

MUJERES con discapacidad psicosocial institucionalizadas en Argentina: Reconocimiento pleno de sus derechos sexuales y reproductivos¹.

Ana Laura Aiello

Abogada UBA. Doctorado PhD, Discapacidad y Derechos Humanos Universidad Leeds (Reino Unido). Experta en Discapacidad y Derechos Humanos en Organización Change.

aiello@gmail.com

Roxana Amendolaro

Psicóloga UBA. Especialización en Políticas Públicas y Justicia de Género CLACSO, MESECVI OEA, FLACSO Brasil. Presidenta en Fundación REDES.

roxana.amendolaro@gmail.com

Resumen

Este trabajo se propone explorar la situación de las mujeres con discapacidad psicosocial que se encuentran en centros de internación de salud mental en Argentina, en particular en torno al reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos. Se pretende generar condiciones, desde el enfoque del género y la interseccionalidad, para que la situación de este grupo de personas cobre real visibilidad social y se impulsen urgentemente los cambios necesarios (por ejemplo, en las políticas públicas) para avanzar en el respeto efectivo de sus derechos fundamentales. Se articularán las perspectivas del análisis interseccional, el Derecho internacional de los derechos de las mujeres y los aportes de la psicología institucional-comunitaria. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo. Las fuentes de datos serán primarias, incluyendo observaciones directas y entrevistas, a profesionales, funcionarios, personas internadas y familiares; y

secundarias, involucrando el relevamiento de algunas investigaciones referidas a la temática.

Palabras clave: Mujeres – Discapacidad Psicosocial – Derechos Sexuales y Reproductivos - Interseccionalidad.

Summary: This work aims to explore the situation of women with psychosocial disabilities who are in mental health centers in Argentina, particularly around the recognition of their sexual and reproductive rights. The aim is to generate conditions, from the perspective of gender and intersectionality, so that the situation of this group of people gains real social visibility and the necessary changes are urged urgently (for example, in public policies) to advance in the effective respect of your fundamental rights. The perspectives of intersectional analysis, the international law of women's rights and the contributions of institutional-community psychology will be articulated. It is an

exploratory-descriptive study. Data sources will be primary, including direct observations and interviews, to professionals, officials, inpatients and family members; and secondary, involving the survey of some investigations related to the subject.

Key Words: Women - Psychosocial Disability - Sexual and Reproductive Rights - Intersectionality.

1. Introducción

Las personas con discapacidad psicosocial² han sido invisibles y marginadas de la garantía de ejercicio de sus derechos fundamentales en muchas sociedades. La diferencia que supone la discapacidad mental ha sido percibida como motivo de segregación y naturalización de la exclusión concomitante (Rosenthal y Sundram, 2003, p.1). El paradigma todavía hegemónico en Argentina se basa en la concepción de las personas usuarias de servicios de salud mental como objetos de tutela y protección que entonces, por su propio bien y el de la sociedad, deberían ser “sustituídos” en la toma de las decisiones que afectan su vida, restringiendo así su capacidad de ejercer derechos .

El insuficiente respeto a la voluntad de la persona en los procesos de internación involuntaria e interdicción (insanias e inhabilitaciones), así como la prácticamente inexistente implementación del derecho a que la persona usuaria otorgue el consentimiento libre e informado para toda prestación en salud, son ejemplos del paradigma mencionado (Amendolaro, Laufer, 2012).

Asimismo, en un escenario de vulneración sistemática a los derechos fundamentales de las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran institucionalizadas

en centros de internación de salud mental en Argentina (MDRI, CELS, 2008), referido a las mujeres con discapacidad psicosocial “institucionalizadas” nos encontramos además con una situación de vulneración y exclusión que fundamentalmente comprende: la discriminación en razón del género y de la discapacidad; la convivencia con representaciones sociales estigmatizantes acerca de la locura; las regulaciones defectuosas y/o los vacíos legales con que nos encontramos en el derecho; y el no cumplimiento de hecho de lo dispuesto normativamente.

Por ello, este trabajo se propone explorar la situación de las mujeres con discapacidad psicosocial que se encuentran en centros de internación de salud mental en Argentina, en particular en torno al reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos. Se pretende generar condiciones, desde el enfoque del género y la interseccionalidad, para que la situación de este grupo de personas cobre real visibilidad social y se impulsen urgentemente los cambios necesarios (por ejemplo, en las políticas públicas) para avanzar en el respeto efectivo de sus derechos fundamentales.

A los fines de este trabajo, se articularán las perspectivas del análisis interseccional, el Derecho internacional de los derechos de las mujeres y los aportes de la psicología institucional-comunitaria.

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo. Las fuentes de datos serán primarias, incluyendo observaciones directas y entrevistas, a profesionales, funcionarios, personas internadas y familiares; y secundarias, involucrando el relevamiento de algunas investigaciones referidas a la temática.

Este trabajo incluirá tres partes: En la primera parte se brindará una caracterización de la situación de las mujeres con discapacidad psicosocial institucionalizadas en Argentina. En la segunda, una visión acerca de ciertas cuestiones que se considera delinear *interseccionalmente* (AWID, 2004) el trasfondo circunstancial de este grupo de mujeres (como la discriminación, en razón del género y de la discapacidad). Y en la tercera, se elaborarán conclusiones y propuestas sobre lo trabajado.

2. Formulación del Problema y Objetivos

Entre 2004 y 2007 el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI) realizaron una investigación sobre el sistema de salud mental en Argentina. El trabajo culminó con el informe “Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos (en adelante “*Vidas arrasadas*”), que fue publicado en 2008.

Con base en el informe podemos concluir que aún hoy en Argentina hay alrededor de 25.000 personas detenidas en centros de internación (66,7% en el sistema público y 33,3% en el privado). La mayor parte de estas personas se encuentra segregada de la vida en comunidad. Más de un 80% son encerradas durante más de un año, y muchas lo son de por vida. Dos tercios de estas personas se encuentran en el sistema público, de las cuales, el 75% permanecen detenidas en instituciones de 1.000 camas o más. Entre el 60 y 90% de las personas detenidas son denominados como “*pacientes sociales*”. De este modo fueron denominadas durante la investigación las personas que permanecían institucionalizadas en hospitales psiquiátricos porque el sistema de salud mental en Argentina no cuenta con los servicios y el apoyo en la comunidad necesarios para evitar la prolongación indefinida de su internación o para lograr su reinserción social. Aproximadamente el 50% de las 25.000 plazas para internación por razones de salud mental que existen en Argentina corresponderían a mujeres internadas.

Tomando ahora en consideración otras cifras que nos serán útiles para delimitar el alcance de la problemática que nos ocupa, podemos afirmar que alrededor de 300 millones de mujeres en el mundo tienen discapacidades mentales o físicas. Las mujeres representan las tres

cuartas partes de las personas con discapacidad en los países de ingresos bajos y medios, y comprenden el 10 por ciento de las mujeres a nivel mundial (Center for Reproductive Rights, 2002). La violencia doméstica es la principal causa de discapacidad en las mujeres entre 16 y 44 años. En general, las mujeres con discapacidad que viven en contextos de pobreza y exclusión consideran que no son sujetas de derechos y que cualquier beneficio que obtengan es recibido como un favor y no como el cumplimiento de un derecho. Para muchas, la sexualidad se fue junto con la llegada de la discapacidad y en general la sociedad tiende a considerarlas mujeres asexuadas, sin deseos, sin derechos al placer, al amor y a las relaciones de pareja (Section Women's Disabilities, Radio Internacional Feminista). Para 2001, casi 450 millones de personas padecían algún tipo de trastorno mental. Los problemas de salud mental constituían ya cinco de las diez causas principales de invalidez a escala mundial. Esto representa un 12% de la carga total de morbilidad mundial. Asimismo, más del 40% de los países no tienen política en salud mental (OMS, 2001).

El problema de las violaciones a los derechos humanos de las mujeres que se encuentran institucionalizadas en centros de internación de salud mental, y en particular el no reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, tanto en instituciones monovalentes (hos-

pitales especializados destinados a prestar asistencia a la salud en una única especialidad, por ejemplo, salud mental) como en unidades psiquiátricas penales, es aún menos visible para la sociedad en su conjunto que las violaciones a los derechos humanos que se producen en instituciones que albergan varones. Ya que, como se señaló en la introducción, nos encontramos además con una situación de vulneración y exclusión que fundamentalmente comprende: la discriminación en razón del género y de la discapacidad; la convivencia con representaciones sociales estigmatizantes acerca de la locura. Que, en las prácticas cotidianas, dejan a la "loca" y/o a la "discapacitada" (y al "loco" y/o al "discapacitado") en el lugar de objeto (en vez de sujeto) tutelada/o por el derecho; las regulaciones defectuosas y los vacíos legales con que nos encontramos en el derecho; y el no cumplimiento de hecho de lo dispuesto por el derecho.

