ejercidos como tales.

Para lograr una mayor comprensión, es necesario visualizar a las personas con discapacidad, como ciudadanas, usuarias y usuarios de los servicios de salud, tanto públicos como privados y no como personas dependientes, infantiles y no responsables a la hora de tomar decisiones acerca de su propio cuerpo.

El concepto de ciudadanía hace referencia a que cada persona pueda ejercer sus derechos avalados por la normativa vigente.

Para la realización de este estudio se cree necesario conocer la percepción de los profesionales de la salud, sus prácticas, su saber acerca de la discapacidad, así como también los facilitadores, o dificultades, con los que cuentan en los sistemas de salud en donde se desempeñan.

## **Palabras Claves:**

Discapacidad, Derechos sexuales y reproductivos, Profesionales de la salud

# ABSTRACT

This pre-research project will attempt to approach a topic that although it has had many advances over time, there is still much to be done, such as sexual and reproductive rights in situations of disability. In recent years, there have been significant changes in terms of rights and accessibility for people with disabilities, but in terms of sexual and reproductive rights, it is understood that there are still obstacles, both at the social level in general and in the medical field in particular, that prevent these rights from being exercised as such.

To achieve a better understanding, it is necessary to visualize people with disabilities as citizens, users of health services, both public and private, and not as dependent, infantile and non-responsible people when making decisions about their own bodies.

The concept of citizenship refers to each person being able to exercise his or her rights as guaranteed by current legislation.

In order to carry out this study, it is necessary to know the perception of health professionals, their practices, their knowledge about disability, as well as the facilitators or difficulties they have in the health systems where they work.

**Key words:**

Disability, sexual and reproductive rights, health professionals.

# FUNDAMENTACIÓN

El objetivo de esta investigación es indagar acerca de las percepciones y opiniones de los profesionales de la obstetricia acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las personas en situación de discapacidad en Uruguay.

Basándonos en el Informe Mundial sobre la Discapacidad en todo el mundo viven más de mil millones de personas con alguna forma de discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2011). En Uruguay, la cifra asciende a 517.771 personas, lo que representa al 15.9% de la población total del país, según el censo del INE realizado en 2011.

En los últimos años ha habido grandes avances en materia de discapacidad en nuestro país y en el mundo. En el 2006, las Naciones Unidas reconocen la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones, así como también, la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación, a la información y las comunicaciones, para gozar de todos sus derechos humanos y las libertades fundamentales (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

En cuanto a los Derechos Sexuales y Reproductivos, López (2006), señala que han surgido como consecuencia de la lucha de mujeres y grupos organizados en defensa de la libertad sexual y han sido incluidos en la agenda de los Derechos humanos en los documentos emitidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo y en la Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995.

En Uruguay durante el año 2008, se aprueban las Leyes N°18335 y N°18426. La primera regula los derechos y las obligaciones de los pacientes, usuarias y usuarios de los Servicios de Salud, manifestando que los mismos tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica. La segunda Ley, hace referencia a los Derechos Sexuales y Reproductivos, la cual manifiesta que el Estado es el responsable de garantizar estos derechos a toda la población, generando las condiciones para ello.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos en las personas en situación de discapacidad, pese a los marcos normativos que los amparan, continúan siendo invisibilizados. Existen mitos y falsas creencias sociales que identifican a esta población. Se las percibe como asexuadas, no capaces de mantener vínculos afectivos y como promiscuas, pudiendo desencadenar esto, en situaciones de abuso (Gomiz, 2016). Siguiendo a Pons y García (2019), otra mirada que reciben es la infantilizadora, diciéndoles que no pueden ser madres o padres dada su condición. Esta mirada

infantil, es un factor que incide en su imagen social y que los vulnera más aún. Siguiendo a Mattioli (2012), la mirada infantilizada de las personas en situación de discapacidad, es provocada por las propias familias que “ejercen un paternalismo sobre protector”. Para Gomiz (2016), es habitual que mujeres con discapacidad usen vestimenta de niñas pequeñas, pese a ser mujeres adultas. Sostiene también, que en general son sus cuidadores los que pretenden mantenerlas alejadas de los cánones de belleza socialmente impuestos, negándoles y aislándolas de las convenciones de feminidad aceptadas.

Las valoraciones sociales mencionadas que reciben las personas en situación de discapacidad, se desprenden de los discursos médicos, los que “construyen y normalizan los cuerpos (...) en la configuración de valoraciones sociales en relación con la sexualidad, la reproducción y la maternidad” (Erviti, 2010, p. 104). Por esto es necesario conocer las percepciones que tienen los profesionales de la salud acerca de la discapacidad y los Derechos Sexuales y Reproductivos de esta población. Así como también investigar si las relaciones que se establecen entre ellos se fundamentan en la igualdad y en el reconocimiento de los Derechos que esta población posee.

Siguiendo a Castro (2010), se hace necesario conocer cómo es la comunicación, la interacción y las prácticas ejercidas para identificar los principales determinantes en la producción de las distintas formas de violación de los derechos.

