

Artículo Original

¿Hacia un nuevo paradigma? El rol de los profesionales en la atención en salud sexual y (no) reproductiva de mujeres con discapacidad

Towards a new paradigm? The role of healthcare professionals in sexual and (non-) reproductive health care for women with disabilities

Rumo a um novo paradigma? O papel dos profissionais na atenção à saúde sexual e (não) reprodutiva de mulheres com deficiência

Maria Victoria Tiseyra^a , Carolina Ferrante^a 

^aConsejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina.

Cómo citar: Tiseyra, M. V., & Ferrante, C. (2026). ¿Hacia un nuevo paradigma? El rol de los profesionales en la atención en salud sexual y (no) reproductiva de mujeres con discapacidad. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 34, e4412. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.cto441844123>

Resúmen

Introducción: El retorno de la democracia en Argentina impulsó avances en el reconocimiento de derechos para diversos colectivos, especialmente en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos. Sin embargo, las personas con discapacidad continúan enfrentando múltiples barreras para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Diversas investigaciones señalan que las barreras actitudinales de los profesionales de la salud constituyen uno de los principales obstáculos para el ejercicio de estos derechos. No obstante, investigaciones recientes permiten hipotetizar la emergencia de un nuevo paradigma en la atención de esta población en materia de salud sexual y reproductiva, conforme a una perspectiva de derechos. **Objetivos:** Pesentar los hallazgos de estas investigaciones, destacando el potencial rol aliado de los profesionales de la salud, en tanto un aspecto escasamente abordado en la literatura. **Método:** Se basa en dos investigaciones cualitativas desarrolladas de manera independiente sobre la salud sexual y (no) reproductiva de mujeres con discapacidad. Metodológicamente, el estudio se apoya en 38 entrevistas en profundidad realizadas a mujeres con discapacidades físicas, sensoriales e intelectuales (motriz, visual, auditiva e intelectual) residentes en la Región Metropolitana de Buenos Aires. **Resultados:** Los resultados muestran la relevancia que tiene para estas mujeres el vínculo con profesionales de la salud como interlocutores clave en materia de salud sexual y reproductiva. **Conclusión:** Se concluye la paulatina transición hacia un nuevo paradigma en la atención sanitaria, orientado a un mayor reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos de estas mujeres.

Palabras-clave: Personas con Discapacidad, Salud Reproductiva, Maternaje, Personal de Salud, Barreras de Acceso a los Servicios de Salud.

Recibido Mar. 31, 2026; 1ª Revisión Jun. 18, 2026; Aceptado Jun. 25, 2026.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access) bajo la licencia Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

Abstract

Introduction: The return to democracy in Argentina fostered advances in the recognition of rights for diverse groups, especially regarding sexual and (non-) reproductive rights. However, persons with disabilities continue to face multiple barriers to accessing sexual and reproductive health services. Several studies indicate that attitudinal barriers among healthcare professionals constitute one of the main obstacles to the exercise of these rights. Nevertheless, recent research suggests the emergence of a new paradigm in care for this population in the field of sexual and reproductive health, in accordance with a rights-based perspective. **Objective:** To present the findings of these studies, highlighting the potential role of healthcare professionals as allies, an aspect that has been scarcely addressed in the literature. **Method:** This article is based on two independently conducted qualitative studies on the sexual and (non-)reproductive health of women with disabilities. Methodologically, the study draws on 38 in-depth interviews conducted with women with physical, sensory, and intellectual disabilities (motor, visual, hearing, and intellectual) residing in the Metropolitan Region of Buenos Aires, Argentina. **Results:** The findings show the importance that relationships with healthcare professionals have for these women, as key interlocutors in matters of sexual and reproductive health. **Conclusion:** The study concludes that there is a gradual transition toward a new paradigm in healthcare, oriented toward greater recognition of the sexual and reproductive rights of these women.

Keywords: Persons with Disabilities, Reproductive Health, Mothering, Health Personnel, Barriers to Access of Health Services.

Resumo

Introdução: O retorno da democracia na Argentina impulsionou avanços no reconhecimento de direitos para diversos grupos, especialmente em matéria de direitos sexuais e (não) reprodutivos. No entanto, as pessoas com deficiência continuam enfrentando múltiplas barreiras no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Diversas investigações apontam que as barreiras atitudinais dos profissionais de saúde constituem um dos principais obstáculos para o exercício desses direitos. Não obstante, pesquisas recentes sugerem a emergência de um novo paradigma na atenção a essa população em matéria de saúde sexual e reprodutiva, conforme uma perspectiva de direitos. **Objetivo:** Apresentar os achados dessas investigações, destacando o potencial papel aliado dos profissionais de saúde, aspecto ainda pouco abordado na literatura. **Método:** Este artigo baseia-se em duas pesquisas qualitativas desenvolvidas de maneira independente sobre a saúde sexual e (não) reprodutiva de mulheres com deficiência. Metodologicamente, o estudo apoia-se em 38 entrevistas em profundidade realizadas com mulheres com deficiências físicas, sensoriais e intelectuais (motora, visual, auditiva e intelectual) residentes na Região Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. **Resultados:** Os resultados demonstram a relevância que o vínculo com profissionais de saúde, como interlocutores-chave em matéria de saúde sexual e reprodutiva, possui para essas mulheres. **Conclusão:** Conclui-se que há uma transição gradual em direção a um novo paradigma na atenção à saúde, orientado a um maior reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência, Saúde Sexual e Reprodutiva, Maternidade, Pessoal de Saúde, Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde.

Introducción

Con el retorno de la democracia en Argentina se han producido avances en materia de reconocimientos de derechos para diversos colectivos, en particular lo atinente a los derechos sexuales y (no) reproductivos (Brown, 2009). Si bien esto implicó importantes conquistas¹ también visibilizó que tales logros no alcanzaron a toda la ciudadanía (Tiseyra et al., 2023). Tal es el caso de las personas con discapacidad, para quienes el ejercicio de estos derechos constituye una deuda pendiente (Tiseyra et al., 2023) y para quienes persisten, de modo amplio, barreras en el acceso en materia de salud sexual y (no) reproductiva (Tiseyra et al., 2022).

Lejos de tratarse de un problema local, históricamente, en las sociedades modernas, las personas con discapacidad han sufrido múltiples formas de exclusión de áreas que otorgan reconocimiento social, tales como la sexualidad, la afectividad y la reproducción (Shakespeare et al., 1996). Bajo la pregnancia de un paradigma de atención a la discapacidad basado en un modelo médico rehabilitador, que reduce a la misma a un déficit individual a corregir o erradicar, se ha operado bajo una lógica que oscila entre la infantilización y la patologización (Oliver, 1983; Palacios, 2016). Así, los cuerpos de las personas con discapacidad han sido frecuentemente despojados de autonomía y objeto de múltiples barreras que niegan o restringen el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, configurándolas como asexuales² o portadoras de una sexualidad “desviada” que requiere normalización o prohibición (Garland-Thomson, 2005; Shakespeare, 1998). Estos prejuicios niegan esta posibilidad ya sea por el temor eugenista a la transmisión intergeneracional de la discapacidad o por el rechazo a la capacidad parental de esta población, una situación que afecta especialmente a las mujeres con discapacidad (Herrera, 2022; Garland-Thomson, 2005).

Frente a este contexto, en las dos últimas décadas, el activismo de las personas con discapacidad y el reconocimiento de la discapacidad como un asunto de ciudadanía y derechos humanos (Barnes & Mercer, 2010), han interpelado y cuestionado estos discursos estigmatizantes. Un gran hito al respecto lo constituye la firma y sanción de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (CDPD) (Organización de las Naciones Unidas, 2006)³. La CDPD, al adoptar un modelo social de la discapacidad, comprende que la discapacidad no surge de un “déficit” orgánico o corporal individual que enluta la existencia personal, sino de las barreras socialmente creadas que niegan el pleno reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derechos (Palacios, 2008). En este sentido, el tratado propone un nuevo paradigma en la atención de la discapacidad al impulsar medidas que buscan remover los obstáculos que impiden o dificultan la plena participación social de este colectivo en todos los órdenes de la vida (Palacios, 2008). En lo referido a derechos sexuales y (no) reproductivos la CDPD reconoce explícitamente el derecho a decidir sobre la salud sexual y reproductiva, recibir apoyos para el ejercicio de la parentalidad (Artículos 23 y 25) y la necesidad de contemplar la discapacidad de modo interseccional al género (Artículo 6). Asimismo, se sostiene la importancia de que los profesionales de la salud en su interacción con las personas con discapacidad desarrollen actitudes que las respeten conforme a una perspectiva de derechos (Artículos 25, 4 y 8) (Broyna, 2016; Pantano, 2016).