En Argentina, en los centros de internación de salud mental que alojan varones, como es el caso del Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda, puede observarse la existencia de relaciones de intercambio con organizaciones de la sociedad civil preocupadas por los derechos de los "pacientes", que trabajan permanentemente en dicha institución. Las organizaciones más reconocidas, entre otras, son: el Frente de Artistas del Borda, Pan del Borda, Cooperanza, y radio

La Colifata. Sin embargo fue muy posterior en el tiempo el surgimiento de organizaciones que trabajaran del mismo modo en el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano, que aloja a mujeres, y numéricamente son muchas menos.

Así, las preguntas que orientarán este trabajo serán:

¿Cuál es la situación de las mujeres con discapacidad psicosocial y que se encuentran en centros de internación de salud mental en Argentina en torno al reconocimiento de sus derechos humanos? ¿Cuál es la situación de este grupo de mujeres en relación, en particular, al reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos? ¿Qué cuestiones básicas delimitan *interseccionalmente* el trasfondo circunstancial de este grupo de mujeres? ¿Por qué una mujer con discapacidad psicosocial tiene mayores barreras sociales para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos que una mujer sin discapacidad?

Por ello, se proponen como objetivos³:

Explorar la situación de las mujeres con discapacidad psicosocial y que se encuentran en centros de internación de salud mental en Argentina, en relación al reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

Analizar desde el enfoque de género y la interseccionalidad la situación de este grupo.

3. Situación de las mujeres con discapacidad psicosocial que se encuentran en centros de internación de salud mental en Argentina, en torno al reconocimiento de sus derechos humanos

Desde 2010 Argentina cuenta en el ámbito nacional con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que reconoce el derecho de las personas usuarias a ser parte de la comunidad, a la rehabilitación, a la toma de decisiones informadas para todo tratamiento y a decidir si quieren o no recibirlos. La Ley no solo impulsa la creación de dispositivos comunitarios de atención ambulatoria, sino que prevé la creación de un órgano independiente e intersectorial de revisión de las internaciones involuntarias. Finalmente prohíbe la creación de nuevas instituciones manicomiales y promueve la progresiva desinstitutionalización de las personas alojadas en centros de internación mediante su atención integral en hospitales generales y otros dispositivos de salud mental, integrados en un esquema de atención primaria de la salud.

Sin embargo las estadísticas oficiales a nivel nacional sobre personas asistidas en centros de internación de salud mental aún son insuficientes y se encuentran

desactualizadas (Kraut, 2006, p. 395). Por lo tanto las fuentes a partir de las que se relevaron los datos fueron primarias: es decir, observaciones directas y entrevistas, a profesionales, funcionarios, personas internadas y familiares. Y consisten en las mismas fuentes que fueron recabadas durante la investigación que culminó con el Informe: “Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental” (CELS – MDRI, 2008). Asimismo se accedió a fuentes secundarias, involucrando el relevamiento de investigaciones referidas a la temática.

De acuerdo a las estadísticas suministradas por la entonces Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, hoy Dirección Nacional de Salud Mental, aproximadamente el 50% de las 25.000 plazas para internación por razones de salud mental que existen en Argentina corresponderían a mujeres internadas.

Asimismo, más del 50% de las 2.414 personas internadas en instituciones psiquiátricas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son mujeres.

El Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano, al mes de agosto de 2005, contaba con 1.271 personas

internadas. El tiempo medio de internación en este hospital neuropsiquiátrico era de nueve años y tres meses. Esta media es superior en tres meses a la media general a nivel país.

Por su parte, la Unidad Psiquiátrica Penal N° 27 del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano, contaba a septiembre de 2006, con de 13 mujeres internadas.

El Hospital Interzonal Especializado Dr. José Antonio Estévez, centro de internación de salud mental destinado a mujeres, contaba a octubre de 2006, con 955 personas internadas (CELS – MDRI, 2008).

El Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano fue intervenido en diciembre de 2005 luego de graves denuncias realizadas por un organismo de derechos humanos, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)⁴ y por medios periodísticos televisivos.

Entre las denuncias públicas que se realizaron sobre violaciones a los derechos humanos de las mujeres internadas, pueden subrayarse:

- Coerción por parte del personal para que algunas mujeres internadas ejercieran la prostitución;

- Experimentación con las mujeres internadas para probar nuevos usos de fármacos existentes;
- Violaciones sexuales a mujeres internadas presuntamente cometidas por personal del hospital;
- Mujeres que murieron por desnutrición.

Estas denuncias fueron investigadas judicialmente pero a la fecha no existe información pública sobre que se hayan establecido responsabilidades y sanciones.

Como puede observarse, los derechos humanos de las mujeres con discapacidad psicosocial, institucionalizadas en centros de internación de salud mental en Argentina, son cotidianamente violados y/o no considerados.

A su vez, en los informes elaborados por el CELS y Mental Disability Rights International (MDRI) denunciando la situación en las Unidades Psiquiátricas Penales, que fueron entregados al Ministro de Justicia y Derechos Humanos de la Nación en diciembre de 2004 y a los legisladores del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en abril de 2007, se subrayaba el control desmesurado que las autoridades ejercían sobre las mujeres internadas, así como la actitud de sumisión a la autoridad de las mujeres detenidas en la Unidad Psi-

quiátrica Penal N° 27 ubicada en el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano. El personal de la Unidad les prohibía a las mujeres hablar con quienes estaban realizando la visita. Y al llegar a una celda con ocho mujeres alojadas la encargada del Penal gritó desde afuera: “Al pie de las camas”, y todas las mujeres internadas saltaron y se pararon a los pies de las camas, en estado de atención. Además, podemos afirmar que en la Unidad en cuestión se reitera el uso de las celdas de aislamiento, tal y como también sucedía en la Unidad Psiquiátrica Penal N° 20 que alojaba varones. Estas celdas tenían unas dimensiones de 2 x 2 m², no poseían luz natural, no tenían adecuada ventilación, y la única comunicación con el exterior de la celda era una mirilla ínfima. Estas celdas tampoco contaban con agua corriente ni facilidades sanitarias.

Las Unidades Psiquiátricas Penales N° 20 y N° 27, dependientes del Servicio Penitenciario Federal, se encontraban, al momento de la investigación, ubicadas en predios de los hospitales Borda y Moyano, respectivamente. Posteriormente, durante el año 2010, fueron trasladadas a instalaciones del Servicio Penitenciario Federal.

El personal de la Unidad N° 27 informó que tales celdas de aislamiento se utilizaban durante dos días como máximo; sin embargo, durante la visita se pudo consta-

tar que había dos mujeres detenidas en estas celdas (una había estado allí durante un año por orden judicial porque se consideraba que era un peligro para sí misma; la otra, había estado detenida allí un año y medio por las dificultades en el trato con las otras personas).⁵

Con fecha 30 de abril de 2007 el diario local La Nación denuncia que a 50 meses de haberse pedido la intervención de la justicia siguen existiendo graves deficiencias en el hospital Moyano. El 60% de las mujeres alojadas en este hospital están en condiciones deficientes de infraestructura e higiene.⁶

Ya a nivel provincial, durante la visita realizada por CELS y MDRI al Hospital Neuropsiquiátrico Diego Alcorta de la provincia de Santiago del Estero, en diciembre de 2004, pudo constatar que al menos dos mujeres internadas se encontraban embarazadas. De acuerdo con las fechas de ingreso a la institución que figuran en sus historias clínicas, puede deducirse que tales embarazos ocurrieron estando ellas ya internadas en la institución. En 2006, una de las mujeres mencionadas se estaba recuperando de una operación cesárea. Este nuevo embarazo, también habría ocurrido estando ella internada en el hospital. La directora de esta institución informó que *“junto con la cesárea, le habían practicado a la mujer una ligazón de trompas sin su con-*

sentimiento”. La directora justificaba el procedimiento diciendo que la ligazón se había realizado “porque [la mujer] e[ra] promiscua”.

Según los estándares jurídicos internacionales, nunca se someterá a una persona detenida involuntariamente en una institución psiquiátrica a tratamientos irreversibles. Únicamente se puede realizar un tratamiento de esta índole si la legislación nacional lo permite, cuando la persona haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente (Principio 11(14) de los Principios de Salud Mental) .

El consentimiento informado “es un consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda (...)” acerca de cuestiones varias, como por ejemplo, el diagnóstico y su evaluación (Principio 11-2 de los Principios). Atento las declaraciones de la directora, podemos concluir que en este caso no se cumplieron los estándares en referencia.