# ANTECEDENTES

Con el fin de acercarse a la temática planteada en esta investigación, se realizará una revisión bibliográfica que permita conocer la producción de conocimiento actual sobre la misma. Los artículos científicos encontrados hablan sobre discapacidad y Derechos sexuales y reproductivos principalmente en mujeres, dejando de lado a hombres en situación de discapacidad. En su mayoría se refieren solo a derechos reproductivos y no a la sexualidad de esta población.

En una investigación desarrollada en la Universidad de Buenos Aires, llamada “Cuerpos vivos, cuerpos sentidos: acompañamiento sexual para personas en situación de discapacidad en América Latina y Europa” (Míguez, 2020), se reflexiona acerca de la relación entre discapacidad y sexualidad. Si bien existen marcos normativos que regulan los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas en situación de discapacidad, existe un vacío en cuanto a la relación mencionada. Según esta investigación:

i) Los programas sobre sexualidad en los países en donde se realizó la misma no plantean nada acerca de esta relación, continúa siendo un tema del que no se habla, que pareciera no existir.

ii) La sexualidad en las personas en situación de discapacidad siguen apareciendo en las sociedades latinoamericanas como infantiles, asexuadas, como cuerpos no deseados ni deseantes, por lo que se continúa generando en torno a ellas, mitos, falsas creencias y tabúes.

La sexualidad es parte constitutiva del ser humano, por lo que no debería quedar excluida de las normativas. Siguiendo a Míguez (2020), se excluye a aquellos que discursiva y normativamente se incluyen.

Esta investigación distingue las formas en que se vulneran los cuerpos femeninos y los masculinos en situación de discapacidad. En las mujeres se visualiza la represión, la sumisión y el disciplinamiento de sus cuerpos, mientras que, en los cuerpos masculinos, la sexualidad está ligada a lo meramente coital, siendo sometidos muchas veces a experiencias no buscadas por ellos (Míguez, 2020).

Una revisión sistemática realizada en Brasil en 2018, denominada “Sexualidad de personas con discapacidad” (Nagai, 2018), analiza 38 artículos publicados entre 2007 y 2017. Como resultado se obtuvo la mirada familiar de personas en situación de discapacidad, la percepción de los profesionales de la salud, así como también, cuáles son las limitaciones que tiene esta población a la hora de relacionar su situación de discapacidad con la sexualidad.

Existen condicionantes sociales que impiden el desarrollo de la sexualidad de las personas con discapacidad, entre ellas se encuentran las barreras edilicias, la sobreprotección familiar, los estereotipos y los prejuicios sociales, así como también el derecho vulnerado al acceso a la educación sexual. Nagai (2018), hace referencia a que la sexualidad está condicionada por lo normativamente aceptado, es decir, orientación sexual, configuración familiar, valores morales impuestos socialmente. Es por esto, que, la relación entre discapacidad y sexualidad aún continúa

siendo un tema tabú y rondan en torno a esta población los mitos y falsas creencias que los describen como asexuados, no deseados, no deseantes, incapaces de mantener vínculos sexuales y afectivos.

En los resultados de esta revisión bibliográfica, se muestra que los principales impedimentos sociales para el desarrollo y ejercicio de la sexualidad en las personas con discapacidad son: la sobreprotección, descalificación, falta de accesibilidad para ingresar a los servicios, tratamientos médicos que infantilizan y niegan el desenvolvimiento sexual de esta población, la doble discriminación sufrida por los hombres homosexuales en situación de discapacidad.

Un artículo denominado “Mitos acerca de la maternidad en mujeres con discapacidad” (Cruz, 2014) realizado en México plantea que, a pesar de la existencia de un marco normativo que regula los Derechos sexuales y reproductivos de las personas en situación de discapacidad, esta población continúa enfrentándose a situaciones de exclusión cuando deciden ejercer sus derechos.

En los resultados de esta investigación se visualizan las opiniones negativas a las que se enfrentan las mujeres en situación de discapacidad cuando manifiestan sus deseos de ser madres y acceder a información relacionada a la sexualidad. i) Familiares y profesionales de la salud, quienes tienen la autoridad que les brinda el saber, son los que persuaden a las mujeres para influir en sus decisiones. ii) Etiquetas como asexuadas, irresponsables, se suman a argumentos que van desde los riesgos de vida de ellas y sus hijos hasta sanciones morales.

Siguiendo a Cruz (2014), lograr espacios de reflexión y de capacitación de los profesionales de la salud, generando que se visualice a las mujeres con discapacidad como personas adultas, sexuadas, con intereses y deseos.