¹ Ley de Parto Respetado 25.929 (Argentina, 2004), Ley de Educación Sexual Integral 26150 (Argentina, 2006), Ley Violencia contra la Mujer 26.485 (Argentina, 2009), Ley de Identidad de Género 26.743 (Argentina, 2012), Ley de Matrimonio Igualitario 26.618 (Argentina, 2010), Ley 27.610 de Interrupción voluntaria del Embarazo (Argentina, 2020), entre otras.

² Con este término no nos referimos a una adscripción identitaria, sino al prejuicio social de considerar a las personas con discapacidad como sujetos sin sexualidad.

³ Argentina suscribe a la CDPD en el año 2008 (Ley 26.378, Argentina, 2008) y adquiere jerarquía constitucional en el año 2014 (Ley 27-044, Argentina, 2014).

La legitimación de estos derechos constituyó un insumo clave para visibilizar persistentes vulneraciones en esta área vital y permitió una expansión de los abordajes desde perspectivas críticas de la discapacidad (Ferrante & Tiseyra, 2024).

En este sentido, diversas investigaciones desarrolladas a nivel internacional y regional (Cruz-Pérez, 2017; Jaure-Manzano et al., 2025; Ferrante & Tiseyra, 2024; Herrera, 2022; Herrera & Rojas, 2024; Hichins-Arismendi & Yupanqui-Concha, 2023; Liddiard, 2018; Rodríguez-Garrido, 2024; Ríos et al., 2025; Teveles, 2021; Yupanqui-Concha et al., 2021; Yupanqui-Concha et al., 2022, entre otras) y trabajos generados por organizaciones de la sociedad civil y/o activismos locales (Amorín et al., 2021; Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, 2025; Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2024) coinciden en un diagnóstico: pese a los logros alcanzados en el plano del reconocimiento formal, las actitudes negativas de los profesionales de la salud constituyen uno de los principales obstáculos en la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y (no) reproductivos de este sector de la población. Estos antecedentes señalan la existencia de barreras de accesibilidad, tales como obstáculos en el entorno físico y mobiliario en centros de salud, la falta de información y las barreras actitudinales por parte de profesionales. Estas últimas son señaladas como uno de los ejes críticos de vulneración de derechos sexuales y (no) reproductivos (Gelvez, 2024). Asimismo, dan cuenta cómo los profesionales de la salud niegan o ignoran las consultas relativas a la sexualidad por parte de personas con discapacidad. Este diagnóstico también es señalado por el Comité de la CDPD quien expresa su preocupación al respecto e insta al fortalecimiento de instancias de formación de profesionales de la salud basadas en los Derechos Humanos y en el marco de la CDPD (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2023). En este contexto, es inusual en la literatura hallar situaciones en las que los profesionales de la salud cumplan un rol facilitador en el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos para esta población (Hichins-Arismendi et al., 2025; Ferrante, 2026; Ferrante & Sánchez, 2025; Ríos et al., 2025; Stornini & Acosta-Montero, 2024; Tiseyra, 2025; Vázquez et al., 2022).

En línea con estas indagaciones, las autoras de este artículo, de modo independiente, hemos investigado en los últimos años, diversas temáticas asociadas a la salud sexual y (no) reproductiva de mujeres con discapacidad⁴. Tomando como marco teórico la articulación entre los estudios de la discapacidad (*Disability Studies*), desde la perspectiva del modelo social (Oliver, 1983), y los estudios feministas de la discapacidad (*Feminist Disability Studies*) (Garland-Thomson, 2005; Morris, 1997), destacamos que, si bien la literatura suele enfatizar las persistentes barreras en el acceso a la salud, los emergentes de nuestras investigaciones sugieren como tendencia un fenómeno distinto: las mujeres con discapacidad acuden con frecuencia a profesionales de la salud, especialmente el/la ginecólogo/a, para consultar aspectos vinculados a su vida sexual y afectiva. Entre los motivos predominantes de consulta se destacan la gestión menstrual, la iniciación sexual y la maternidad. Este hallazgo, advierte, por un lado, la persistencia del discurso médico sobre sus sexualidades, y por otro, una preferencia por entornos que entienden de mayor resguardo de su privacidad, como el consultorio ginecológico. A su vez, los testimonios reunidos, brindan elementos para hipotetizar la existencia, en este territorio, de un nuevo paradigma en la atención a la salud de las personas con discapacidad, conforme a una perspectiva de derechos, y destacan el potencial rol aliado que pueden desempeñar los profesionales de la salud en el acceso a la salud sexual y reproductiva de esta población.

⁴ Una de las investigaciones se realizó en el marco de una tesis doctoral (2020-2026) con el apoyo de una beca doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET), en el marco del doctorado en Sociología de la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales (EIDAES) de la Universidad de San Martín (UNSAM). La otra investigación fue llevada adelante en el marco de un plan de trabajo (2022-2025) como investigadora del CONICET, con sede de trabajo en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes en torno a las narrativas sobre discapacidad, maternidad y género en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Si bien en trabajos previos, en el marco de las problematizaciones que guiaron nuestras indagaciones, abordamos esta tendencia de manera sucinta e independiente, nuestra intención en este trabajo es integrar estos hallazgos. El objetivo es profundizar en estas situaciones, escasamente atendidas por el estado de la cuestión, y destacar tanto su carácter disruptivo y su potencia multiplicadora.

Metodología y Enfoque

Diseño y perspectiva teórica

En el presente artículo se basa la presentación de los hallazgos de dos investigaciones cualitativas realizadas de manera independiente por las autoras. El corpus empírico está conformado por entrevistas en profundidad. La primera (A) comprende veinticinco (25) entrevistas a mujeres con discapacidad motriz y visual que se identifican como cis, heterosexuales, de entre 22 y 55 años, residentes en la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA)⁵. La segunda (B) aporta trece (13) entrevistas en profundidad a mujeres con discapacidades físicas, intelectuales y sensoriales (discapacidad motriz, visual, auditiva e intelectual), que también se identifican como cis, heterosexuales, de entre 30 y 79 años y que residen en la misma región. En ambos casos, el tipo de muestra fue no probabilístico, intencional y el tamaño se construyó siguiendo criterios de *saturación teórica* (Glasser & Strauss, 1967).

Ambas investigaciones se basan en enfoques que parten de una perspectiva de la discapacidad siguiendo el modelo social (Oliver, 1983, 1990) en cruce con los aportes de los estudios feministas de la discapacidad (Garland-Thomson, 2005; Morris, 1997). Desde esta mirada, comprendemos a la discapacidad como una forma de opresión producida por la jerarquización del cuerpo capaz y no como una tragedia médica personal (Oliver, 1990). A su vez, entendemos a esta opresión de modo situado e interseccional al género (y otros marcadores sociales que singularizan la experiencia de la discapacidad, como la edad, la clase social, etcétera), recuperando el valor heurístico y político de las narrativas de las mujeres con discapacidad (Morris, 1997). Retomar sus testimonios, partiendo del reconocimiento de su capacidad de agencia contra la opresión, constituye un modo de producir conocimiento situado útil para elaborar contra-narrativas sobre la discapacidad (Arellano & Soto, 2023; Garland-Thomson, 2005).

Sistematización y análisis de las entrevistas

Para la investigación A, las entrevistas adoptaron un enfoque biográfico (Bertaux, 1980; Meccia et al., 2019) y fueron realizadas entre los meses de junio y diciembre de 2021 de manera remota (mediante llamada telefónica y/o virtual), en un contexto donde persistían algunas de las medidas restrictivas a la circulación dispuestas por el gobierno argentino por la pandemia Covid-19. Esta investigación fue desarrollada en el marco de la realización de una tesis doctoral (2020-2026) que indagó en torno a la producción de intimidad -y su vinculación con la sexualidad- de mujeres con discapacidad motriz y visual de entre 22 a 55 años, residentes de la RMBA (ver Tabla 1).

⁵ La Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA) constituye el principal conglomerado urbano de Argentina, compuesto por la capital federal (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y 39 distritos circundantes. Es el centro político, económico y demográfico más extenso del país.