Además, durante una segunda visita realizada por CELS y MDRI al ya mencionado Hospital Neuropsiquiátrico Diego Alcorta (Pcia. de Sgo. del Estero, Argentina) en septiembre de 2006, recibimos información de que otra mujer internada en el hospital desde hace 20 años, dio a luz en dos oportunidades estando internada. También se nos informó que ambos hijos fueron adoptados por otras personas. Esta mujer, que es sorda, y aparentemente no maneja la lengua de señas, todavía pregunta con gestos por sus hijos.

En la actualidad, diferentes organizaciones no gubernamentales en Argentina, además de haber impulsado activamente la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, están llevando adelante acciones de promoción y difusión de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, así como también de denuncia pública acerca de lo que sucede en las nombradas instituciones, con el objetivo de generar la concienciación y el apoyo de la sociedad civil.

Asimismo, se cuenta con el Órgano de Revisión de Salud Mental que funciona en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa y debe desarrollar las funciones enunciadas en el artículo 40 de la Ley N° 26.657 a efectos de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Además puede ejercer sus

funciones de modo facultativo en todo el Territorio Nacional, en articulación con los *Órganos de Revisión Locales* provinciales, cuando considere la existencia de situaciones de urgencia y gravedad institucional.

Entre las funciones del Órgano de Revisión, cabe destacar: a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos; b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado; c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez; d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley; entre otras funciones de importancia.

Pese a ello, la vulneración de los derechos humanos de mujeres con discapacidad psicosocial, institucionalizadas en centros de internación de salud mental en Argentina -y en particular la vulneración de sus sexuales y reproductivos- continúa siendo un problema vigente.

4. Cuestiones que se considera delinear interseccionalmente el trasfondo circunstancial de las mujeres con discapacidad psicosocial

4.1 Interseccionalidad

La interseccionalidad es una herramienta para el análisis, el trabajo de abogacía y la elaboración de políticas, que aborda múltiples discriminaciones y nos ayuda a pensar la manera en que conjuntos diferentes de identidades inciden sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades. Colabora en entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias singulares de opresión y privilegio. Se trata, por tanto, de una metodología indispensable para el trabajo en el campo del desarrollo y los derechos humanos. (AWID, 2004, p. 1)

El concepto de discriminación interseccional se basa en la premisa de que las mujeres con discapacidad son un grupo heterogéneo⁷, cuya identidad está determinada y atravesada por una multiplicidad de identidades, status y circunstancias de vida⁸. Así, entre muchos otros rasgos, las mujeres con discapacidad pertenecen a distintos grupos etarios, son migrantes o nacionales del Estado donde viven, defienden diversas opiniones políticas,

y/o tienen diversas identidades de género u orientaciones sexuales. Se produce una situación de discriminación interseccional contra una mujer con discapacidad si estos motivos prohibidos de discriminación “operan e interactúan entre sí en forma simultánea, de tal manera que resultan inseparables.”⁹ (Minieri, 2017, p.13)

Así, en particular, la experiencia de una mujer con discapacidad psicosocial, institucionalizada en centros de internación de salud mental, en relación al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, será cualitativamente diferente a la de una mujer que no pasó por dicha institucionalización.

4.2 Institucionalización

Cuando nos referimos a la institucionalización manicomial en centros de internación de salud mental estamos hablando de un proceso que tiene lugar como consecuencia de un pacto social que discrimina, excluye e invisibiliza a aquellas personas que presentan diferencias respecto de la pauta hegemónica de adaptación social.

Fue Foucault (2000) quien llevó adelante una genealogía de las instituciones de la modernidad (en particular de los manicomios). De acuerdo a su planteo, puede afirmarse que para que las personas transformasen su

cuerpo, su existencia y su tiempo en fuerza de trabajo, y la pusiesen a disposición del aparato de producción que el capitalismo intentaba hacer funcionar, a partir de comienzos del siglo XIX proliferaron toda una serie de instituciones (hospitales, manicomios, orfelinatos, colegios, casas de educación, fábricas, talleres) que constituyeron una forma social del poder que fue una de las condiciones de funcionamiento de la sociedad industrial o capitalista. “¡O bien vas a la fábrica o bien terminas en la cárcel o en el manicomio de alienados!” (Foucault, 2000). Queda de manifiesto el carácter de control social y normalización que adquieren estas instituciones desde sus inicios en los procesos de producción de subjetividades.

Así, esta sociedad, se ha ocupado a través de múltiples mecanismos político-científico-tecnológicos, en primer término de expulsar, en segundo de no ver y en tercero de responsabilizar individualmente de la operación de expulsión a todas aquellas personas que difieren del ideal jerarquizado y dejando de lado que lo propio de los colectivos humanos es la invención y que la invención involucra la diferencia. Una diferencia sin jerarquías, sin puntos de referencia preestablecidos desde algún centro de poder inventado históricamente, una diferencia del devenir, azarosa, contingente, histórica.

Los grupos humanos inventan sistemas de significación del mundo. Estos sistemas son sociales y son históricos. Nuestra subjetividad, esa manera de ver, sentir y pensar que nos caracteriza no es una esencia que nos define de una vez y para siempre, sino el resultado de un proceso en el que se articulan componentes sociales, históricos, políticos, económicos, culturales, deseantes. La sola idea de una subjetividad esencial, ideológicamente, presupone la existencia de copias más o menos logradas. Y entonces, quienes se acerquen más a dicha esencia, quienes encarnen más a la letra dicha ficción culturalmente impuesta, devendrán portadores de la razón y la verdad. Ellos son quienes saben, quienes tienen, a quienes les corresponde. Al resto de las copias, las que quedemos más lejos, nos llegará el resto, lo que quede, o no nos llegará nada.

En la actualidad en Argentina los llamados manicomios u hospitales monovalentes (centros de internación en salud mental), continúan siendo la política generalizada en salud mental. Pese a ello, es importante subrayar que no todas las prácticas que se llevan adelante en estas instituciones se inscriben en un horizonte como el arriba descrito. Existen numerosas iniciativas que se orientan hacia el trabajo con base en la comunidad.

Un importante ejemplo en el mencionado sentido es el Programa de Externación Asistida (PREA) del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Funciona en el Hospital Interzonal José Estéves y revisa críticamente el lugar hegemónico del hospital psiquiátrico para el tratamiento de mujeres con padecimiento mental grave. El PREA propone que se debe procurar articular desde el inicio del proceso de internación la atención primaria de la salud mental con la utilización de redes existentes en la comunidad. Está dirigido a personas que hace años están internadas y se encuentran en proceso de externación. Una de las propuestas de trabajo del Programa son los emprendimientos productivos. Allí estas mujeres confluyen en un espacio común con otro sector de excluidas/os del sistema: las/os trabajadoras/es desocupadas/os. La articulación entre ambos aspectos, atención primaria e inclusión en redes comunitarias, se efectiviza a partir de la participación de ambos actores sociales en los mencionados emprendimientos (taller textil, fabricación de dulces, de comidas, etc.), tutorados por trabajadoras/es del hospital y sostenidos económicamente a partir de la adjudicación de planes de ayuda económica a quienes participan de tales emprendimientos. Otra de las propuestas del Programa es el alojamiento en Casa de Medio Camino. En 2008, 50 mujeres externadas se encontraban residiendo en casas de convivencia. Asimismo 2 mujeres estaban

viviendo con sus parejas y continuaban participando del programa, otras 2, también viviendo con sus parejas, habían dado la baja del programa. Otra mujer externada estaba viviendo con su hija y otra se encontraba viviendo con su familia en la provincia de Catamarca. Esta información fue brindada por profesionales integrantes del programa.

4.3 Algunas reflexiones desde la psiquiatría y la psicología

Débora Tajer¹⁰, sostiene que los abusos “existen en todos los ambientes con situaciones de vulnerabilidad”, “pero la saña hacia las mujeres es peor”. “La atención en la ciudad de Buenos Aires para los pacientes psiquiátricos no es buena en términos generales. Igualmente si uno observa el Hospital Borda y el Hospital Moyano son atenciones diferentes. Mientras que el primero recibe todas las innovaciones, el segundo tiene la psiquiatría tradicional, y no es casual. Esto es así porque es un hospital para mujeres”, afirma Tajer. “La ideología con respecto a las pacientes mujeres es peor que para la de los hombres. Es sumamente patriarcal, tutelar y biologicista -reduciendo los trastornos de salud mental a un origen solamente orgánico y no atendiendo a la multideterminación en juego-. Se ve que se las retiene mucho más, como se retiene a las mujeres en sus casas,

mientras que en el Borda se intenta sacar a la gente. De esta forma, los abusos son así porque el dispositivo mismo lo permite". El atropello a los derechos humanos es una práctica corriente en todos los ambientes en donde hay personas en situación de vulnerabilidad, como lo afirma Tajer. Sin embargo, en los hospitales neuropsiquiátricos, cuando se trata mujeres la vulneración se acentúa desde la acción misma de la institución (Veitz, 2006, p. 2).