Una investigación denominada “La ceguera y la maternidad: perspectiva del embarazo, parto y puerperio por parte de la mujer con diversidad funcional sensorial: Accesibilidad e interpretación de su proceso” (Pérez Bolívar, 2016) realizada en España, tuvo como objetivo explorar las vivencias de las mujeres con discapacidad visual durante su proceso de embarazo, parto y puerperio. Como resultado se obtuvo que existen barreras por parte de familiares y de profesionales de la salud, a la hora de acompañar el proceso de embarazo y crianza. Pérez plantea que, en el pensamiento occidental existen prejuicios y condicionantes que determinan las formas de relacionarnos y de interactuar con las personas en situación de discapacidad. Sostiene también que existe la necesidad de un cambio cognitivo y actitudinal de parte del personal de la salud, así como también la necesidad de mayor formación específica. Pérez, citando a Moya, 2004, asegura que la mujer discapacitada sufre una doble discriminación, continuando en la invisibilización.

En Uruguay, en 2019 se realizó una intervención con personas en situación de discapacidad y equipos de salud, denominada “Abordaje metodológico en salud sexual y reproductiva en situaciones de discapacidad con equipos de salud en Uruguay” (Farías et al, 2019). Algunos de los



objetivos que la misma se planteaba era la realización de talleres con equipos sanitarios para la sensibilización y la formación sobre prácticas inclusivas y accesibles para la población con discapacidad. Conocer el acceso a los servicios de salud por parte de las y los usuarios y las necesidades y demandas de los mismos, así como también las ideas previas de los equipos de salud. Se promovió la reflexión y se difundió la normativa vigente acerca de discapacidad.

Los profesionales manifestaron carecer de conocimientos para no violentar a las personas en situación de discapacidad durante la intervención profesional, así como también, plantearon dudas acerca de cómo dirigirse a esta población y a sus familiares. “Se percibe en los discursos de los y las participantes que existe una representación infantilizada de las personas en situación de discapacidad, especialmente de aquellas que requieren acompañante” (Farías, et al, 2019).

Se constata por parte de los profesionales un discurso que culpabiliza a las personas en situación de discapacidad por las dificultades que existen al momento de acceder a la salud, luego de la intervención, adjudicaron las mismas a situaciones de discriminación y exclusión que vive esta población y plantearon que las instituciones son reproductoras de desigualdades y limitantes de la autonomía de esta población al enfrentarlas a barreras edilicias y actitudinales.

En cuanto a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas en situación de discapacidad, entre los profesionales existen creencias que los vulneran, se las considera seres asexuados, existe desconocimiento de la normativa vigente, lo que produce que no se faciliten servicios de salud sexual y reproductiva por parte de los prestadores.

Se constató, un modelo heteronormativo, dificultades al visualizar los deseos de maternidad y paternidad, falta de realización de estudios ginecológicos, por considerar a las mujeres con discapacidad sexualmente inactivas, omisiones en el primer nivel de atención, falta de promoción y prevención. Esto que continúa reproduciéndose por parte de los profesionales y prestadores de salud va en detrimento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas en situación de discapacidad.

El artículo “Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad: elementos que favorecen la continuidad de la práctica de esterilización forzada en Chile”, realizado en 2017, en Chile, pone de manifiesto que ese país conjuntamente con 37 países más, fueron denunciados por realizar esterilizaciones forzosas en mujeres y niñas con discapacidad. Esta práctica se ha considerado históricamente, a nivel mundial, como un instrumento de control de la población y de la salud pública, con el objetivo de mejorar la constitución de la raza.

Luego de la realización del estudio, se percibe que la esterilización forzada, se asocia a la aceptación de la violencia sexual que posee la población, al encubrimiento por parte de las familias de las mujeres y niñas con discapacidad y a la no visibilización de la violencia que es ejercida por la realización de estas prácticas. Asimismo, queda en evidencia la falta de garantías que ofrece el Estado a mujeres y niñas con discapacidad y los abusos de poder que redundan en ellas. “La esterilización forzada forma parte de un vasto repertorio de violencias contra mujeres y niñas con

discapacidad, que profundizan y perpetúan dinámicas de opresión, injusticia y desigualdad social” (Yupanqui Concha, 2017, p. 58).

En Uruguay, en 2011, el estudio llamado “Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo” (Domínguez, 2011), tuvo como objetivo la generación de datos sobre mujeres en situación de discapacidad en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En esta investigación se recogen las voces de mujeres en situación de discapacidad, usuarias de los servicios de salud, así como también del personal de la salud.

De la información relevada se desprende que las mujeres con discapacidad se enfrentan a múltiples barreras en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductivos. Barreras físicas, de comunicación, de información y actitudinales, lo que genera discriminación, exclusión y evidencia la violación de los derechos humanos. Asimismo, se constatan las falsas creencias que rondan sobre ellas, lo que desencadena discriminación y malas prácticas. La falta de formación acerca de discapacidad del personal de la salud actúa como barrera que obstaculiza la atención de calidad de esta población. Hotimsky (2010) citando a Castro y Erviti (2003), afirma que la formación médica se trata de unos de los factores que ha contribuido a la enorme difusión de la violencia institucional en los servicios de atención a la salud de la mujer.

# MARCO CONCEPTUAL

Centrándonos en la temática a investigar y teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada para esta investigación, se considera pertinente poner el foco en distintas temáticas dada su relevancia.