Tabla 1. Características de las entrevistadas. Investigación A.

Características de las entrevistadas		N= 25
Edades	mín. 22-máx. 55	
Nivel Educativo	Terciario completo/incompleto	6
		17
	Universitario completo/incompleto	1
	Postgrado completo	
	Discapacidad motriz	17
	Discapacidad visual	8
	SI	14
	NO	11
Relación mercado laboral	Quiénes trabajan (14):	
	Formal	6
	Informal	8
CUD	SI	21
	NO	4
Cobertura de Salud	Privada	2
	Obra Social	14
	Pública	9

Fuente: elaboración propia

Previo solicitud de consentimiento informado, las entrevistas fueron grabadas y luego desgrabadas y tuvieron una duración de una (1) a cuatro (4) horas.

Para la sistematización de los datos se optó por utilizar, en un primer momento, un software especializado (Atlas-Ti, versión 9), mediante el cual una codificación abierta (Charmaz, 2006). Una vez identificadas las potenciales dimensiones y temas emergentes, en un segundo momento, se elaboró una matriz cualitativa de datos mediante el programa Excel. Así, en función de los emergentes empíricos, se elaboraron progresivamente las categorías y temas emergentes, los cuales fueron luego integradas en un esquema teórico que permitió describir sus relaciones y explicar de manera coherente el fenómeno de estudio (Braun & Clarke, 2006).

Para la investigación B, se realizaron entrevistas en profundidad que privilegiaron un enfoque narrativo (Chase, 2015). El trabajo de campo fue realizado entre marzo de 2023 y septiembre de 2024 e incluyó entrevistas a mujeres con discapacidades de entre 30 y 79 años que fueron madres en las últimas cuatro décadas en la RMBA (ver Tabla 2). Este corpus fue producido en el marco de un proyecto de investigación (2022-2025) que analizó la interacción entre los prejuicios de género y discapacidad en las narrativas sobre la maternidad en mujeres con discapacidad. De acuerdo a la preferencia de las participantes, algunas entrevistas fueron realizadas de modo virtual y otras de forma presencial. Los encuentros duraron aproximadamente una hora y media.

Para la sistematización de los datos se realizó, en un primer momento, la transcripción integral de los materiales para proceder a una lectura global de las entrevistas. Siguiendo los lineamientos del *análisis de contenido* (Krippendorff, 1990), se identificaron y seleccionaron fragmentos textuales que permitieron una primera aproximación a la producción discursiva.

En un segundo momento, estos micro-textos fueron volcados en una matriz cualitativa de datos, herramienta que facilitó el contraste y la comparación de las diversas narrativas. A partir de este proceso interactivo y de carácter inductivo, se elaboraron progresivamente las categorías emergentes que estructuraron el análisis de los resultados de la investigación.

Tabla 2. Características de las entrevistadas. Investigación B.

Características de las entrevistadas		N=13
Edades	mín. 30 - máx. 79	
Nivel educativo	Primario completo	1
	Secundario completo	6
	Terciario completo/incompleto	1
	Universitario completo/incompleto	5
	Postgrado completo	0
Tipo de discapacidad	Discapacidad motriz	5
	Discapacidad auditiva	2
	Discapacidad visual	3
	Discapacidad intelectual	3
Trabaja	SI	8
	NO	5
Relación mercado laboral	Quienes trabajan (8):	
	Formal	4
	Informal	4
CUD	SI	12
	NO	1
Cobertura de salud	Privada	2
	Obra social	7
	Pública	4

Fuente: elaboración propia

Una vez concluidas las fases de sistematización y análisis primario de los datos de manera independiente de cada una de las investigaciones, procedimos a realizar un análisis transversal de los hallazgos. Esta puesta en común buscó articular y poner en diálogo ambos corpus empíricos, identificando puntos de convergencia y especificidades en torno a la salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres con discapacidad en la RMBA.

Consideraciones Éticas

Respecto a los procedimientos éticos, es preciso señalar que tanto la investigación A como la B se rigieron por los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. Si bien no contaron con la aprobación formal de un comité de ética —dado que no constituía un requisito obligatorio en los marcos institucionales de origen—, se implementaron protocolos rigurosos para garantizar el bienestar y los derechos de las participantes.

En relación con el consentimiento informado, este fue solicitado de manera previa a cada encuentro, explicando detalladamente los objetivos, el carácter voluntario de la participación y el derecho a interrumpir la entrevista o retirar la información brindada en cualquier momento. El consentimiento fue formalizado de manera escrita (en encuentros presenciales) o mediante formato digital/verbal grabado (en encuentros remotos), asegurando que todas las mujeres comprendieran los alcances de su participación.

En cuanto a los cuidados específicos durante las entrevistas, se priorizó la accesibilidad comunicacional y el cuidado del vínculo en el desarrollo del trabajo de campo. Dada la diversidad de discapacidades, se adaptaron los formatos de contacto y los tiempos de los encuentros según las necesidades y preferencias de cada mujer, garantizando entornos de seguridad y privacidad.

Asimismo, en virtud de la sensibilidad de los temas abordados (sexualidad, maternidad y experiencias de discriminación), se adoptó una postura ética reflexiva que priorizó el ritmo de las entrevistadas, permitiendo pausas y evitando la re-traumatización.

En relación a la confidencialidad, además del uso de nombres ficticios, se tuvo especial cuidado en omitir cualquier dato que pudiera permitir la identificación directa e indirecta de las participantes o de personas mencionadas en sus relatos.

Contexto en el que transcurre la vida de las entrevistadas

La salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres que componen este artículo, no pueden ser contempladas de modo escindido de lo que constituye su vida social en su totalidad, en un espacio histórico determinado e incorporando una lectura interseccional (Garland-Thomson, 2005; Tiseyra et al., 2023). En este sentido, al abarcar un rango etario amplio (que incluye desde los 22 hasta los 79 años), las biografías de las mujeres participantes de este estudio se despliegan en una temporalidad en la cual acontecen profundos cambios tanto en lo relativo a las respuestas sociales a la discapacidad como a los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres. Pero lejos de tratarse de transformaciones abruptas, las trayectorias de estas mujeres son testigos de algunos cambios y continuidades que acontecen en un período de transiciones. Mientras algunas de sus experiencias se sitúan bajo la vigencia de la CDPD (Ley 26.378) y de hitos de la agenda feminista como la Ley de Educación Sexual Integral (26.150), la cual constituye una política de Estado orientada a garantizar el acceso a información científica y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género y diversidad, o la Ley de Interrupción voluntaria del Embarazo (27.610), otras estuvieron marcadas por la década del 90. En aquel periodo, las respuestas sociales a la discapacidad estaban regidas casi exclusivamente por la lógica de la Ley 22.431 “Régimen de protección integral de los discapacitados” (1981) y de la Ley 24.901 “Régimen de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” (1997) que tendían a reducir a sus cuerpos a un diagnóstico médico a rehabilitar y destinatarios de cuidados, completamente asexuado (Ferrante & Sánchez, 2025). Lo paradójico es que estas leyes, aún en la actualidad y pese a la adhesión de Argentina a la CDPD, siguen rigiendo las políticas de discapacidad (Palermo, 2025). Esta superposición de paradigmas se traduce hoy en barreras persistentes que atraviesan la vida de las personas con discapacidad y especialmente la de las mujeres. De acuerdo a los datos disponibles, aportados por el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, en Argentina, un 10,4% de la población de 6 años y más presenta alguna discapacidad (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018).

De ellas, el 54,5% son mujeres y en los indicadores referidos a la protección social y la inserción laboral, las brechas de género se agudizan de manera diferencial. En primer lugar, se observa una disparidad significativa en el acceso a la certificación oficial: solo el 28,9% de las mujeres con discapacidad cuenta con el Certificado Único de Discapacidad (CUD) (cuando este instrumento es central para acceder a los derechos socialmente reconocidos), frente al 38,6% de los varones (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018). Si bien las mujeres presentan una cobertura de salud por obra social ligeramente superior (61,3% frente al 57% de los varones), su vinculación con el mercado de trabajo formal es drásticamente menor. La tasa de empleo para las mujeres con discapacidad se sitúa en un 25,8%, una cifra que contrasta fuertemente con el 40,3% alcanzado por sus pares varones (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018).