También en referencia a la situación de las mujeres alojadas en centros de internación de salud mental, Elena Levin¹¹ afirma: "Este es un problema político y de la psiquiatría pesada. Las diferencias que se hacen entre el Borda y el Moyano son desde las cúpulas dirigenciales y las diferentes visiones de la psiquiatría, y no de los pacientes". Levin afirma estar dolida dolida por lo que pasa en el Moyano y prefiere no profundizar porque subraya que no es un problema enteramente de la ciencia sino político que incluye disputas científicas. Igualmente arroja una frase desde su perspectiva de género: "La psiquiatría fue pensada desde una cosmovisión masculina que redujo a las mujeres a su aparato reproductor" (Veitz, 2006, p. 2).

Irene Meler¹², que recorrió las instalaciones del Hospital Moyano en repetidas oportunidades, indica que "el

abuso tiene que ver con el rol genital de la mujer, la posición subordinada de ella". "Son prácticas de abusos que atraviesan toda la historia: de la pequeña violencia cotidiana, que puede ser psicológica en un matrimonio, pasando por postergaciones en el trabajo, hasta llegar a esta violencia, el abuso del débil mental", manifiesta. "Me parece estremecedor que la forma de esta práctica de la violencia esté relacionada a lo erótico y a la sexualidad, porque el hombre goza. Es como una caricatura siniestra de lo que sucede comúnmente entre relaciones de mujeres y hombres, en las relaciones aparentemente igualitarias esto ya está presente", observa Meler. (Veitz, 2006, p. 3).

4.4. Discriminación múltiple, en razón del género y de la discapacidad

4.4.1 La noción de género

La noción de género, señala Di Marco (2005), como categoría histórico-social se refiere a las relaciones sociales desde la perspectiva de las relaciones de poder y subordinación que se establecen entre varones y mujeres a partir de las construcciones culturales sobre lo que es ser un varón y lo que es ser una mujer en cada momento. Se estructuran sobre la base de las diferencias biológicas entre los sexos y se traducen, vía su ex-

trapolación, en desigualdades sociales. Son presentadas como naturales y ahistóricas, esencias de lo femenino o lo masculino, reproduciendo y sosteniendo las desigualdades que producen (Di Marco, 2005). Las relaciones de género constituyen un sistema jerárquico entre varones y mujeres cuya configuración se apoya en discursos que lo legitiman y naturalizan. Se trata de relaciones de poder y autoridad, no de género como análogo a mujeres. Género no puede equipararse a sexo o cuerpo, no es un dato natural. Es una construcción cultural, social y política que tiene efectos en la distribución de los bienes materiales y simbólicos y en las oportunidades de acceso. Construcción que consagró, durante la modernidad, a las mujeres y a las niñas, niños y adoelscentes al espacio de lo privado-indiferenciado y a los varones a lo público-individualizado. La crítica feminista denuncia la falacia que consiste en partir de hechos de la biología para introducir prejuicios étnicos, de clase, de género¹³. El concepto de género en términos ampliados, nos permite comprender la importancia de dar voz a las/os afectadas/os directas/os por cualquier situación de vulneración de derechos.

4.4.2 Concepto de discriminación

Conforme a lo establecido por la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación

Racial entendemos por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de origen étnico, orientación o identidad de género, religión, rango socioeconómico, edad y/o discapacidad. La discriminación involucra una situación en la que una persona o grupo es tratada de manera inequitativa respecto de la población general. Toda persona tiene el derecho a estar libre de discriminación así como a otros derechos humanos fundamentales para la protección de la discriminación.

La discriminación basada en el género es aquella que se ejerce a partir de la construcción social que asigna determinados atributos socio-culturales a las personas a partir de su sexo biológico y convierte la diferencia sexual en desigualdad social. La discriminación por género tiene su anclaje en estereotipos culturales y sociales que prescriben y determinan roles y funciones para varones y mujeres. Son estas prácticas discriminatorias las que excluyen y condicionan cotidianamente el acceso de las mujeres a sus derechos.

Asimismo, la pertenencia al género femenino se cruza con otras formas de discriminación, por pertenencia étnica (afrodescendientes, indígenas), condición de migrante o refugiada, edad, opinión política, creencia religiosa, orientación o identidad de género, pobreza, por tratarse

de una persona con discapacidad, etc. Si bien estos motivos de discriminación afectan también a varones, la condición de mujer potencia y multiplica las vulnerabilidades y las construye como grupo particularmente afectado. Suele hablarse entonces de doble o triple discriminación y/o discriminación interseccional. Por ejemplo entre las personas con discapacidad, éstas pueden ser víctimas de abuso/explotación sexual y humillaciones. Problemáticas que afectan a las adolescentes y niñas en mayor medida que a sus pares varones (INADI, 2012, p 10).

Es así que la discriminación en razón del género es uno de los basamentos de la violencia (violencia de género) que sufren las mujeres, y en particular las mujeres con discapacidades psicosociales y que se encuentran en centros de internación de salud mental en Argentina.

La discriminación en cuestión determina que la violencia de género antedicha sea aún menos visible para el conjunto de la sociedad, que otros tipos y ámbitos en los que se ejerce la violencia de género o la violencia que se produce en instituciones que albergan varones.

En efecto, nos ha sido una ardua tarea localizar cifras actuales que demuestren cuantitativamente que las mujeres que se encuentran en centros de internación de salud mental soportan, además de las violencias ligadas

a la ausencia de reconocimiento de otros derechos fundamentales (violencia que también padecen los varones institucionalizados), discriminación y violencia de género. Sin embargo, y de acuerdo a los datos que ya han sido compartidos, ello no nos impide afirmar que así sucede y como práctica cotidiana y naturalizada. Con esta evidencia nos hemos topado cuando visitamos centros de internación de salud mental que las recluyen, cuando buscamos información en fuentes secundarias, o cuando pasamos revista de los derechos contemplados y reivindicados por algunos de los movimientos de mujeres y nos encontramos con que esta problemática aún no es suficientemente tenida en cuenta.

4.4.3 Discriminación hacia las personas con discapacidad

Las personas con discapacidad en general, y las personas con discapacidad psicosocial en particular, han sido invisibles e históricamente marginadas de la garantía de ejercicio de sus derechos fundamentales en muchas las sociedades. La diferencia que supone la discapacidad psicosocial ha sido percibida como motivo de discriminación, segregación y naturalización de la exclusión concomitante, equiparándola en algunos casos al déficit y/o a la peligrosidad. De esta manera, las personas con discapacidad sufren una discriminación en razón de su discapacidad (Hendriks, 1995).

Pese a los importantes avances que se han registrado en los últimos años en materia legislativa y en el diseño de las políticas, en Argentina aún sigue vigente el paradigma que supone una concepción de las personas con discapacidad como objetos de tutela y protección que entonces, por su propio bien y el de la sociedad, deberían ser “sustituídos” en la toma de las decisiones que afectan su vida, restringiendo así su capacidad de ejercer derechos.

Asimismo, además de formas directas de discriminación, las personas con discapacidad pueden experimentar formas indirectas de discriminación.

La discriminación directa aparece cuando una persona “sea, haya sido o pudiera ser tratada de manera menos favorable que otra en una situación análoga”.

La discriminación indirecta existe cuando una “disposición, criterio o práctica aparentemente neutros pueda ocasionar una desventaja particular”.

Ahora bien, la cuestión estriba en que en el caso de la discapacidad, la diferencia que ésta implica es percibida generalmente como irregular, negativa, deficitaria o peligrosa por la sociedad en general.

Es decir: la discapacidad es una diferencia como tantas otras. Pero no es igual el modo en el que la sociedad en general percibe y considera a esta diferencia, respecto de otras diferencias.

Esto último (la percepción de la discapacidad por nuestra sociedad como algo irregular, negativo, deficitario o peligroso), quizá responda en parte a la siguiente razón: capacidad y discapacidad, son términos de naturaleza relacional. Es decir, sin comparar el significado del uno con el del otro, no se puede comprender cuando una persona tiene una capacidad y cuando tiene una discapacidad. Asimismo, dichos conceptos son construcciones sociales. Son definiciones que no son neutrales y que contribuyen a la estigmatización. Siguiendo la naturaleza relacional de estos términos, nuestra definición de lo que es diferente y de lo que es igual, depende de nuestro punto de comparación.