Las temáticas que se destacarán en este apartado serán: derechos sexuales y reproductivos, discapacidad, profesionales de la salud y el poder que se le asigna a esta profesión, y Psicología de la Salud.

## Derechos Sexuales y Reproductivos

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo, se reconoce a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. El Programa de Acción de la Conferencia reafirma que las personas tienen derechos a decidir sobre su vida sexual y reproductiva. Asimismo, se establece que los Estados deben ser garantes de estos derechos, por lo que el mismo debe generar políticas que los protejan y los promuevan (López, 2013).

A partir de esta Conferencia, surge en los países de la región el reclamo por el desarrollo de políticas de salud sexual y reproductiva. En Uruguay, se promulgó la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en 2008. A pesar de la existencia de este marco normativo, el proceso de licitud de la salud sexual y reproductiva, es un proceso de tensiones. En cuanto a las políticas de atención, se genera un nuevo paradigma interpelando al existente paradigma materno-infantil, basado en el Modelo Médico Hegemónico, modelo que es “construido en el marco de condicionamientos de género que están en la base de las prácticas profesionales” (López, 2013). El surgimiento de un nuevo paradigma que le da a las personas autonomía y autodeterminación en la toma de decisiones en cuanto a la salud sexual y reproductiva, cuestiona a las prácticas profesionales.

El orden médico tiene “una visión y trato de las mujeres como objetos de tutela más que como sujetos con derechos” (Herrera, 2010, p. 93), lo que va en detrimento de la práctica de la ciudadanía en la atención de salud (Herrera, 2010).

El concepto de ciudadanía hace referencia *“a la condición de los individuos que, en razón de su pertenencia a una comunidad política determinada, poseen ciertos derechos que deben y/o pueden ejercer, y ciertas obligaciones que deben cumplir, con la finalidad de garantizar la plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a la que pertenecen”* (Hindes, 2002 citado en Castro, 2010, p. 54).

En salud reproductiva, ésta noción hace referencia a la capacidad de las mujeres para apropiarse, ejercer y defender sus derechos. Se distingue entre las variaciones existentes entre la apropiación

subjetiva de los derechos y la posibilidad de hacerlos valer, esta diferencia denota desigualdades de género, clase, etc. (Castro, 2010).

## Discapacidad y salud sexual y reproductiva

La discapacidad ha transitado por varias miradas a lo largo de la historia, hoy en día se considera que la misma es una cuestión de derechos humanos. Las concepciones por las que atravesó partían de una base de marginación, exclusión y persecución que se le adjudicó a la discapacidad, sin entenderla con la complejidad social que merece. Los modelos por los cuales atravesó y aún conviven, pueden categorizarse en: modelo de prescindencia, modelo rehabilitador y modelo social (Palacio, 2008). También la Organización Mundial de la Salud propone la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF).

El modelo de prescindencia, tiene un enfoque religioso, la discapacidad es causada por motivos de índole religioso y considera que las personas en dicha situación no aportan a la sociedad, por lo que ésta última decide prescindir de ellas, poniéndolas en un lugar de sometimiento y de dependencia (Palacio, 2008).

El modelo rehabilitador, a diferencia del anterior, no coloca a las personas con discapacidad en el lugar de prescindibles, sino que pretende ocultar las limitaciones funcionales, rehabilitándolas, no contemplando la dificultad ni la diversidad. Las causas de la discapacidad en este modelo son biológicas, las mismas provienen de las propias limitaciones de las personas.

Existen prenociones sobre la sexualidad de las personas en situación de discapacidad que materializan acciones sobre las mismas y reproducen el modelo rehabilitador, “normal-anormal” “puede-no puede” “sexuado-asesuado”. (Míguez, 2020, p. 135).

Cabe aclarar que este modelo, se conoce en el ámbito de la discapacidad como modelo médico.

El tercer modelo, llamado social, entiende que las causas de la discapacidad son sociales, ya que es la misma sociedad la que no da ni el espacio, ni las oportunidades a las personas con discapacidad. “Una incapacidad para caminar es una deficiencia, mientras que una incapacidad para entrar a un edificio debido a que la entrada consiste en una serie de escalones es una discapacidad”. (Morris, 1996, citado en Palacios, 2008, p. 103).

Este modelo de derechos humanos se centra en la dignidad del individuo, colocándolo en el centro de todas las decisiones que lo afectan, pretende que la sociedad entienda “que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que las demás, pero siempre desde la valoración a la inclusión y el respeto a lo diverso” (Victoria, 2013, p. 1093). Este modelo entiende la necesidad de otorgarle a las personas en situación de discapacidad, las herramientas para su autonomía, la independencia y libertad para así poder desarrollar sus propios planes y proyectos de vida. (Victoria, 2013). A diferencia del modelo rehabilitador, que pone el énfasis en el ocultamiento de la discapacidad, rehabilitándolas, en este modelo social de la

discapacidad, se pone el énfasis en rehabilitar a la sociedad, pone el problema en ésta y no en el individuo. Siguiendo a Victoria (2013), el problema de la discapacidad parte de la falta de sensibilidad del Estado y de la sociedad en su conjunto, que no ha tenido en cuenta o ha excluido la diferencia en la discapacidad, el Estado debe ser quien garantice los derechos de las personas con discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), basada en la integración del modelo médico y el modelo social. Esta clasificación utiliza un enfoque biopsicosocial, desde una perspectiva biológica, individual y social, de las dimensiones de la salud. (CIF, 2001).