En este escenario de persistentes barreras, en la vida de las participantes de este artículo, el ámbito sanitario constituye un oasis a este panorama general, confrontando — como hemos visto— con lo relevado por el estado de la cuestión.

En este sentido, la discapacidad imprime marcas singulares en las biografías de las entrevistadas, donde se intersectan el origen de la deficiencia y el contexto generacional. Mientras que quienes presentan discapacidades congénitas enfrentan trayectorias educativas tempranamente atravesadas por la discriminación, las entrevistadas de mayor edad —independientemente de si la discapacidad fue congénita o adquirida— suelen dar cuenta de trayectorias no lineales. En estos casos, los estudios superiores fueron frecuentemente interrumpidos o postergados no solo por barreras de accesibilidad, sino por condicionantes socioeconómicos, logrando en ocasiones retomarlos más tarde. Por su parte, las más jóvenes han logrado una mayor continuidad pedagógica apoyadas en redes de cuidado y sostén, aunque persisten obstáculos estructurales en su camino. En la adultez, el empleo emerge como un nodo problemático: si bien algunas acceden al mercado laboral, en gran medida lo hacen en actividades informales — en condiciones de precariedad—, mientras que otras están desocupadas, dependen de pensiones no contributivas, jubilaciones o ayudas de familiares.

Las entrevistadas se caracterizan por una diversidad de arreglos familiares (mujeres casadas, solteras, separadas y madres con hijos de un amplio rango etario) y una cobertura de salud mayoritariamente de obras sociales o pública, con un acceso marginal a la medicina prepaga. Pese a que la gran mayoría de las entrevistadas cuenta con el Certificado Único de Discapacidad (CUD) —lo que las sitúa en una posición de derechos legalmente reconocidos—, todas manifiestan barreras persistentes en el acceso a turnos y prestaciones de salud vinculadas al tratamiento de sus discapacidades.

En síntesis, estos diversos aspectos mencionados dan cuenta de diversas variables socioeconómicas de las entrevistadas y de la heterogeneidad de las muestras —tanto en lo que hace al nivel educativo, la situación laboral y su relación con el mercado laboral, la edad, el grupo de convivencia—, y de las desigualdades que atraviesan en tanto personas con discapacidad.

Resultados

El consultorio ¿barrera o espacio de privacidad?

Uno de los emergentes de las investigaciones realizadas es que las narrativas de las entrevistadas, especialmente las más jóvenes, evidencian cómo diversos espacios de salud no constituyen ámbitos que imponen barreras en materia de salud sexual y (no) reproductiva.

Por el contrario, adquieren para ellas un rol facilitador preponderante en lo atinente a su sexualidad, afectividad y posibilidades de vida.

Sí, hago chequeos y voy [al ginecólogo] y ahí, en un ambiente así, sí lo hablo, pero no va a ser un tema de conversación que voy a sacar en un grupo de amigos, a no ser que surja la conversación y ahí participo, pero no es que yo voy a sacar el tema [...] La verdad soy muy retraída en ese sentido. No es que lo voy a conversar mucho, sí, obvio, con la ginecóloga, eso sí (Alejandra, 30 años, discapacidad motriz).

Mientras que en diversos ámbitos de su vida cotidiana hablar de sexualidad es algo que les resulta incómodo o que no realizan, las mujeres con discapacidad entrevistadas prefieren entablar este tipo de charlas con un/a ginecólogo/a o con sus médicos de cabecera, entendiendo que allí tienen un mayor resguardo de su privacidad debido al carácter profesional de las mismas. Así, varias de las entrevistadas mencionan a esta figura como una persona a la que le consultan sobre información en torno a la sexualidad, en particular, antes de tener una primera relación sexual, o lo señalan como un lugar donde es factible hablar sobre estas temáticas. Asimismo, varias de ellas mencionan también que recurren frecuentemente a un ginecólogo/a para realizarse chequeos. Sin embargo, esto en algunos casos depende de si cuentan o no con obra social (inclusive quienes cuentan con la denominada Incluir Salud⁶) o si se puede acceder de modo privado⁷, aspecto que muestra también las diferencias socioeconómicas en el acceso y las posibilidades en esta materia⁸. Cabe destacar que las barreras de accesibilidad —ya sea arquitectónicas para llegar al consultorio o de consultorios no adaptados para sus necesidades— no fueron señalados por nuestras entrevistadas, mientras que este tipo de barreras si fue referido para otras dimensiones de su vida, por ejemplo, en la posibilidad de acceder a espacios educativos o para realizar trámites.

Cabe destacar que, si bien varias entrevistadas mencionaron el consultorio ginecológico como un lugar al que acuden, también señalan haber consultado en lo que consideran como a una edad tardía o en una etapa extemporánea:

El año pasado, mi primera vez [en ir a un/a ginecólogo/a], [Risas]. En treinta años [por] hospital público (Teresita, 31 años, discapacidad visual).

El hecho de señalar que “recién” a los treinta años o a los veinte años asistieron a una consulta ginecológica, da cuenta de un horizonte normativo en torno a la edad en la que, entienden, es deseable tener la primera consulta ginecológica. Es decir, que consideran que debieron haber acudido a una edad más temprana y antes de iniciarse sexualmente. Desde los estudios feministas de la discapacidad, esta demora puede leerse como una consecuencia de las representaciones sociales que desplazan a las mujeres con discapacidad del ideal de feminidad convencional (Garland-Thomson, 2005), quedando sus sexualidades mediadas por otros. Como hemos señalado, al ser construidas colectivamente bajo un prisma de asexualidad e infantilización, estas mujeres suelen quedar excluidas de las expectativas sociales vinculadas a la reproducción y el deseo (Garland-Thomson, 2005). No obstante, esta configuración no es un determinismo.

⁶ Incluir salud es un Programa Federal que brinda cobertura médico-asistencial a todas aquellas personas titulares de pensiones nacionales no contributivas.

⁷ Si bien esto excede al presente artículo, varias de las entrevistadas que no cuentan con cobertura de salud mencionaron diversas dificultades en el acceso a la consulta, como complicaciones en la obtención de turnos, lo cual hace que desistan de realizar las mismas. Esto también se expresó en demoras en el acceso a ayudas técnicas (silla de ruedas, audífonos, etc.) de varias entrevistadas que cuentan con obra social.

⁸ El sistema de salud en Argentina se compone de tres subsistemas: público, obras sociales y privados.

De hecho, el ingreso al consultorio ginecológico que narra Teresita funciona no sólo como un acto médico, sino como una práctica de reconocimiento hacia una identidad de género que históricamente les ha sido negada o cuestionada a las mujeres con discapacidad.

Demandas en la atención y motivos de la consulta ginecológica: entre la anticoncepción y los temores respecto a la maternidad

Entre los motivos de consulta ginecológica se destacan las dudas respecto a la iniciación sexual o por las relaciones sexuales que mantienen, por estar comenzando un noviazgo, para solicitar o conocer métodos anticonceptivos o haber acudido por irregularidades en el ciclo menstrual a partir de lo cual les administraron pastillas anticonceptivas.

Yo fui con algunos temas que para ese entonces yo con el único método que me cuidaba era el preservativo. Y bueno yo quería empezar a tomar pastillas o a conocer algún otro método anticonceptivo y bueno eso fue más que nada la charla que tuve con el ginecólogo [...] yo había escuchado esto de lo del chip⁹ y quería saber cómo era y qué sé yo, esa era mi duda en realidad y bueno me había dicho que primero probemos con las pastillas y esas cosas. Pero bueno, igual el tema del chip como que lo tenía que pagar si era ahí [...] en una de las consultas yo fui con miedo de que por ahí me habían transmitido alguna enfermedad (Almendra, 25 años, discapacidad visual)

Si bien los motivos de consulta expresados dan cuenta de una visión medicalizada de la sexualidad, siendo los temas mayoritariamente ligados a la iniciación sexual y al uso de métodos anticonceptivos —en especial las pastillas—, y no lo atinente a la dimensión placentera de la misma, plantea la importancia que tienen estos ámbitos para las entrevistadas.

En este sentido, la consulta ginecológica o médica emerge también como una instancia de consulta destacada por las mujeres que fueron madres para despejar dudas respecto a la maternidad. En relación a ello, se mencionan dos principales temores: la posibilidad (o no) de ser madres a causa de la discapacidad y, particularmente en los casos de las discapacidades congénitas, el temor a heredar la discapacidad a sus hijos o hijas.