Las prácticas sociales discriminatorias son el resultado de la implementación de un modelo que, en su esencia, es mayoritariamente ciego al género, patriarcal e indiferente a los derechos humanos, incluidos los derechos de las mujeres (Scampini, 2012). Un modelo que se ha ocupado de proponer al varón, blanco, heterosexual, sin discapacidad, con determinado nivel educativo, con determinados recursos económicos, perteneciente a la

religión dominante, como ideal social y modelo relacional, *desigualando las diferencias*.

Separamos así entre “nosotras/os” (las/os iguales) y “ellas/os” (las/os diferentes). Y esta separación, subrepticamente implica que “ellas/os” (las/os “otra/os”) deben adaptarse a las normas y estándares de “nosotras/os”, si pretenden ser aceptadas/os como miembros plenos de la sociedad.

Tal como ya se ha planteado, la diferencia es parte fundante de toda sociedad. Y esto debería de considerarse así también respecto de la discapacidad. La plena participación de las personas con discapacidad es indispensable en un modelo de sociedad que promueve la igualdad y la democratización de sus relaciones, porque sus contribuciones individuales enriquecen todas las esferas de la vida. De igual manera que las contribuciones de las personas sin discapacidad.

En suma, la discapacidad debería de considerarse como una diferencia más dentro de la diversidad de la sociedad, y no como un rótulo estigmatizador conducente a la discriminación.

La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Per-

sonas con Discapacidad constituye el primer tratado regional de derechos humanos que ha definido en qué consiste la discriminación que sufren las personas con discapacidad (Breslin y Yee, 2002, p. 10.). Tal definición la brinda su artículo I.2.:

a) El término “discriminación contra las personas con discapacidad” significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

b) No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia. En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación.

Sin embargo, vale destacar que este artículo es criticable respecto de su inciso (a), al menos en dos sentidos (Courtis, 2004,):

Primero, porque la definición no alude al propósito de impedir o anular de forma injustificada el reconocimiento, goce o ejercicio de un derecho. Así, atento los términos de la Convención, se puede excluir a una persona ciega de conducir un vehículo.

Segundo, debido a que el concepto en análisis no cubre los casos en los que quien distingue, excluye o restringe, no se basa en la discapacidad, antecedente, secuela o percepción de la misma. Una muestra de uno de estos casos la constituye la construcción de un edificio que no es accesible (ya que éste anula la libre circulación, con independencia de que quien o quienes lo han construido, se hayan basado en la cuestión de la discapacidad).

En cuanto a su inciso (b), sobre todo es plausible de crítica la inclusión de una justificación exclusiva respecto de la institución de la interdicción, ya que esto puede dar a entender que quienes elaboraron este instrumento comulgan absolutamente con tal institución (que ha merecido numerosas críticas).

Esta doble discriminación (en razón del género y de la discapacidad), ha sido así reconocida por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

En esta recomendación, el Comité expresa su preocupación por la situación de las mujeres con discapacidad, las cuales sufren una “doble discriminación” y recomienda a los Estados Partes que “incluyan en sus informes periódicos información sobre la situación de las mujeres con discapacidad y sobre las medidas adoptadas para hacer frente a su situación particular, incluidas las medidas especiales para garantizarles igualdad de acceso a la educación y al empleo, los servicios de salud y la seguridad social, así como la participación en todas las esferas de la vida social y cultural.” Este Comité es el órgano encargado de vigilar la aplicación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Es interesante afirmar que, además del género y de la discapacidad, existen muchas otras circunstancias que interseccionalmente pueden provocar otras vulnerabilidades, con sus probables y consiguientes discriminaciones, en las mujeres con discapacidad. Entre ellas podemos referir: el hecho de que una mujer con discapacidad pertenezca a un país pobre; o la condición de una mujer con discapacidad como miembro de una minoría étni-

ca. Así lo reconoce por ejemplo Arnau Ripollés (2004), en su trabajo “Violencia de género contra la(s) mujer(es) con discapacidad(es)”. Así, si bien esta autora se adscribe a la referida doble discriminación, expresa que le parece más adecuado referirse una discriminación múltiple, pues de esta manera se puede englobar más amplia y explícitamente “la diversidad de Mujer-es con disCapacidad-es”. Agrega en este sentido Arnau Ripollés que hay mujeres con discapacidad que “padecen más de dos discriminaciones”, por ejemplo, las mujeres lesbianas con discapacidad. Asimismo, según esta experta la teoría de la discriminación múltiple puede reflejar con mayor certeza el hecho de que, en función de la discapacidad que tenga una mujer, “está *más o menos excluida* del discurso de la mujer con discapacidad en general”. Y concluye manifestando que si no aprendemos a ser más cuidadosas, y cuidadosos, hablar en estos momentos de “mujer con discapacidad” se reduce prácticamente a “mujer con discapacidad física, blanca, occidental, heterosexual, de clase media, de mediana edad, y de tradición judeocristiana”.

4.5. La discapacidad como una cuestión de derechos humanos y el modelo social de la discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad -en adelante “la Convención” o CDPD-,

ratificada por Argentina en el año 2008, establece la obligatoriedad de que los Estados reconozcan la titularidad de derechos y garanticen su ejercicio pleno, en igualdad de condiciones para todas las personas con discapacidad.

Esta norma, que ya era parte del derecho argentino con rango superior a las leyes, a partir del año 2014 pasó a integrar la Constitución Nacional, en el marco de su artículo 75 inc. 22¹⁴.

La Convención se funda en el “modelo social” de la discapacidad y en la lucha de las propias personas con discapacidad para autoafirmarse como ciudadanos con igual dignidad y valor que los demás.

La dignidad como valor ha sido un factor crucial en el pasaje hacia una perspectiva de la discapacidad basada en los derechos humanos. Debido a su invisibilidad, las personas con discapacidad frecuentemente han sido tratadas como objetos a los que había que proteger o compadecer. El cambio fundamental se produjo cuando comenzaron a verse a sí mismas, y comenzaron a ser vistas como personas, sujetos de derecho y no como objetos (Quinn y Degener, 2002, p. 18).

El modelo social subraya que lo concebido como discapacidad obedece a causas preponderantemente sociales.

Asimismo, señala que las discapacidades son producto del encuentro entre personas que experimentan un determinado impedimento, y barreras sociales que limitan su capacidad para participar en condiciones de igualdad en la sociedad. En consecuencia, la Convención determina que los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la participación efectiva de las personas con discapacidad en cada una de las actividades de la vida en comunidad.

En el inciso 1 del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho a ser reconocidas en igualdad de condiciones ante la ley. Este párrafo del artículo 12 alude al elemento de la capacidad jurídica que se refiere a la titularidad de derechos, y reconoce la personalidad jurídica de las personas con discapacidad. El párrafo 2 del artículo 12 establece que “Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.” Una ciudadana o un ciudadano sin discapacidad que es propietaria o propietario de un bien inmueble, o de un automóvil, de un caballo o de un libro, tiene el derecho de vender la casa, de alquilar el automóvil, de donar el caballo o de prestar el libro. Todas las posibilidades anteriores, y

otros actos de disposición que son inherentes a su calidad de propietaria o propietario, son manifestaciones de su capacidad jurídica. El inciso 2 al extender los mismos derechos a las personas con discapacidad, alude a la posibilidad de ejercicio de derechos como componente de la capacidad jurídica. La inclusión de los principios de reconocimiento de la autonomía individual, prohibición de discriminación, e igualdad de oportunidades, entre los principios generales de la Convención que los Estados Partes deben respetar, constituye una prueba de la naturaleza no negociable de este compromiso. Esta obligación exige a los Estados, por un lado, abstenerse de acciones que socaven estos principios y, por otro, emprender las medidas que los promuevan¹⁵.

Para mostrar la importancia del ejercicio pleno del derecho a la participación, cabe recordar algunas de las frases expresadas por organizaciones de personas con discapacidad durante el proceso de redacción de la Convención, entre ellas: “No nos sustituyan, inclúyanos” o “nada sobre nosotras/os sin nosotras/os”.