La CIF conceptualiza a la discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (CIF, 2001, p. 206).

Los factores ambientales son todo lo que afecta al funcionamiento de una persona, facilitándolo o limitándolo. Hace referencia a lo externo del individuo. Los factores personales refieren a todo lo relacionado al individuo, como la edad, condición social, sexo, etc.

El concepto más completo para entender la situación de las personas con discapacidad es el de interseccionalidad, puesto que entiende que las experiencias de las personas vienen dadas por diversas formas de subordinación dentro de la sociedad. (Leslie McCall 2007, citada en Gomiz, 2016). Así, factores que son causa de subordinación, como la raza, el sexo, la discapacidad, etc., se interrelacionan, gestando un sistema de sometimiento en el que se visualiza la interseccionalidad de variadas formas de discriminación. (Knudsen, 2006, citado en Gomiz, 2016). En materia de legislación, se aprueba la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de las personas en situación de discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

En Uruguay, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, fue ratificada mediante la Ley N° 18418, en diciembre de 2008.

En el 2010, se crea la Ley N° 18651, *Protección integral de personas con discapacidad*, tendiente a asegurar la salud, educación, rehabilitación, entre otros, de las personas con discapacidad. En esta misma Ley, en su Capítulo II, Art. 13, queda establecido la creación de la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad que tiene como cometido, estudiar, evaluar y aplicar los planes de política nacional de promoción, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad. (Ley N°18651/2010).

A pesar del marco normativo que ampara a pacientes y usuarios de los servicios de salud en general y a los pacientes y usuarios con discapacidad en particular, aún no se les da, a estos últimos, el tratamiento adecuado.

## Profesionales de la salud y poder médico

Las organizaciones feministas han hecho posible colocar en la agenda política lo concerniente a derechos reproductivos, pese a esto, existen denuncias acerca de la violación de estos derechos en instituciones tanto públicas como privadas.

A modo de ejemplo, a nivel internacional, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, dejó en evidencia distintas formas de violencia contra las mujeres en instituciones públicas de Perú. (CLADEM, 1998, citado en Castro, 2010). También evidenció la existencia de un Programa Estatal de anticoncepción quirúrgica forzosa para los sectores más vulnerables y desprotegidos. (CLADEM, 1999, citado en Castro, 2010).

La Organización Mundial de la Salud, considera a la salud reproductiva como un derecho y postula que deben existir cambios para avanzar hacia un estándar universal de derechos, ya que existen países con distintos grados de desarrollo económico y social. Siguiendo a Castro, 2010, el campo médico es un obstáculo para que se produzcan dichos cambios, ya que el discurso médico hegemónico señala que el problema está en la calidad de la atención, de orden gerencial y de recursos.

El campo médico, constituido por las instituciones políticas y de salud, por los profesionales que en ellas se desempeñan y también por los usuarios y usuarias que hacen uso de dichas instituciones, debiendo ejercer allí, su calidad de ciudadanas, ya que el acceso a estas constituye un derecho social. Sin embargo, en las instituciones existe un diseño disciplinar para obtener una mayor eficiencia en la atención, por lo que, se espera que usuarias y usuarios mantengan una actitud de obediencia y conformidad frente al poder médico. (Castro, 2010).

Siguiendo a López y Carril (2010), en la articulación persona - rol profesional se ponen en juego las ideologías, trayectorias personales, creencias, valores, la formación profesional, el mandato social y las expectativas de desempeño en el campo profesional, todo esto inmerso en un contexto sociohistórico determinado. Estas condicionantes influyen en las prácticas profesionales pudiéndose generar distintos tipos de reacciones en cada intervención. Situándonos en el ejercicio de la práctica profesional en el campo de la salud reproductiva, se vislumbran intervenciones teñidas de valoraciones morales, normalizadoras, paternalistas e infantilizadoras, dejando de lado la neutralidad y no permitiendo a las usuarias y usuarios su autonomía y autodeterminación.

“La medicina ha jugado un papel central en la construcción de la normalidad” (Foucault, 1983, Canguilhem, 2005, citado en Erviti, 2010, p. 103) y ejerce el control de los cuerpos y las sexualidades a través de la medicalización de la vida cotidiana.

Las valoraciones sociales sobre reproducción y sexualidad se desprenden del discurso médico, éste penaliza, culpabiliza lo que está fuera de la norma, lo que se considera “socialmente inconveniente” (Erviti, 2010). Generalmente a las mujeres es a quien se las etiqueta como “culpables” pero la interacción médica se ve condicionada, además del sexo, por la etnia, género,

edad, estado civil, clase social, etc.