Tres años antes de ser mamá, había consultado a mi médico clínico, porque hablando con una señora me había enterado que por tener toxoplasmosis tenía que hacer un tratamiento para poder tener bebés, porque si no es como que se produce un aborto. Entonces le consulto a él y me dice, hay que hacerte un análisis de células madre y ver cómo estás, me dice si estás bien, no es necesario [...] Me lo mandó a hacer y me salió todo bien [...] Entonces es como que por ese lado nos quedamos aliviados (Julia, 30 años, discapacidad visual, mamá en 2018).

⁹ El “chip” es el nombre coloquial del implante subdérmico, un método anticonceptivo de larga duración consistente en una pequeña varilla flexible que libera hormonas de forma continua bajo la piel. Aunque forma parte de la canasta gratuita de insumos en el sistema público de Argentina, su provisión suele estar sujeta a criterios de priorización (como la edad o eventos obstétricos recientes), lo que explica las menciones a barreras económicas en el sector privado.

Yo el miedo que tenía cuando [quedé embarazada de mi hija] era el miedo de que por ahí ella podía llegar a heredar lo mismo que tenía yo [hipoacusia congénita]. La volvía loca a mi médica preguntándole si venía todo bien y ella me tranquilizaba dándome toda la información (Jimena, 33 años, discapacidad auditiva, mamá en 2009).

Estos testimonios evidencian cómo el deseo de maternar en las mujeres con discapacidad suele estar mediado por una vigilancia que internaliza la sospecha sobre la propia capacidad biológica y hereditaria. En este sentido, estas inquietudes respecto a la “falla” orgánica para sostener un embarazo y/o el temor a la transmisión intergeneracional de la condición, son expresión internalizada de una retórica eugenista persistente que históricamente ha cuestionado la idoneidad de estos cuerpos para la reproducción (Garland-Thomson, 2005).

Si bien en uno de los casos se destaca la mención por parte de una ginecóloga sobre los supuestos riesgos que implicaría para una mujer con discapacidad afrontar un embarazo a una edad entendida como avanzada (treinta y ocho años), lo cual incidió en la decisión de esta persona de desistir de la idea de la maternidad; en el resto de las entrevistadas no emergieron este tipo de comentarios o advertencias respecto a la maternidad por parte de un profesional de la salud. Esto reviste un hallazgo relevante de las investigaciones realizadas. Mientras que la literatura existente señala las barreras actitudinales de profesionales de la salud respecto a la atención en materia de salud sexual y reproductiva de esta población, las experiencias aquí recabadas dan cuenta del potencial rol aliado de los/las profesionales de la salud.

De la vigilancia médica al rol habilitante: cambios generacionales en el espacio médico

En esta línea, se destaca también que para las mujeres que fueron madres entre el 2008 y la actualidad en los espacios médicos recibieron información oportuna que les permitió cuestionar los prejuicios sociales en torno a la maternidad de las mujeres con discapacidad y legitimar su derecho a ser madres. Para estas mujeres, los espacios médicos fueron lugares donde encontraron respuestas habilitantes respecto a la posibilidad y a la legitimidad de tener hijos/as y ser capaces de cuidarlos. Este reconocimiento se encuentra ausente en muchos de sus entornos familiares o en su discurrir por la vida cotidiana, donde deben enfrentar prejuicios sociales y barreras que ponen en cuestión sistemáticamente su derecho a cuidar a sus hijos/as.

Cuando tuve el accidente, lo primero que pregunté fue si en algún momento iba a poder ser mamá, no pregunté si iba a volver a caminar, [...] mi sueño siempre fue ser mamá, entonces yo sentía como que esta limitación no me iba a dejar ser mamá. Cuando les pregunté a los médicos me dijeron que [...] mi discapacidad no me iba perjudicar en nada para ser mamá, entonces ahí es como que me relajé (María, 46 años, discapacidad motriz, mamá en 2017).

En el primer embarazo la madre de mi novio quiso que me cosieran las trompas, y le dijeron [los médicos] a ella que no, porque yo no quería (Cecilia, 39 años, discapacidad intelectual, mamá en 2008).

La verdad no tengo ningún problema con los obstetras, con los ginecólogos, luego con los chicos que me hacían las ecografías. Más allá de que yo tenía mis problemas emocionales [porque mi papá se puso muy violento y no aceptaba mi embarazo] los llevé normal. La verdad es que no tuve ningún problema en el hospital (Candela, 34 años, discapacidad intelectual, mamá en 2018)

Estas experiencias expresan cómo las barreras a la maternidad son impuestas principalmente por sus entornos familiares. Contrariamente, los espacios médicos, fueron lugares habilitantes que legitiman su derecho a la maternidad. Tal como se desprende de varios de los testimonios, esto posee un efecto subjetivo positivo, no sólo al incluir en el horizonte de posibilidad la maternidad, sino también en la experiencia de la discapacidad. En particular, en el caso de Cecilia, esta legitimación médica adquiere un carácter reparador frente a una amenaza concreta de vulneración de su autonomía reproductiva. La demanda de su entorno familiar para que se le realizara una ligadura de trompas sin su consentimiento no era, en ese momento, una simple presión privada, sino que se inscribía en un marco institucional que lo permitía: hasta el año 2021, la Ley 26.130 “Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica” en Argentina habilitaba la esterilización de personas con discapacidad sin requerir su voluntad expresa¹⁰ (Amorín et al., 2021). En este escenario, la negativa de la profesional médica a ceder ante la petición de la familia preservó el deseo de Cecilia de poder tener más hijos en el futuro. El espacio médico funcionó aquí como un espacio de resistencia frente a una forma de *violencia obstétrica capacitista* (Rodríguez-Garrido, 2024) que suele pasar desapercibida bajo el manto de la “protección” familiar y que constituye un atropello a la autonomía de las mujeres con discapacidad.

En este punto, todas las entrevistadas más jóvenes y que fueron madres con posterioridad al 2008, narran experiencias positivas en el parto y embarazo:

El parto fue bastante bueno. [...] Por suerte me tocó una doctora que era un amor, que desde el primer momento todo el tiempo me explicó todo lo que iba haciendo, qué era lo que iba a hacer... Yo fui a tener a mi nena sin el papá, porque ya estaba separada, fui con mi tía y mi hermana. Nosotras estábamos asustadas porque no sabíamos si iban a dejarla a pasar a mi tía o a mi hermana, en mi caso pasó mi tía conmigo. [...] El tema (era que alguien que ve pudiera ver a la) bebé apenas naciera. [...] Y no nos hicieron ningún problema, la médica nos dijo que pasara la persona que yo quería, así que bien en ese sentido (Julia, 30 años, discapacidad visual, mamá en 2018).

Sin embargo, estas experiencias recientes, contrastan con las trayectorias de las mujeres con discapacidad de mayor edad (alrededor de 70 años) quienes señalan actitudes negativas en los espacios ginecológicos, donde la maternidad constituía un proyecto corporal u orgánicamente inviable o necesariamente que requería medicalización (como, por ejemplo, intervenciones médicas). Para las entrevistadas que fueron madres entre 1981 y 1990, junto a experimentar la desacreditación familiar y social respecto a su deseo de matenar, atravesaron barreras (como la falta de información) y diversas violencias en los entornos médicos (violencia obstétrica, violencia capacitista, entre otras).

¹⁰ Gracias al activismo de la sociedad civil esta ley fue modificada en aquel año (2021) (Gelvez, 2024; Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2024).

A mí me operaron de la columna, eso implicó tener un yeso de acá hasta acá durante 1 año y pico. Cuando me lo sacaron, además, tenía 14 años y era un monstruo [...] Cuando me lo saca el médico me dijo: ‘¿Vos querés ser mamá?’ Y yo le dije que sí, a lo que me respondió ‘bueno si no te operas no vas a poder ser mamá’... Que fue mentira, (porque no me operé) y tuve mellizos... Tendría que buscarlo a ese hombre (Risas) (Alba, 73 años, discapacidad motriz, madre en 1981).

Como no podían comprobar mi discapacidad física me mandaban a la psiquiatra. Ella me dijo que si yo seguía insistiendo con los dolores me iban a internar en un psiquiátrico y perdería la tenencia de mis hijos (Esmeralda, 79 años, discapacidad motriz, madre en 1985).