En este sentido, Tina Minkowitz, co-directora de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría, se ocupó de presentar y desarrollar una metodología específica relativa a la capacidad legal inherente y la toma de decisiones con apoyo. Minkowitz subrayó

que la capacidad legal es una “aptitud regulada por el ordenamiento para ser titular de derechos y obligaciones y para obrar con impulsos propios en la vida jurídica de relación” (Minkowitz, 2008). La toma de decisiones con apoyo es un modo de aplicar el modelo social para lograr el ejercicio real de la capacidad legal. En lugar de privar al individuo de su capacidad legal e instalar un tutor o curador a cuidar sus intereses, lo que refuerza un estado de pasividad, debemos crear las condiciones que faciliten a la persona el “obrar con impulsos propios”. Uno de los principios que guía esta metodología supone asumir la “dignidad del riesgo” y el derecho de todas y todos a andar por el mundo con todos sus peligros y posibilidades.

4.6 Fortalecimiento singular y colectivo

¿Quién da cuenta de las situaciones cotidianas de las mujeres, de las personas con discapacidad, de las niñas (y de los niños), de las “locas” (y de los “locos”), o de las personas detenidas en las cárceles? ¿Cómo legitiman ellas (y ellos) su relato? ¿Cómo se nombran a aquellas (y aquellos) que están excluidos del discurso social y político hegemónico?

Si uno de nuestros objetivos es dar cuenta de la situación en la que se encuentran las mujeres con discapaci-

dad psicosocial, institucionalizadas en centros de internación de salud mental en Argentina, necesariamente debemos atender a la complejidad de los aspectos silenciados: las voces de las afectadas directas; las voces de las relaciones de poder y autoridad tal y como se entran específicamente en los centros de internación de salud mental, y que dan cuenta de particulares procesos de institucionalización.

En tal sentido, también debemos tener en cuenta que toda denuncia de la situación que nos proponemos hacer visible debe escribirse en la comunidad, por la comunidad y con la comunidad en la medida en que retoma la historia de las relaciones que dieron lugar al sometimiento y a la exclusión. En la comunidad ya que debe tratarse de un proceso situado temporal y espacialmente, ninguna denuncia puede tener carácter universal; por la comunidad ya que el objetivo, desde una perspectiva institucional-comunitaria, es que el propio grupo social se fortalezca (*empowerment*)¹⁶, y, finalmente, con la comunidad ya que cualquier escritura debe incluir la perspectiva de las/os afectadas/os directas/os.

Consideramos que tanto los responsables directos de la implementación de las políticas públicas como la sociedad civil en su conjunto debemos atender los reclamos tal y como los enuncian los/las propios/as afectados/as

por la situación de vulneración de que se trate. Si uno de los objetivos de este trabajo puede traducirse en el anhelo de construcción de una sociedad más justa e inclusiva, es fundamental que cada persona/ actor/actriz social que la componen se constituya como sujeta/o autónoma/o y tenga parte en la construcción de las instituciones que la sostienen: *La autonomía (y su producción) toma aquí el sentido de una autoinstitución de la sociedad, autoinstitución en adelante más o menos explícita: nosotros hacemos las leyes, lo sabemos, y somos pues responsables de nuestras leyes, de modo que debemos preguntarnos cada vez: por qué esta ley y no otra* (Castoriadis, 1998, p. 77).

5.3 Instrumentos de Derecho Internacional de Derechos Humanos

Los derechos sexuales incluyen el derecho de todas las personas a “una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia.”¹⁷ Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es posible detallar un poco más esta definición y señalar que los derechos sexuales abarcan “el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, a: (1) el mayor estándar posible de sa-

lud, en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; (2) buscar, recibir e impartir información en relación a la sexualidad; (3) educación sexual; (4) respeto por la integridad corporal; (5) elección de pareja; (6) decidir ser o no ser sexualmente activo; (7) [tener] relaciones sexuales consensuadas; (8) [un] matrimonio consensuado; (9) decidir tener o no tener, y cuándo tener hijos; y (10) ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.”¹⁸ Por su parte, los derechos reproductivos “se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.”¹⁹ (Minieri, 2017).

El Sistema Interamericano, con la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana de Derechos Humanos, El Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, la Convención de Belém do Pará y la Comisión y

la Corte Interamericana de Derechos Humanos,²⁰ expresamente consagran las obligaciones de los Estados para brindar una adecuada protección de los derechos de las mujeres y la obligación de garantizar que las mujeres accedan a los servicios de salud sin discriminación alguna.²¹ (Centro de Derechos Reproductivos, 2015).

Con la ratificación de la Convención de Belém do Pará, los Estados Parte asumieron el compromiso de adoptar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como a actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar dicha violencia, y a promover la modificación de patrones de conducta y estereotipos socioculturales de varones y mujeres. En el marco de la implementación de la Convención de Belém do Pará, la Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos del Comité de Expertas/os (CEVI) del MESECVI, hace un llamado a los Estados para garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su derecho a la vida, eliminando el aborto inseguro y estableciendo leyes y políticas públicas que permitan la interrupción del embarazo. De igual manera, se reitera el llamado para garantizar que las mujeres tengan acceso inmediato a métodos anticonceptivos económicos, incluyendo la anticoncepción de emergencia.²² (Centro de Derechos Reproductivos, 2015).

Referido en particular a las mujeres con discapacidad, el preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) reafirma el principio de “universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación.”²³ De esta manera, el Preámbulo enfatiza que la CDPD no crea nuevos derechos sino que procura garantizar que las personas con discapacidad ejerzan todos los derechos ya reconocidos por el derecho internacional de los derechos humanos, incluidos los Derechos Sexuales y Reproductivos, en igualdad de condiciones con las demás personas (Palacios, Bariffi, 2007, p. 56).

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

DAW).²⁵ Dada la prevalencia de esterilizaciones forzadas entre las personas con discapacidad, en particular entre las personas con discapacidad psicosocial alojadas en centros de internación de salud mental -tal y como se reseñó más arriba- el artículo 23 de la CDPD también obliga al Estado a garantizar que las personas con discapacidad “mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.”²⁶ (Minieri, 2017: 18).

6. Leyes nacionales y políticas públicas: avances recientes en Argentina

Uno de los avances más evidentes –y que involucra un adelanto sustantivo en lo que hace a la aplicación de la Convención de Belém do Pará en Argentina- fue la sanción de la Ley Nacional 26.485 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, en el año 2009. Dicha ley establece que “(s)e entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes” (Art. 4).²⁷

También deben destacarse los avances introducidos tanto por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 como el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en 2010 marcó un hito en el camino de desandar el paradigma, aún hoy hegemónico en Argentina, que se basa en la concepción de que las personas usuarias de los servicios de salud mental son objetos de tutela y protección y, que deben ser sustituidas en la toma de decisiones. Asimismo, esta ley reconoce el derecho de todas las personas a acceder a la atención integral en salud mental de acuerdo a sus necesidades, en un marco de igualdad y no discriminación (Amendolaro, Laufer, Spinelli, 2015).

Asimismo, el nuevo Código Civil y Comercial se propuso adecuar el derecho positivo a la CDPD, y receptor el nuevo paradigma en materia de personas con padecimientos mentales, de conformidad con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Ambas normas ya reconocían el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, a la dignidad y a la autonomía, a la libertad, a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, al acceso a la información, a la intimidad, a la identidad, a la integración comunitaria.

A nuestro criterio, a pesar de la brecha que aun separa el modelo de capacidad asumido por el nuevo Código Civil respecto de la CDPD, su aprobación constituye un indudable avance en relación con el modelo vigente. Ello, en tanto incorpora, entre otros derechos, el sistema de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica en los casos de capacidad restringida para determinados actos, y consolida los avances introducidos por la Ley Nacional de Salud Mental, al fortalecer la promoción del mayor grado de autonomía posible, así como la determinación concreta de los actos jurídicos para los cuales se limita la capacidad. (Amendolaro, Laufer, Spinelli, 2015).

7. Conclusiones y propuestas

A través de un análisis interrelacionado, con aportaciones del análisis interseccional, el Derecho internacional de los derechos de las mujeres y los aportes de la psicología institucional-comunitaria; y donde una de las propuestas más importantes que se deduce es la necesidad de fortalecimiento de los propios grupos vulnerados a partir del trabajo directo con las comunidades de las que éstos son parte, se ha explorado la situación del grupo conformado por las mujeres con discapacidad psicosocial y que se encuentran institucionalizadas en centros de salud mental en Argentina. Asimismo se ha brindado alguna información referida

a la situación de este grupo en algunos países de América Latina. Tal análisis nos permite realizar algunas conclusiones y propuestas:

Estas mujeres constituyen un grupo especialmente significativo. Nos hemos encontrado con que el grupo de las mujeres internadas en centros de salud mental constituye el 50%, o más del 50%, del total de las personas internadas. Estas mujeres sufren discriminación, exclusión y violaciones gravísimas a sus derechos humanos. Destacando la vulneración a sus derechos sexuales y reproductivos.