Los discursos médicos producen y reproducen la identidad femenina a través de la maternidad, pero en la construcción de la normalidad y el control de los cuerpos, la normalidad también atañe a la normalidad física y social en situación de embarazo, por lo que, todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva de las personas en situación de discapacidad y específicamente la maternidad o la interrupción voluntaria del embarazo, no conciben con el discurso médico hegemónico. Es por esto que se califica a estas personas como poco responsables, insensibles e incapaces. Asimismo, el poder médico en alianza con familiares de las personas en situación de discapacidad se imponen sobre estos cuerpos, en pos de “evitar problemas” (Míguez, 2020).

## Psicología de la Salud

El modelo médico hegemónico con etiología biologicista, centrado en la atención de enfermedad y en la figura del médico, ha sido cuestionado a mediados del SXX en la Declaración de Alma-Ata en 1978 y en la definición de la OMS de 1948, la que expresa que, “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 2014). De este cuestionamiento se desprende la necesidad de inclusión “de nuevos saberes, teorías y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención y la necesidad de la formación de recursos humanos en el campo sanitario” (Sívori, 2010, p. 2). Se incorpora así la Psicología de la Salud al campo sanitario, teniendo en cuenta que “la salud comprende un componente subjetivo y de comportamiento” (Morales, 2015, p. 121). La salud es una unidad entre estos componentes y los aspectos biológicos, familiares y sociales, que se fusionan y afectan el estado de salud-enfermedad.

El campo de estudio de la Psicología de la Salud es “los procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud y su intervencionalidad con otras dimensiones sociales, económicas, culturales, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en los servicios de salud” (Morales, 1997, citado en López, 2013, p. 9). El sentido que le asignamos a la salud, las prácticas, hábitos, la forma de expresión sobre bienestar y sufrimiento, se construye en relación con otros, puesto que somos seres sociales (Morales, 2015).

Desde el enfoque de la Psicología de la Salud, las personas, sus trayectorias y sus derechos deben ser el foco de la salud sexual y reproductiva. “Las decisiones, los acontecimientos y las condiciones sexuales y reproductivas de las personas están relacionadas con sus trayectorias biográficas y con los contextos situados y producidos en ambientes socio-económicos, culturales y políticos específicos que los producen y determinan” (López, 2013, p. 10).

La temática planteada toma relevancia para la Psicología de la Salud, entendiendo al sujeto como ser social, construido en la interacción con otros productores de subjetividad que impactan en la misma. Alfaro L. (2013), siguiendo a Arnau Ripollés (2009), afirma que “las personas, como entes aptos para la construcción del conocimiento, toman conciencia y asignan sentido al mundo de acuerdo con la forma como lo experimentan”.

“La identidad y la experiencia de la subjetividad, giran en torno a la construcción del sujeto a partir del reconocimiento de su cuerpo y de los signos, símbolos, significados y valoraciones que la cultura entrega” (Díaz y Muñoz, 2005, p. 159).



# DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Las personas en situación de discapacidad han sido una población invisibilizada a lo largo de la historia. En los últimos tiempos, la accesibilidad ha tenido un gran avance, pero se cree que en materia de derechos sexuales y reproductivos no están dadas las garantías para que estos se ejerzan como tal.

Es por esto que indagar acerca de las percepciones y saberes que poseen los profesionales de la salud en el área de obstetricia y ginecología, es de suma importancia, ya que permitirá visualizar la discapacidad desde otra mirada y no solo desde el punto de vista de las usuarias y los usuarios del sistema de salud, para así poder reflexionar y debatir sobre acciones posibles, tendientes a una accesibilidad integral y efectiva.

## Objetivo General

- Conocer las percepciones de los profesionales de la salud en el área de obstetricia y ginecología acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las personas en situación de discapacidad.

## Objetivos específicos

- Indagar acerca del saber que poseen los profesionales de la salud sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.
- Conocer sus opiniones acerca de los facilitadores o barreras, que ofrece el sistema de salud a personas con discapacidad en el área de la obstetricia y la ginecología.
- Conocer qué modelo de discapacidad sustentan las prácticas clínicas realizadas durante el período de embarazo y parto y si estas contemplan a las mujeres con discapacidad.

# DISEÑO METODOLÓGICO

Para el presente trabajo de investigación y en consecuencia con los objetivos planteados, la metodología a utilizar será de diseño mixto. Los métodos mixtos “implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio” (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008, citado en Hernández Sampieri et al. 2014).

La investigación será mixta secuencial, es decir que primeramente se recabarán datos de la fase cuantitativa, se analizarán para luego recabar los datos de la fase cualitativa.

La estrategia metodológica se basará en la aplicación de dos técnicas para la recolección de datos: encuesta y grupos focales.

El muestreo será intencional y no probabilístico, compuesto por profesionales de la salud del área de obstetricia y ginecología. Se incluye a médicos obstetras, ginecólogos y parteras, quienes son responsables de la atención de las usuarias y usuarios en los servicios de salud sexual y reproductiva, en la ciudad de Montevideo y que pertenezcan a sectores de salud tanto públicos como privados.

## Fase 1: Encuesta

La encuesta, es una técnica que permite conocer la opinión de un gran número de personas en un período corto de tiempo. “La encuesta se define como una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos, o en relación con un tema en particular.” (Arias et al, 2012).

Para la captación de los encuestados se realizará una convocatoria a través de asociaciones profesionales que nucleee a los técnicos objeto de esta investigación. También se realizará una difusión mediante redes sociales para llegar a la mayor cantidad de profesionales posibles.

La encuesta será autoadministrada, voluntaria y anónima, en las que se hará explícito el objetivo de la investigación y podrán acceder al consentimiento informado y al cuestionario por medio de un link. En la encuesta se buscará relevar datos sociodemográficos, sexo/ edad y la formación académica de los participantes. Asimismo, se pretende indagar acerca del conocimiento que poseen los mismos sobre discapacidad y de la normativa vigente que ampara los derechos sexuales y reproductivos de esta población. Otra dimensión que se pretende conocer es acerca de las barreras a las que se enfrentan los encuestados al momento de ejercer sus prácticas profesionales a) falta de formación, b) presión ejercida de parte los familiares y/o acompañantes de las usuarias y usuarios, c) prejuicios social y académicamente impuestos, d) barreras institucionales.

## Fase 2: Grupos focales

Los grupos focales, facilitan el habla y dan la posibilidad de conocer más en profundidad el sentir y el pensar de parte de la población objeto acerca del tema a investigar (Hamui-Sutton, A. et al, 2013).

En el momento de responder la encuesta, se hará explícita la posibilidad de participar en los grupos focales en una segunda instancia, por lo que los participantes que así lo consideren podrán dejar su número de contacto para poder ser localizados con posterioridad.

Se realizarán 2 grupos focales, uno con profesionales que se desempeñen en el sector público y otro en el sector privado. Se buscará que la conformación del grupo esté compuesta tanto por ginecólogos como por parteras.

Los grupos focales serán grabados, previo consentimiento y posterior desgrabación, para ser analizados mediante metodología de análisis de contenido.

# CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación será realizada teniendo en cuenta el Decreto No 379/008 del Ministerio de Salud Pública sobre Aspectos éticos en investigación con seres humanos. En el Código de Ética Profesional del Psicólogo/a, en el Artículo 65 se detalla que el profesional debe aclarar a la población objeto que los datos obtenidos son con el fin de la realización de una investigación, que los mismos serán confidenciales y que los datos de la población participante, sólo se revelará con el consentimiento de ambas partes. Así mismo, en el artículo 66 se especifica que la población objeto puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que esto refiera perjuicio alguno.

Por lo anteriormente expresado, se le garantizará a los participantes la confidencialidad en sus datos personales, así como también el resguardo de la información obtenida. Previo a la realización de la encuesta y de los grupos focales se explicará acerca de la investigación, sus fundamentos, objetivos y metodología a través de la hoja informativa.

Posteriormente se le brindará un consentimiento informado donde se explicitará que i) la información brindada será confidencial y se resguardarán todos los datos identificatorios a través de la codificación de los mismos, ii) que los grupos focales serán grabados pero que el acceso a la grabación será de forma exclusiva por parte del equipo investigador, iii) que no tiene por qué contestar ninguna pregunta que no quiera e incluso que puede abandonar o solicitar finalizar la misma en cualquier momento del proceso sin que ello le traiga perjuicio alguno. Luego de su lectura se consultará sobre posibles dudas para proceder a la firma del mismo, en caso de aceptar participar de la investigación.

# CRONOGRAMA

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Revisión bibliográfica												
Elaboración de las pautas de encuestas y grupos focales. Elaboración del consentimiento informado												
Revisión y aprobación por parte del Comité de Ética												
Difusión de la investigación Captación de los encuestados.												
Realización de encuesta.												
Análisis de los resultados.												
Captación de los participantes y realización y desgrabación simultánea de los grupos focales.												
Análisis de los resultados.												
Informe final.												

# RESULTADOS ESPERADOS

Conocer las percepciones y los saberes de los profesionales de la salud en el área de obstetricia y ginecología, se hace indispensable a la hora de pensar en las prácticas ejercidas, así como también abrir un debate que acerque a la reflexión y que garantice los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

Luego del análisis de los datos obtenidos acerca de las percepciones de los profesionales de la salud en el área de obstetricia y ginecología sobre las personas en situación de discapacidad, se pretende sensibilizar y generar estrategias que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de esta población.

La realización de esta investigación pretende ser un antecedente que permita conocer más acerca de la temática planteada y pretende ser un aporte a la producción de conocimiento que ya se posee en el país. Asimismo, pretende ser un insumo para las y los profesionales de la salud al momento del ejercicio de su práctica profesional.

# BIBLIOGRAFÍA

Alfaro-Rojas, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Costarricense de Psicología*, 32 (1): 63-74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748711005>

Arias, F. (2012). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. Caracas, Venezuela. Editorial Episteme, C.A.

Baltar, F.; Gorjup, M. (2012) Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1): 123-149.

Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37-42. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-conamed/articulo/25-anos-de-investigacion-sobre-violencia-obstetrica-en-mexico>

Castro R. & López A. (2010). *Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo, Uruguay. Facultad de Psicología.

Cruz Perez, M. (2014). Mitos acerca de la maternidad en mujeres con discapacidad. *Perinatología y reproducción humana*, 28 (2): 91-96

Díaz Castillo, Luz Ángela, & Muñoz Borja, Patricia (2005). Implicaciones del género y la discapacidad en la construcción de identidad y la subjetividad. *Revista Ciencias de la Salud*, 3 (2):156-167. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56230206>

Domínguez, M. (2011). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo. Intendencia de Montevideo. Uruguay.

Erviti J. (2010). *Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos*. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en

América Latina. Montevideo, Uruguay. Facultad de Psicología.

Farías, M. C., Córdoba, J., Barbosa, E., Gelpi, G., Caillet-Bois, C., López, A. & Bagnato, M. J. (2021). Abordaje metodológico en salud sexual y reproductiva en situaciones de discapacidad con equipos de salud en Uruguay. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1): 261-271

Gomiz, M. (2016). La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 4(2): 123-142

Hamui-Sutton, A.; Varela Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5): 55-60.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta. edición). México.

Herrera, C. (2010). *De "pacientita" a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México*. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo, Uruguay. Facultad de Psicología.

Hotimsky, S. (2010). *Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil*. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo, Uruguay. Facultad de Psicología.

Instituto Nacional de Estadística de Uruguay. Anuario Estadístico (2021). Recuperado de: <https://www.ine.gub.uy/documents/10181/773486/Anuario+Estad%C3%ADstico+Nacional+2021/08f39700-23b0-4433-8075-b7a15a034d40>

Ley N°18418 (2008) Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18418-2008>

López, A. (2006). Proyecto: género y generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población Uruguaya. Estudio cualitativo. Tomo I. Montevideo, Uruguay. Editorial Trilce.

López A. & Carril E. (2010). *Aborto en Uruguay: reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres*. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo, Uruguay. Facultad de Psicología.



López, A. (2013). *Salud Sexual y Reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Conferencia inaugural Académica 2013*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Mattioli, N. (2012). Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad. Ministerio de Salud Pública. <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32256/1/guia-sobre-salud-sexual-y-reproductiva-en-personas-con-discapacidad.pdf>

Morales, F. (2015). La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiencia revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(1), 120-123. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5114124.pdf>

Míguez, M. (2020). Discapacidad y sexualidad en América Latina: hacia la construcción del acompañante sexual. *Nómadas (Col)*, (52), 133-147. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105166206009>

Nagai, A. & Pereira, J. (2018). Sexualidade das pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 289-304. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000300020&lng=pt&tlng=](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300020&lng=pt&tlng=).

Organización de las Naciones Unidas (1948). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas*, París 1948. Recuperado de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2011). Resumen. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/sedi/ddse/paginas/documentos/discapacidad/DESTACADOS/ResumenInformeMundial.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2014). Documentos básicos. Recuperado de:

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Cermi.

Pérez-Bolívar, R. (2016). La ceguera y la maternidad: Perspectiva del embarazo, parto y puerperio por parte de la mujer con diversidad funcional sensorial: Accesibilidad e interpretación de su proceso. *MUSAS "Revista de Investigación en Mujeres, Salud y Sociedad"*, 1(3): 33-48. Recuperado de <https://revistes.ub.edu › download › vol1.num1.3>

Pons y García, J. V., & Sánchez Ramos, J. (2019). MUJERES CON DISCAPACIDAD: UNA DOBLE VÍA DE DISCRIMINACIÓN. *Perfiles De Las Ciencias Sociales*, 6(11). Recuperado de <https://revistas.ujat.mx/index.php/perfiles/article/view/3118>

Sívorí, E. (2010). Curso Aspectos Psicológicos de la Atención Sanitaria: "Tendencias de la Psicología de la Salud. Descripción de las principales vertientes. (Segunda Parte) ". Uruguay. Facultad de Psicología. Disponible en: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas\\_ficha2-EJE-I-PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD\\_2da-Parte-2010.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_ficha2-EJE-I-PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD_2da-Parte-2010.pdf)

Sosa-Sánchez, I. (2017). Fronteras Múltiples: género, interseccionalidad y ciudadanía. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, XII(23): 84-101.

Victoria, J. (2013) El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Bol. Mex. Der. Comp*, 46(136): 1093-1109.

Yupanqui-Concha, Andrea y Aranda-Farías, Cristian y Ferrer-Pérez, Victoria A. 2021. "Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad: elementos que favorecen la continuidad de la práctica de esterilización forzada en Chile". *Revista de Estudios Sociales* 77: 58-75. <https://doi.org/10.7440/res77.2021.04>