Tuve los dos partos por cesárea. Me durmieron completamente. El médico no me explicó por qué y yo siempre asumí que fue por mi discapacidad [secuelas de poliomielitis que implicaban caminar con bastones] (Josefina, 57 años, discapacidad motriz, madre en 1984).

Estas diversas situaciones respecto a la maternidad y la atención a la salud recabadas, dan cuenta de marcadas diferencias generacionales, donde las experiencias de las mujeres más jóvenes están mediadas por una mayor apropiación de sus derechos y acompañamiento profesional y respeto a su autonomía, a diferencia de las generaciones mayores cuyas trayectorias estuvieron signadas por una mayor tutela médica. Paralelamente, estas vivencias manifiestan la heterogeneidad en el rol habilitante de los/las profesionales de la salud. Este rol se configura como una función de acompañamiento subjetivo que facilita el tránsito por el sistema sanitario. Así, el profesional deja de ser un mero prescriptor para convertirse en un facilitador que valida la autonomía de las personas, reduciendo las barreras que históricamente han excluido a las mujeres con discapacidad del ejercicio pleno de su salud sexual y (no) reproductiva. En suma, la figura de estos profesionales más que acercarse al rol de barrera se encuadra en la posición de un puente a los derechos.

Discusión

La literatura clásica en estudios de la discapacidad y los estudios feministas de la discapacidad han ubicado históricamente al profesional de la salud en un rol de censor o vigilante de la sexualidad (Garland-Thomson, 2005; 2012; Shakespeare et al., 1996). En esta línea, especialmente en los países del norte global, se ha desarrollado una nutrida agenda de investigación tendiente a denunciar las persistentes barreras que enfrentan las mujeres con discapacidad en el ejercicio de sus derechos sexuales y (no) reproductivos (Rodríguez-Garrido & Yupanqui-Concha, 2023). De modo menos abultado, en los últimos años, en América Latina y el Caribe la experiencia generizada y sexuada ha comenzado a ser incluida en los debates públicos, gracias al activismo de las mujeres con discapacidad (Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, 2025). Paulatinamente, se configura un estado de la cuestión regional que, a través de estudios cualitativos y trabajos generados por la sociedad civil y/o activismos locales —haciendo eje en diversos tópicos, como el ejercicio (o no) de la maternidad, las esterilizaciones forzadas, la violencia obstétrica, entre otros— destacan cómo las actitudes negativas de los profesionales de la salud constituyen uno de los principales obstáculos en la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y (no) reproductivos de este sector de la población.

Sin embargo, los testimonios aquí reunidos sugieren la emergencia de un fenómeno en dirección contraria. En primer lugar, se observa que el consultorio ginecológico funciona, para muchas de las entrevistadas, como un refugio de intimidad y un espacio seguro. Ante entornos familiares o sociales donde su sexualidad es sistemáticamente infantilizada o silenciada, el encuentro con el profesional de la salud no es percibido como una intromisión, sino como la instancia de validación de su condición de sujetos de derechos. Esta actitud de respeto profesional evidencia una paradoja interesante: el entorno clínico, tradicionalmente criticado por la literatura internacional y regional sobre acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos como un contexto opresivo, es reapropiado por las mujeres como un ámbito donde la mirada técnica resulta menos juiciosa que la mirada social, permitiéndoles hablar de su cuerpo con una libertad que no encuentran en sus círculos cotidianos. Estos hallazgos coinciden con otras indagaciones locales sobre personas con discapacidad que, aun sin circunscribirse a la salud sexual y reproductiva, evidencian que los profesionales de la salud emergen como una persona de confianza y que les ayuda a sortear barreras de acceso a la atención a la salud (Sciurano et al., 2022). En esta misma línea, lo expresado por las entrevistadas dan cuenta de una figura profesional en tanto “aliada” en el acceso a derechos. En un contexto normativo donde, hasta hace muy poco, el marco legal argentino habilitaba prácticas de esterilización sin consentimiento por parte de la persona con discapacidad, las narrativas analizadas evidencian un posicionamiento ético de resguardo de la autonomía y privacidad de los pacientes por parte de ciertos profesionales. Hipotetizamos que dicho posicionamiento, parecería indicar que el cambio de paradigma hacia el modelo social y de derechos humanos está ocurriendo “en el territorio” de la práctica clínica, anticipándose, en ocasiones, a las adecuaciones legislativas integrales. Aquí, el profesional de la salud actúa como un aliado que promueve la agencia y legitima derechos, como el deseo a maternar, frente a las presiones de un entorno que aún opera bajo lógicas restrictivas y capacitistas.

A su vez, un elemento central a considerar es que la recurrencia a la ginecóloga como interlocutora válida no es un acto pasivo, sino una demanda activa ante la falta de otros espacios de socialización y asesoramiento. En efecto, los motivos de consulta que emergen de los relatos —tales como dudas sobre la iniciación sexual, la elección de métodos anticonceptivos, el manejo de ciclos menstruales y, fundamentalmente, las ansiedades frente a la maternidad— constituyen una manifestación de sus necesidades de autonomía. Al llevar estas inquietudes al espacio clínico, las mujeres ponen a prueba la capacidad de respuesta del sistema de salud: cuando el profesional, lejos de infantilizar, brinda información técnica y respetuosa, el consultorio se transforma efectivamente en un espacio de ejercicio de derechos. Por tanto, el motivo de consulta deja de ser meramente asistencial para convertirse en una instancia donde el profesional de la salud se posiciona como un aliado estratégico, validando a estas mujeres como sujetos deseantes y capaces de decidir sobre su propia vida sexual y reproductiva.

No obstante, esta transición paradigmática que observamos en este territorio, no está exenta de ciertos matices. Persiste lo que podríamos denominar una “medicalización de la sexualidad”, donde las consultas están focalizadas, a grandes rasgos, en tópicos asociados a la gestión menstrual y la evitación de riesgos. Sin embargo, la dimensión del placer y el erotismo permanece como una asignatura pendiente en la agenda de la consulta.

En conclusión, los datos sugieren que estamos asistiendo a una paulatina transición profesional en la RMBA en lo que respecta a la discapacidad. Los destellos de un nuevo paradigma de atención que observamos en los testimonios recabados, indican que el rol de los profesionales de la salud estaría mutando de ser el principal obstáculo a convertirse en facilitadores de proyectos de vida autónomos.

Esta transformación invita a repensar la formación de grado y las políticas públicas, para que estas prácticas de reconocimiento se multipliquen. Futuras indagaciones, de mayor escala, pueden profundizar si estos hallazgos constituyen excepciones, o están dando cuenta de un nuevo paradigma en la atención en la RMBA, conforme a lo promovido por la CDPD. En esta línea, reconocemos que una limitación de las investigaciones realizadas es la no inclusión de mujeres con discapacidad psicosocial, quienes reportan especialmente barreras en los ámbitos sanitarios en lo relativo a su salud sexual y reproductiva (Gelvez, 2024; Palacios & Regueiro De Giacomi, 2024; Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2023; Spampinato & Testa, 2022). Otra limitación a destacar es la referida al recorte geográfico que las indagaciones abarcan (RMBA). En atención a estas limitaciones, resulta preciso realizar estudios en otras regiones del país que podrían dar cuenta de diferencias significativas en los modos de atención por parte de profesionales de salud en dicha materia.

Un elemento que emerge como central de los hallazgos reside en la pregnancia de prejuicios en los entornos socioafectivos de las entrevistadas. Esto puede ser un insumo para guiar acciones de incidencia y promoción de la toma de conciencia en entornos familiares de las personas con discapacidad, como talleres sobre ESI (Jaure-Manzano et al., 2025). La ESI, al promover el reconocimiento de la afectividad y la sexualidad con perspectiva de derechos y diversidad, constituye un insumo fundamental para intervenir en los entornos familiares y escolares, operando como un contrapeso a las narrativas capacitistas que infantilizan o desexualizan a las mujeres con discapacidad (Copolechio-Morand & Miori, 2025). Como señalan Arellano & Soto (2023), la implementación de la ESI en clave anticapacitista resulta vital para desarmar la sospecha sobre la capacidad de agencia de estas personas, transformando los espacios de cuidado en ámbitos de acompañamiento y no de tutela. Esto también releva la importancia de recuperar las voces de las mujeres con discapacidad situadas para nutrir las luchas (Arellano & Soto, 2023; Gareis, 2025). En tiempos de avance de las nuevas derechas, y retroceso en los logros de la agenda feminista, esta batalla simbólica es nodal (Brovelli & Testa, 2024; Copolechio-Morand & Miori, 2025; Gareis, 2025; Venturiello et al., 2025).