Argentina cuenta en el ámbito nacional con una ley marco en salud mental y derechos humanos de las personas usuarias de servicios de salud mental y con un nuevo Código Civil que reconocen el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, sin embargo aún resta un importante camino para que dichas normativas se traduzcan en políticas generales conducentes a garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, y en sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad psicosocial.

Asimismo, se subrayó la importancia de la aprobación en nuestro país en 2009 de la ley Nacional 26.485 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erra-

dicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (Art. 4)

Las estadísticas oficiales a nivel nacional son insuficientes. Estos datos, junto con el marco normativo, permitirían avanzar en el diseño de las políticas necesarias para el efectivo cumplimiento de los derechos de este grupo de personas, desde una perspectiva de género.

Reconociendo que existen importantes avances, de todos modos debe subrayarse que en los centros de salud mental de nuestro país predomina aún hoy la pauta hegemónica denominada “manicomialización”, que discrimina, excluye y no ofrece suficientes alternativas de tratamiento ni reinserción social posterior a aquellas personas que padecen algún tipo de discapacidad mentales. Los diagnósticos psiquiátricos, funcionan como rótulos que estigmatizan a la persona en la discapacidad que la afecta y, conjuntamente con la maquinaria institucional-social, contribuyen a alejar a la persona de su condición de sujeto de derecho.

A la gravedad de los hechos denunciados se suma la invisibilidad social aún mayor en la que se encuentran las mujeres que fueron alojadas en centros de internación de salud mental y permanecieron allí durante años y años.

La discriminación en razón del género es uno de los basamentos de la violencia (violencia de género) que sufren las mujeres que se encuentran alojadas en centros de internación de salud mental. Esta discriminación determina que la violencia que se comete contra este grupo de mujeres sea aún menos visible para el conjunto de la sociedad que la violencia que se produce en instituciones que alojan varones; y que la violencia que se ejerce sobre otras mujeres.

Con base en el derecho internacional de los derechos humanos, Argentina puede aplicar en casos concretos de violaciones de derechos humanos una articulación ingeniosa de determinadas normas y jurisprudencia internacionales (como por ejemplo lo hizo en el precursor caso “T. Ricardo Alberto s/Internación”); modificar determinadas normas del orden jurídico nacional argentino, en caso de que éstas sean contrarias a obligaciones internacionales asumidas; y legislar “desde cero” en los casos en los que el ordenamiento jurídico nacional argentino presente vacíos legales.

Ello permitirá avanzar en el diseño de políticas, con perspectiva de género, enmarcadas en el Modelos Social de la Discapacidad, que garanticen la inclusión real de las mujeres con discapacidad psicosocial.

Bibliografía

Amendolaro, R. Laufer Cabrera, M. Spinelli, G. (2015). *Salud mental y Código Civil argentino en el Siglo XXI: cambio cultural, interdisciplina, capacidad jurídica, internación. De cómo las prácticas modifican las visiones y las visiones las prácticas. Derecho de Familia*. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia, Abeledo Perrot. N° 69. 43-66. Obtenido el 21 de noviembre de 2017 en:
<http://justiciadiscapacidad.blogspot.com.ar/p/publicaciones.html>
<http://www.infojusnoticias.gov.ar/opinion/como-aborda-el-nuevo-codigo-la-problematika-de-salud-mental-181.html>

Amendolaro, R. Laufer Cabrera, M. (2012). *Ingreso y permanencia involuntaria de personas con discapacidad en centros de internación. Su viabilidad a la luz de la Convención*. En A. Palacios, F. Bariffi Capacidad Jurídica, Discapacidad y Derechos Humanos (pp. 499 – 526). Argentina: Ed. Ediar.

Centro de Derechos Reproductivos (2002). *Derechos reproductivos y mujeres discapacitadas: un marco de derechos humanos*. Obtenido el 12 de noviembre de 2017 en:
[http://158.109.129.18/centreatigona/docs/articulos/Derechos%20reproductivos%20y%20mujeres%20discapacitadas%20\(Center%20for%20reproductive%20rights_2002\).pdf](http://158.109.129.18/centreatigona/docs/articulos/Derechos%20reproductivos%20y%20mujeres%20discapacitadas%20(Center%20for%20reproductive%20rights_2002).pdf)

Centro de Derechos Reproductivos (2006), *Los derechos reproductivos son derechos humanos*, quinta edición. Obtenido el 12 de noviembre de 2017 en:
<http://www.reproductiverights.org/pdf/rrhr-spanish.pdf>

Centro de Derechos Reproductivos (2015): *Violencia contra las mujeres y Derechos Reproductivos en las Américas*. Obtenido el 20 de marzo de 2018 en:
[https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/\(ES\)%20Advocacy%20Doc%20for%20OAS%20Convening.pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/(ES)%20Advocacy%20Doc%20for%20OAS%20Convening.pdf)

CELS-MDRI (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental*. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Mental Disability Rights Internacional (MDRI), Editorial Paidós, Argentina Comunicación.

Di Marco, G. (2003). *Las relaciones familiares, del autoritarismo a la democratización*. Ediciones UNICEF, Universidad de San Martín, Argentina: Autor.

Foucault, M. (2000). *Estrategias del poder*. Editorial Paidós, España. Autor.

Gostin, L., Gable, L. (2004) *The human rights of persons with mental disabilities: A global perspective on the application of human rights principles to mental health*. 63 MD. L. Rev. 20-121 This paper can be downloaded without charge from: Scholarly Commons: Obtenido el 12 de diciembre de 2017 de la base de datos <http://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/98/> SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1435443>

INADI (2005): *Hacia un Plan Nacional contra la Discriminación. La discriminación en Argentina. Diagnóstico y Propuestas*. Argentina. Comunicación.

Hendriks, A. (1995) *The significance of equality and non-discrimination for the protection of the rights and dignity of disabled persons* en Degener, T., y Koster-Dreese, Y. (Eds.), *Human Rights and Disabled Persons*, Martinus Nijhoff, Dordrecht/Boston/Londres.

Martinus Nijhoff. Higgins, R. (1996)

Kraut, A. J. (2006). *Salud Mental. Tutela Jurídica*. Rubinzal-Culzoni, Argentina: Autor.

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

Minkowitz T. (2008). *Implementación de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en Latinoamérica: Asociaciones, Estrategias y Acción*. Presentación realizada en la Conferencia Regional de Rehabilitación Internacional Celebrada en la ciudad de México los días 15 y 16 de abril de 2008.

Montero, M. (2003), *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Editorial Paidós, Argentina: Autor.

OMS (2001), *Proyecto de política de salud mental: paquete de orientación sobre política y servicios, resumen Analítico*. Obtenido el 11 de diciembre de 2017 en: http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf

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

Palacios Zuloaga, P. (2005). *Las Convenciones Internacionales de Derechos Humanos y la Perspectiva de Género*. Chile: Autor.

Perrot (2002). *Las mujeres y los silencios de la historia en Academia Universal de las Culturas Por qué recordar*, (pp. 55-60) Editorial Granica, Barcelona.

Quinn G. y Degener T. (2002). *Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*, ONU [Organización de las Naciones Unidas], Nueva York y Ginebra. Obtenido el 2 de diciembre de 2017 en:
<http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/614>

Rosenthal, E. y Sundram, C. J. (2003). *International Human Rights and Mental Health Legislation*. Obtenido el 3 de diciembre de 2010 en
<http://www.bazelon.org/legal/resources/internationallaw.pdf>

Section Women's Disabilities, Radio Internacional Feminista, Organización Mundial de Personas con discapacidad. Obtenido el 12 de diciembre de 2017 en:
<http://www.radiofeminista.net/dic06/notas/discapacidad.htm>.

Ulloa, F. (1995), *Cultura de la mortificación y proceso de manicomialización: una reactualización de las neurosis actuales en La clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Editorial Paidós, Argentina.

Veitz, T. *Salud Mental y tutelaje, otro matrimonio mal avenido*. Obtenido el 23 de noviembre de 2017 en:
<http://www.agendadelasmujeres.com.ar>.

Notas

¹ Se utilizarán indistintamente los términos “personas usuarias de los servicios de salud mental”, “personas con discapacidad mental” o “personas con discapacidad psicosocial”. En tal sentido, se han contemplado los estándares internacionales en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad y la actual discusión de este grupo en torno a cómo autodenominarse. Estos términos también incluyen a personas que puedan estar sujetas a discriminación basándose en la percepción de que tienen una enfermedad o un historial previo de discapacidad mental.

² Algunas definiciones conceptuales:

Con el término “*institucionalización*”, usualmente se hace referencia a la situación de las personas (en nuestro caso personas con discapacidades psicosociales) que se encuentran en establecimientos institucionales de características totales, es decir que se organizan de acuerdo a un modelo asilar, custodial y de control social (por ejemplo, un hospital neuropsiquiátrico, una cárcel). Cabe aclarar que la problemática relativa a la “*institucionalización*” abarca tanto lo que sucede dentro de los “muros” de las instituciones como en la comunidad de la que éstas son parte.

Asimismo, la *manicomialización* hace referencia a la supresión de la posibilidad de que las personas que se encuentran en los manicomios se manifiesten como individuos pensantes, como sujetos portadores de derecho y donde lo cotidiano es el maltrato y el no reconocimiento de su dignidad (Ulloa, 1995).

Respecto de la definición de *discapacidad*, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece (...) las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

En cuanto al concepto de *discapacidad mental*, también tomará en consideración la opción de los reconocidos expertos internacionales en

salud mental y derechos humanos, Rosenthal y Sundram: se utilizará entonces la terminología “*discapacidades mentales*” en un sentido amplio, incluyendo así tanto a las personas con un diagnóstico de enfermedad o de desorden mental, como a las personas que no tienen un diagnóstico de enfermedad o de desorden mental pero que son así percibidas por las autoridades médicas o por otros integrantes de la sociedad (esto último, en razón de que muchas personas son discriminadas con razón de tal percepción, y con motivo de lograr que la legislación ideada a los efectos que nos ocupan otorgue protección también ante estas situaciones -en otras palabras: de hecho la discriminación es la misma con diagnóstico o sin él-) (Rosenthal y Sundram, 2003, p.1).

Referido al uso del término “*paciente/s*”, debe señalarse que el mismo es un término controvertido. Según Rosenthal y Sundram, cuando los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas 46/119, de 17 de diciembre de 1991; en adelante, los Principios) hacen referencia a “*pacientes*” y no a “*personas*”, esto sugiere que los derechos de las personas con discapacidades mentales son un producto de su estatus médico antes que de su valor inherente como seres humanos (Rosenthal y Sundram, 2003, ob. cit., p. 7).

³ CELS, El castigo del “*inimputable*”. Unidades penales del Borda y del Moyano, publicado en el diario Página 12, 15/12/2005.

⁴ CELS, El castigo del “*inimputable*”. Unidades penales del Borda y del Moyano, publicado en el diario Página 12, 15/12/2005.

⁵ La Nación, 30 de abril de 2007, “*Siguen las deficiencias en el Moyano*”, noticia disponible en la página en Internet de este diario: <http://www.lanacion.com.ar>.

⁶ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General N° 3, supra nota 25, parág. 16.

⁷ parág. 16.

⁸ parág. 4.

⁹ Psicóloga, profesora adjunta de Estudios de Género de la Facultad de Psicología de la UBA, residente del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano entre 1990 y 1994 y a cargo de la Cátedra de Psiquiatría Social del Curso Superior de Especialistas en Psiquiatría del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano entre 1995 y 2000.

¹⁰ Directora del Posgrado de Ginecopsiquiatría de la Universidad Favaloro y creadora del Capítulo Salud Mental de la Mujer de la Asociación de Psiquiatras Argentinos.

¹¹ Psicoanalista, coordinadora del Foro del Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires y Profesora a cargo de la Materia Psicología III del Curso Superior de Especialistas Universitarios en Psiquiatría en el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano.

¹² Escribir una historia de las mujeres, señala Perrot (2002, p. 58), supone tomarlas como protagonistas de su propio destino, atribuir a la relación entre los sexos una cierta gravitación sobre los acontecimientos [...] El feminismo [...] hasta fecha reciente, no era considerado como un movimiento social.

¹³ Ley N° 27.044 (BO N° 33.035 del 22/12/2014)

¹⁴ Carta de Opinión Legal sobre el artículo 12 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Disponible en: http://redlamyc.info/Comunicaciones_Region/Correos%20Varios/Archivos%20adjuntos/2008_04_27_Art_12_Carta%20Expertos%20del%20Caucus.doc

¹⁵ Con la noción de *empowerment* hacemos referencia al proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (Montero, 2003, p. 72). Lo cual supone intervenciones que

apunten al fortalecimiento de la sociedad civil, para que ésta desarrolle una clara conciencia de sus derechos y sus deberes ciudadanos. Podríamos completar el concepto señalando que se tratará de un colectivo que intentará poner abiertamente en tela de juicio su propia ley de existencia, su propio orden dado.

¹⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, LC/L.3697, 5 de septiembre de 2013, online: Comisión Económica para América Latina y el Caribe <http://bit.ly/1z2ulqM>.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, citado por Alice Miller, Sexualidad y Derechos Humanos. Documento de reflexión [Sexualidad y Derechos Humanos] (Ginebra: Consejo Internacional de Políticas en Derechos Humanos, 2010), online: Consejo Internacional de Políticas en Derechos Humanos <http://bit.ly/2hKDuRD>, pps. 9 y 10.

¹⁸ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas, Programa de Acción, Capítulo VII, Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, 1994, online: Naciones Unidas <http://bit.ly/1IpoDi7>, parág. 7.3

¹⁹ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha identificado el artículo 11 (2), el artículo 17 (2) y el artículo 29 (b) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, como las fuentes de los derechos a la vida privada, la autonomía reproductiva y a fundar una familia y, en consecuencia, las fuentes de la prohibición de restricciones desproporcionadas e innecesarias, de iure o de facto, para ejercer las decisiones reproductivas que corresponden a cada individuo.

²⁰ MESECVI, Declaración sobre la Violencia, supra nota 9. Adicionalmente, el Protocolo de San Salvador determinó que toda persona tiene el derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Asimismo, los Estados Parte se comprometieron a reconocer la salud como un bien público y, particularmente, a adoptar medidas específicas para garantizar este derecho sin discriminación alguna. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha declarado que no es posible que las mujeres

puedan llegar a disfrutar plenamente de sus derechos humanos sin el acceso comprensivo a los servicios de salud, así como a la información y educación respectiva, para que de esta manera puedan tomar decisiones libres, informadas y responsables con respecto a la reproducción, incluyendo la planificación familiar (Centro de Derechos Reproductivos, 2015). Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe No 21/07, Petición 161/02, Solución amistosa, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto (Méx.) (9 mar. 2007).

²¹ MESECVI, Declaración sobre la Violencia, supra nota 9.

²² MESECVI, Declaración sobre la Violencia, supra nota 9.

²³ CDPD, Preámbulo, inciso c).

²⁴ CDPD, artículo 23, inciso 1.b).

²⁵ "Los Estados partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: ... e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos." CEDAW, artículo 16, inciso e.

²⁶ Artículo 23, inciso 1.c).

²⁷ También cabe mencionar el Programa Nacional de Educación Sexual Integral. A partir de la sanción de la Ley 26.150 del año 2006, que crea este Programa Nacional, y de la aprobación de los Lineamientos Curriculares de Educación Sexual Integral (ESI) los y las docentes de nuestro país tienen la responsabilidad y a la vez, la oportunidad, de enseñar educación sexual a nuestros niños, niñas y jóvenes. Disponible en: http://www.me.gov.ar/me_prog/esi.html Asimismo, puede destacarse que Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (Disponible en: [*protocolo_ile_octubre%202016.pdf*\), que entre sus objetivos determina 1\) la necesidad de promover en todo el país el derecho que tienen mujeres, niñas y adolescentes y toda persona con capacidad de llevar adelante una gestación, de acceder a la interrupción legal del embarazo \(ILE\) cuando este se encuadre en las causales previstas por el sistema normativo del país. 2\) Determina que se debe dar cumplimiento a la Ley 2.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable \(PNSSyPR\). 3\) También establece que todo el personal efector de salud \(incluyendo el administrativo y de seguridad\) es responsable de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo cuando a\) este ponga en riesgo la vida o b\) la salud de la persona o c\) cuando sea producto de una violación o d\) cuando sea producto de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental. 4\) Dictamina que se debe garantizar el derecho a la salud sin incurrir en discriminación alguna, sin ninguna distinción relativa a su identidad de género ni a las prácticas sexuales que pudiera llevar a cabo. Finalmente, reconoce el derecho a que las personas con discapacidad que no han recibido una sentencia de restricción a la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud, deben ser tenidas como capaces en el sistema de salud. De esta forma podrán consentir de forma autónoma utilizando o no un sistema de apoyo voluntario y de confianza en los términos que lo deseen \(CCyC – Título I Capítulo 2, Sección 3ra: principalmente artículos 31 y 32\). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-</p>
</div>
<div data-bbox=)