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos de las investigaciones realizadas pretenden contribuir a aspectos escasamente explorados en nuestro país como lo es lo atinente a las diversas dimensiones de la salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres con discapacidad. Sin intenciones de extrapolar y generalizar los hallazgos compartidos, buscamos que estos hallazgos promuevan nuevas indagaciones a mayor escala y fortalezcan el rol que pueden tener los y las profesionales de la salud en la promoción y facilitación en el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres con discapacidad.

En definitiva, el surgimiento de este rol aliado en la atención a la salud no sólo mitiga las barreras de acceso, sino que puede constituirse en un soporte fundamental para las mujeres con discapacidad, transformando el consultorio en un espacio estratégico para el ejercicio pleno de su soberanía sexual y reproductiva. En este punto, las respuestas brindadas a las personas con discapacidad son relevantes no sólo porque influyen en su percepción social “sino en cómo estas estructuran sus proyectos de vida” (Solsona-Cisternas, 2025, p. 17).

Conclusiones

A partir de la puesta en diálogo de dos investigaciones realizadas de manera independiente, este artículo destaca la relevancia que tiene para las mujeres con discapacidad entrevistadas el vínculo con profesionales de la salud, especialmente ginecólogos/as, como interlocutores clave en materia de salud sexual y reproductiva.

Consideramos que esta recurrencia al ámbito de salud responde a una doble dimensión. Por un lado, una dimensión histórico-política: los cuerpos con discapacidad han sido históricamente objeto de intervención y vigilancia por parte del discurso médico; esto ha generado una familiaridad con el dispositivo sanitario como espacio “naturalizado” para evacuar inquietudes que, en otros colectivos, circulan mayoritariamente por canales informales o comunitarios. Por otro lado, una dimensión de resguardo: el consultorio ginecológico parece emerger como un entorno de privacidad frente a entornos familiares o sociales que, en ocasiones, infantilizan o dessexualizan a estas mujeres. Ello señala una preferencia de las mujeres por acudir a estos servicios.

Sin embargo, los testimonios sugieren un fenómeno emergente: la recurrencia a la ginecóloga o a otros profesionales de la salud podría estar dando cuenta de un cambio de paradigma en la atención en la RMBA. Esta transformación no es aislada, sino que es fruto de la incidencia de las organizaciones de la sociedad civil y del activismo de las personas con discapacidad, quienes han impulsado la incorporación de una perspectiva de la discapacidad en la atención en la salud y la promoción de un enfoque de derechos humanos, acorde a la CDPD.

En este contexto, las historias experimentadas por las entrevistadas evidencian el rol aliado que pueden ejercer los profesionales de la salud en la lucha por el respeto de los derechos de las personas con discapacidad.

Referencias

- Amorín, E., Buceta, C., Dones, A., González, V., Grassia, A., Lemura, L., & Minieri, S. (2021). *Desear es mi derecho: sexualidad y autonomía en mujeres con discapacidad*. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/2367/68.%20desear-es-mi-derecho.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arellano, K., & Soto, M. R. (2023). Educación sexual Integral y procesos anticapacitistas de transformación social. *Revista Ruedas*, 10, 1-14.
- ARGENTINA. (2004). Ley 25.929. Salud Pública, de 17 de septiembre de 2004. Establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- ARGENTINA. (2006). Ley 26.150 de 23 de octubre de 2006. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>
- ARGENTINA. (2008). Ley 26.378. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=141317>
- ARGENTINA. (2009). Ley 26.485. LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES de 11 de marzo de 2009. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- ARGENTINA. (2010). Ley 26.618. MATRIMONIO CIVIL. Código civil. Modificación de 15 de julio de 2010. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm>
- ARGENTINA. (2012). Ley 26.743. IDENTIDAD DE GÉNERO de 9 de mayo de 2012. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

- ARGENTINA. (2014). Ley 27.044. Jerarquía Constitucional. Otorga jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/239860/norma.htm>
- ARGENTINA. (2020). Ley 27.610. ACCESO A LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO DISPOSICIONES de 30 diciembre de 2020. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>
- Barnes, C., & Mercer, G. (2010). *Exploring Disability*. New York: Polity Press.
- Bertaux, D. (1980). El enfoque biográfico: su validez y sus potencialidades. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 69, 197-225.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brogna, P. (2016). El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. *Revista Inclusiones*, 3, 18-21.
- Brovelli, K., & Testa, D. (2024). Presentación Del Dossier: intersecciones incómodas. Discapacidad, género y cuidados. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(2), 42-47.
- Brown, J. L. (2009). Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, (2), 10-28.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. California: Sage.
- Chase, S. E. (2015). Investigación narrativa. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Métodos de recolección y análisis de contenidos* (pp. 58-112). Espanha: Gedisa Editorial.
- COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD – CDPD. (2023). *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Argentina*. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/observaciones_finales_crpd_-_marzo_2023.d.pdf
- Copolechio-Morand, M., & Miori, G. (2025). En tiempos de cólera y políticas “retardadas”, la ESI avanza. Aportes para una ESI contracapacitista. *Revista Del IICE*, 58(58), 27-42. <https://doi.org/10.34096/iice.n58.17212>.
- Cruz-Pérez, M. del P. (2017). *De cuerpos invisibles y placeres negados: discursos y prácticas en torno a la sexualidad y la reproducción de las mujeres con discapacidad en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- EQUIPO LATINOAMERICANO DE JUSTICIA Y GÉNERO – ELA. (2025). *Cuidados y apoyos: Hacia nuevos acuerdos entre las agendas de género y discapacidad*. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://ela.org.ar/publicaciones-documentos/cuidados-y-apoyos-entre-tensiones-y-convergencias-se-abren-nuevos-caminos/>
- Ferrante, C. (2026). Madres con discapacidad: interpelando prejuicios (Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, siglo XXI). *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. In press.
- Ferrante, C., & Sánchez, M. I. (2025). Maternity and disability in context: Transgenerational, intersectional and situated narratives in Argentina (1981-2024). In E. Brent & V. Migliarini (Eds.), *Humanizing disability and inclusive education research in the global south* (pp. 21-50). London: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-032-01312-5_2.
- Ferrante, C., & Tiseyra, M. V. (2024). Maternidad y discapacidad: un estado del arte desde el prisma latinoamericano. *Disability and the Global South*, 11(1), 2404-2426.
- Gareis, K. E. (2025). Cuerpos en juego, cuerpos que disputan: discapacidad y Educación Sexual Integral. Un estudio en el departamento Paraná de la provincia de Entre Ríos. *Revista Del IICE*, 58(58), 121-135. <https://doi.org/10.34096/iice.n58.17258>.
- Garland-Thomson, R. (2005). Feminist disability studies. *Signs (Chicago, Ill.)*, 30(2), 1557-1587. <https://doi.org/10.1086/423352>.
- Garland-Thomson, R. (2012). The case for conserving disability. *Journal of Bioethical Inquiry*, 9(3), 339-355. <https://doi.org/10.1007/s11673-012-9380-0>.
- Gelvez, S. (2024). *La incorporación de la perspectiva de discapacidad para un acceso universal a la salud sexual y reproductiva*. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/act_11-_adecuacion_metodologica_de_las_metas_3.7_y_5.6_de_ods_-_mayo_24_-_redi.pdf

- Glasser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New Jersey: Aldine Transaction.
- Herrera, F. (2022). 'La mamá soy yo': experiencias parentales de madres y padres con discapacidad en Chile. *Psicología em Estudo (Online)*, 27, 1-17. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.58850>.
- Herrera, F., & Rojas, A. (2024). Sexualidad, reproducción y parentalidad en personas con discapacidad en Chile. In F. Herrera & P. Marshall (Eds.), *Discapacidad en Chile: una introducción* (pp. 141-168). Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Hichins-Arismendi, M., & Yupanqui-Concha, A. (2023). Barreiras no acesso à saúde sexual e reprodutiva: experiências de mulheres com deficiência no extremo sul do Chile. *Ex Æquo*, 46, 89-105.
- Hichins-Arismendi, M., Mandiola-Godoy, D., & Obilinovic-Rivera, J. P. (2025). Parentalidad inclusiva y terapia ocupacional: experiencias y desafíos desde el Sur. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 33, e4036.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS – INDEC. (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad*. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf
- Jaure-Manzano, D., Robles, D. R., Soto, M. R., & Astroza, G. G. (2025). Percepciones que tienen las personas con discapacidad intelectual junto a sus familias sobre los derechos sexuales y reproductivos en los programas de inclusión social de AVANZA Inclusión. *Palimpsesto*, 15(27), 105-119.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. São Paulo: Paidós.
- Liddiard, K. (2018). *The intimate lives of disabled people*. United Kingdom: Routledge.
- Meccia, E., Alonso, J. P., Boniolo, P., Borotto, A., Dalle, P., Damiani, S., Di Virgilio, M. M., Donatello, L., Gómez, Y., González, D., Grippaldi, E., Güelman, M., Jones, D., Krause, M., López, N., Najman, M., Navarro, A., Pussetto, L., Rossi, C., Santos, S. A., Sautu, R., & Trevignani, V. (2019). *Biografías y Sociedad: métodos y perspectivas*. Argentina: Ediciones UNL.
- Morris, J. (1997). *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*. Madrid: Narcea.
- Oliver, M. (1983). *Social work with disabled people*. New York: Macmillan Publishers. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-86058-6>.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. New York: Macmillan Publishers. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-20895-1>.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – ONU. (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.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*. España: CERMI.
- Palacios, A. (2016). El modelo social de la discapacidad. In E. Salmón & R. Bregaglio (Eds.), *Nueve conceptos clave para entender la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (pp. 9-34). Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Palacios, A., & Regueiro De Giacomi, I. (2024). The exercise and enjoyment of sexual, reproductive, and non-reproductive rights: gender and disability intersectionality. In M. H. Rioux, A. Buettgen, E. Zubrow & J. Viera (Eds.), *Handbook of disability critical thought and social change in a globalizing world* (pp. 1319–1342). London: Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-19-6056-7_89.
- Palermo, C. (2025). Modelos interpretativos de la discapacidad y formas de autonomía de las personas con discapacidad en la normativa nacional argentina. *Argumentos Revista de Crítica Social*, 31, 172-211.
- Pantano, L. (2016). *Hacia nuevos perfiles profesionales en discapacidad: de los dichos a los hechos*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Católica Argentina.
- RED POR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD – REDI. (2023). *Informe Alternativo sobre la situación de las personas con discapacidad en Argentina (2018–2022)*. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://redi.org.ar/informe-alternativo-sobre-la-situacion-de-las-personas-con-discapacidad-en-argentina/>

- RED POR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD – REDI. (2024). *Barreras de acceso a la salud sexual reproductiva y no reproductiva de mujeres con discapacidad*. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/act_8_-_barreras_de_acceso_a_la_salud_sexual_reproductiva_y_no_reproductiva_de_mujeres_con_discapacidad_-_mayo_2024.pdf
- Ríos, K., Sáez, M., Salazar, M., Espinoza, T., & Lapierre, M. (2025). Experiencias de mujeres autistas en el sistema de salud chileno durante el embarazo, parto y crianza temprana. *Palimpsesto*, 15(27), 135-145.
- Rodríguez-Garrido, P. (2024). Violencia obstétrica capacitista hacia mujeres con discapacidad: una revisión integradora de la literatura. *Salud Colectiva*, 19(8), 1-10.
- Rodríguez-Garrido, P., & Yupanqui-Concha, A. (2023). Mujeres en situación de discapacidad: cuando el acceso a derechos reproductivos sigue siendo un privilegio. In Corporación Miles (Ed.), *Quinto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile* (pp.104–121). Santiago: Corporación Miles Chile.
- Sciurano, G., Venturiello, M. P., Sustas, S., & Tiseyra, M. V. (2022). Itinerarios terapéuticos de personas con discapacidad. Barreras y posibilidades de acceso a los centros de salud en el AMBA. In N. Vázquez, S. Sustas & M. P. Venturiello (Eds.), *Acceso a la salud de la población con discapacidad en Argentina: demandas, barreras y derechos* (pp. 47–82). Argentina: Teseo Press.
- Shakespeare, T. (1998). Poder y prejuicio: los temas de género, sexualidad y discapacidad. In L. Barton (Ed.), *Discapacidad y sociedad* (pp. 205-229). España: Morata.
- Shakespeare, T., Gillespie-Sells, K., & Davies, D. (1996). *The sexual politics of disability: untold desires*. Florida: Caseell.
- Solsona-Cisternas, D. (2025). De los modelos de la (dis)capacidad a la (dis)capacidad como construcción imaginario social: un manifiesto epistémico, teórico y agéntico. *Acta Sociológica*, 96(96), 17-41. <https://doi.org/10.22201/fcyps.24484938e.2025.96.91869>.
- Spampinato, S., & Testa, D. (2022). La decisión de Ofelia. Maternidades tensionadas y padecimientos mentales. In M. R. Aussiere, A. Monzón, S. Spampinato & D. Testa (Eds.), *De amuletos y artificios. Reflexiones situadas en clave feminista desde Terapia Ocupacional* (pp. 159-172). Argentina: La Hendija.
- Stornini, M. I., & Acosta-Montero, F. (2024). Educación sexual integral y derechos en centros de día: reflexiones desde el rol profesional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(2), 60-67.
- Teveles, D. (2021). Accesibilidad en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad en la ciudad de Buenos Aires. *Revista Latinoamericana en Discapacidad Sociedad y Derechos Humanos*, 5(2), 170-191.
- Tiseyra, M. V. (2025). “Apenas puedo conmigo, ¿voy a poder con otra persona?”: expectativas de mujeres con discapacidad física frente al ideal de maternidad. *Palimpsesto*, 15(27), 146-161.
- Tiseyra, M. V., Palermo, M. C., & Venturiello, M. P. (2022). Inclusión de temas de género y salud sexual y reproductiva en la agenda de discapacidad. Activismos y acciones públicas. In *XV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1QUd2TG6S80ToKMoOMVpmcO0dafSJx78>
- Tiseyra, M. V., Pecheny, M. M., & Sciurano, G. A. (2023). Cuarenta años de salud sexual y (no) reproductiva. *Prácticas de Oficio*, 1(31), 85-100.
- Vázquez, N., Sustas, S., & Venturiello, M. P. (2022). *Acceso a la salud de la población con discapacidad en Argentina: demandas, barreras y derechos*. Argentina: Teseo Press. <https://doi.org/10.55778/ts878873589>.
- Venturiello, M. P., Rodríguez-Garrido, P., Herrera, F., Rojas, A., & Ferrante, C. (2025). Presentación del número especial: Intersecciones entre discapacidad y género en América Latina: Parentalidades, familias, redes y cuidados al debate. *Palimpsesto*, 15(27), 1-9.
- Yupanqui-Concha, A., Aranda-Farías, C., & Ferrer-Pérez, V. 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*, 1(77), 58-75. <https://doi.org/10.7440/res77.2021.04>.
- Yupanqui-Concha, A., Arismendi, M. H., & Godoy, D. M. (2022). “Yo fui violentada adentro, estando en un lugar que me tenían que cuidar”: experiencias de opresión y violencias en contextos de salud hacia mujeres con discapacidad y abordajes desde la terapia ocupacional feminista. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3104.

Contribución de las autoras

María Victoria Tiseyra fue responsable de realizar entrevistas, sistematizar y analizar los datos, de la concepción del texto, análisis de los datos, redacción, revisión y edición del texto final. Carolina Ferrante fue responsable de realizar entrevistas, sistematizar y analizar los datos, de la concepción del texto, análisis de los datos, redacción, revisión y edición del texto final. Todas las autoras aprueban la versión final del texto.

Disponibilidad de los datos

Los datos que respaldan los resultados de este estudio están disponibles a través del autor de correspondencia, previa solicitud razonable.

Fuente de financiamiento

Las investigaciones que sustentan el presente artículo fueron realizadas con el apoyo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET), Argentina, en el marco de una beca doctoral en una de las investigaciones y en el contexto de plan de trabajo en el rol de investigadora de dicho organismo en el otro caso.

Autora para la correspondencia

María Victoria Tiseyra
e-mail: vtisey@gmail.com

Editora de sección

Prof. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano