

Integralidad **8** sobre ruedas



Vol. 8, n.º 1
Montevideo,
diciembre, 2022
E-ISSN: 2697-3197
ISSN: 2301-0614

Discapacidad y salud sexual y reproductiva: sensibilización y capacitación a equipos de salud en Uruguay

Julia Córdoba,¹ Carolina Farías,² Eugenia Barbosa,³ Valentina Delgado,⁴ Fiorella Buzzeta⁵

RECIBIDO: 14/3/2022; ACEPTADO: 14/7/2022

DOI: <https://doi.org/10.37125/ISR.8.1.6>

Resumen

En el marco del proyecto «El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad», coordinado por distintos organismos internacionales se desarrolló un proceso de sensibilización y capacitación sobre discapacidad y salud sexual y reproductiva (SSR) a equipos técnicos, gestores y personal administrativo de los prestadores públicos y privados de salud de Uruguay.

El equipo encargado de la intervención, llevada adelante entre mayo y noviembre de 2019, integrado por personas con y sin discapacidad, está conformado por profesionales del área de la salud y una integrante de una organización de la sociedad civil vinculada a la discapacidad.

El cronograma de trabajo incluyó cuatro talleres en distintas ciudades del país en los que participaron más de 230 personas. Se abordaron, a través de exposiciones conceptuales, viñetas clínicas e instancias plenarias de discusión, los siguientes contenidos: a) perspectiva de derechos humanos como marco de acción, b) la discapacidad desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) (OMS, 2001), c) conceptualización básica de SSR, d) marco normativo uruguayo, e) interseccionalidad, e) herramientas para la acción en relación con la SSR de las personas en situación de discapacidad en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay.

- 1 Programa Discapacidad y Calidad de Vida, Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de la República (Udelar). jcordoba@psico.edu.uy
- 2 Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades, Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Udelar. cfarias@psico.edu.uy
- 3 Programa Discapacidad y Calidad de Vida, Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, Facultad de Psicología, Udelar. meugenia.bar@psico.edu.uy
- 4 Departamento de Educación Física y Salud, Instituto Superior Educación Física, Udelar. delgado.vale@gmail.com
- 5 Integrante de Movimiento Vida Independiente. fiorebuzzeta@gmail.com

De lo surgido en los talleres se resaltan las siguientes dimensiones: (i) existe escasa información por parte de todos los actores sobre aspectos legislativos en materia de discapacidad y la posibilidad de ajustes razonables y diseño universal, (ii) las dificultades encontradas se vinculan a dos grandes aspectos: primero, a que las personas en situación de discapacidad no consultan sobre su SSR y, segundo, a que las barreras comunicacionales, actitudinales y edilicias para el acceso al servicio son determinantes para garantizar una atención de SSR para esta población, (iii) las diferentes interacciones y responsabilidades que tienen los actores de un centro de salud (administrativo, técnicos, gestores) dificultan la consideración de prioridades a la hora de garantizar el acceso de las personas en situación de discapacidad.

Palabras claves: discapacidad; salud sexual y reproductiva; equipos de salud

Introducción

El objetivo de este trabajo es presentar el análisis y las reflexiones de una intervención dirigida a equipos de salud en el marco del proyecto «El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad» en Uruguay (coordinado por la Oficina de la Coordinadora Residente de las Naciones Unidas en Uruguay y el Estado uruguayo).⁶ En este marco se desarrollaron talleres sobre el «Acceso universal a servicios de salud inclusivos y de calidad»⁷ en diferentes regiones del Uruguay, con especial énfasis en los derechos sexuales y reproductivos de las personas en situación de discapacidad, con una perspectiva de género y derechos humanos.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define a la *discapacidad* como aquella situación que «... resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás» (ONU, 2006).

Desde esta perspectiva no son solo las deficiencias —condiciones de salud física, sensorial o mental-cognitiva— las que determinan que una persona con discapacidad acceda o no a la atención de su salud, sino que los factores contextuales (familia,

6 Por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en Uruguay participaron ONU Mujeres, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Por el Estado uruguayo, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI), el Banco de Previsión Social, el Ministerio de Desarrollo Social con sus secretarías del Programa Nacional de Discapacidad (Pronadis), el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud Pública (MSP). Por la sociedad civil participó la Alianza de Organizaciones por los Derechos de las Personas con Discapacidad en Uruguay.

7 Este componente en particular estuvo a cargo de la Facultad de Psicología a través del Instituto de Psicología de la Salud (Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva) y el Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología (Programa Discapacidad y Calidad de Vida), con la colaboración de docentes del Instituto Superior de Educación Física y de la Facultad de Medicina. Asimismo, fue financiado en su totalidad por la OPS.

comunidad, ciudad) son un agente importante para la presencia o no de esta relación negativa (OMS, 2001).

Se entiende que es una *situación* ya que al modificar alguno de estos agentes (condición de salud, factores contextuales, factores personales) la relación negativa puede revertirse o disminuir su impacto y generar menor dificultad, tanto en las actividades de la vida diaria como en la participación de la persona (Amate y Vásquez, 2006).

Para esto, es fundamental que las intervenciones vinculadas a la salud (promoción, prevención y rehabilitación) se planifiquen centradas en la persona (López, Marín y De la Parte, 2004), de forma tal que la persona en situación de discapacidad y las familias o referentes, tomen decisiones en la implementación del abordaje de su salud (Brogna, 2009).

Cuando se habla de la atención de la salud, es importante aclarar que se parte de una concepción de salud que no se reduce a la ausencia de enfermedad y que contempla dimensiones históricas, sociales y culturales en la forma en que el binomio salud/enfermedad es construido (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

En el ámbito de la salud persiste la visión patologizante de las personas en situación de discapacidad, haciendo foco, principalmente, en su deficiencia, con una tendencia a homogeneizar las situaciones de discapacidad, así como los tipos de apoyos requeridos por cada persona, que son variados y están atravesados por dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales, políticas y subjetivas (Rojas Merello, Verdugo Labbe y Troncoso Melo, 2017). Surge la necesidad entonces de promover la generación de equipos de salud que apoyen, orienten y ofrezcan un acompañamiento oportuno y ajustado a cada situación (Ayuso Mateos, Nieto Moreno, Sánchez Moreno y Vázquez Barquero, 2006; Franco Giraldo, 2015).

Cuando se especifica, aún más, en la atención de la salud sexual y reproductiva (SSR) de las personas en situación de discapacidad es común la (re)producción de discursos por parte de algunos actores sociales (familia, servicios de salud, centros educativos, medios de comunicación) que hacen referencia a la condición asexual, a la condición infantil y a la imposibilidad de tener una vida afectivo-sexual placentera y responsable (Mattioli, 2012), generando así formas de violencias de género específicas en personas en situación de discapacidad que se suman a otras, frecuentes en los ámbitos intrafamiliar, institucional, comunitario y mediático. En este sentido el concepto de accesibilidad es un concepto potente, así como el de ajustes razonables, para generar cambios que permitan la eliminación de este tipo de situaciones (De Asis, 2015).

Para comprender las experiencias relativas a la vida sexual de las personas en situación de discapacidad, es importante tener presente la categoría de género. Por género se entiende al conjunto de características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, asignados diferenciadamente a las personas, en función de su sexo asignado al nacer. A su vez, se trata de una construcción sociocultural que establece también, pautas de relacionamiento y ejercicio de poder diferenciado para varones y

mujeres (De Barbieri, 1996; Scott, 1996; Lamas, 1999). El género, así como la discapacidad, no es solo una categoría social o analítica, sino que también es relacional y coexiste con desigualdades intergeneracionales e intrageneracionales. Asimismo, son determinantes sociales de la salud y, por lo tanto, dialogan con características demográficas y otros atributos estructurales como, por ejemplo, la edad, la clase social, la etnia/raza, la nacionalidad y con otras variables como la orientación sexual o la identidad de género (Fariás Rodríguez *et al.*, 2021). La identidad generacional no es estanca, se construye a medida que la persona se desarrolla. Esta construcción podrá estar más cerca o más lejos de los modelos hegemónicos del ser varón y el ser mujer, dependiendo del contexto y las circunstancias propias de cada uno (López, Forrissi y Gelpi, 2015).

A su vez, sexualidad y género son una articulación ineludible; encontrándose la primera en constante construcción y transformación. La sexualidad está atravesada por una o varias motivaciones que se vinculan con los siguientes fines: el reproductivo y el erótico placentero. Esto se encuentra condicionado a su vez por lo que cada sociedad define como permitido y prohibido, público y privado, reglas que estructuran la organización de la sociedad, lo que es tanto fuente de placer como de angustia. Sin embargo, esta angustia no debería ser generada por la falta de garantías a la hora de ejercer sus derechos (López *et al.*, 2015).

Al profundizar, se entiende que la salud sexual es el proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad; se evidencia en las relaciones libres, responsables y consensuadas, que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social y no simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad o malestar. Para poder mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas. Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor (López *et al.*, 2015).

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son una invención reciente (Correa, 2003) dentro de los que se engloban una serie de derechos como la planificación familiar, la salud integral, el placer sexual, entre otros.

Es trascendente entender que las situaciones de discapacidad dialogan con otras identidades, vulnerabilidades y desigualdades sociales que, desde un análisis interseccional, tienen múltiples identidades sociales que producen privilegios y opresiones (Barnes, 2010; Martínez Ríos, 2013).

Los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad se han configurado recientemente como una demanda de los movimientos sociales, porque, en general, históricamente ha existido un tabú con relación a la sexualidad de las personas en situación de discapacidad, sin importar la orientación sexual o la identidad de género de los sujetos. A este abordaje se le suman una serie de preceptos negativos asignados al colectivo de personas con discapacidad, como por

ejemplo: ser asexuados, «infantiles» y sin capacidad para el ejercicio de la maternidad y la paternidad (Mattoli, Domínguez y Sosa, 2011). Esta adjudicación por parte de la sociedad obstruye el reconocimiento de las personas con discapacidad en tanto sujetos sexuados y sujetos de derechos, lo que supone una contradicción, que es la de pretender renunciar a la sexualidad aunque sea inherente a la condición humana y, por lo tanto, a su pleno goce (Villarreal López y Smith Castro, 2018).

La edad, al igual que el género, es un factor que condiciona socialmente la forma en que las personas nacen, se desarrollan, envejecen y mueren, en un tiempo y un espacio determinados (Tamayo, Besoain y Rebolledo, 2018). En ese sentido, es importante sumar la perspectiva por ciclo de vida para abordar las necesidades de las personas en situación de discapacidad, sabiendo identificar las demandas específicas para responder con las herramientas adecuadas (Kuh, Ben Shlomo, Lynch, Hallqvist y Power, 2003). De esta manera se promueve el ejercicio de la sexualidad activa teniendo en consideración las posibilidades materiales y existenciales para que esta se produzca.

El alcance de este problema es significativo, dado que, según los datos oficiales disponibles, mientras en 2006 las personas en situación de discapacidad en Uruguay representaban entre el 7 % y 10 % de la población (INE, 2006), a 2011, las personas que tenían al menos una limitación estaban en torno al 16 % de la población total (INE, 2012).

Uruguay: un país políticamente correcto

En Uruguay, en el transcurso del siglo xx se avanzó respecto al marco normativo que legisla y dictamina la protección de la ciudadanía en términos de salud, equiparación de oportunidades, inclusión y respeto por la diversidad. Es así que se contempla la cobertura de salud de todos los habitantes del país, estableciéndose como un derecho al entrar en vigencia en 2008 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través de la Ley n.º 18.211 (Uruguay, 2007). El primer nivel de atención —nivel priorizado por el SNIS— es el contacto inicial que los usuarios tienen con el sistema sanitario, por lo que tiene la potencialidad de ser una puerta de entrada al sistema (facilitador) o un espacio de expulsión (barrera) que un usuario pueda tener que enfrentar. Es por esto que se insiste en la idea de que *cobertura* no es igual a *acceso* (Vignolo *et al.*, 2011).

En el mismo año, se ratifica en nuestro país la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), en la que se consignan aspectos vinculados a la salud, obligando a los Estados parte a tomar medidas para asegurar su acceso y calidad en igualdad de condiciones con las demás personas.

La Ley n.º 18.335, Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud (Uruguay, 2008a) prevé expresamente que todos los usuarios de salud tienen derecho a un trato igualitario y sin discriminación.

La Ley n.º 18.426, sobre Salud Sexual y Reproductiva (Uruguay, 2008b), su reglamentación y la implementación de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva en 2008, y la promulgación de la Ley n.º 18.651, Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad (Uruguay, 2010), son el respaldo normativo específico que funciona como garantía para exigir el derecho de esta población a su atención médica, educación, rehabilitación física, psíquica, social, entre otras. Todas estas iniciativas propiciaron la producción, en 2012, de una guía específica sobre la SSR de las personas en situación de discapacidad. Como último hito normativo, en 2018 se promulgó la Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género, Ley n.º 19.580 (Uruguay, 2017).

Es decir, en términos normativos, Uruguay tiene un excelente marco para dar garantía a la satisfacción de los derechos de las personas en situación de discapacidad, específicamente a la atención integral de su salud.

Hay dos espacios en la sociedad civil que generaron el contexto propicio para desplegar este proyecto, la Alianza de Organizaciones por los Derechos de las Personas con Discapacidad del Uruguay (2016) y el Movimiento de Vida Independiente. La primera surge en el contexto de la elaboración del Informe Alternativo al Informe País de Uruguay a la ONU en el marco del cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). El segundo surge formalmente en setiembre de 2018 con el fin de generar asesoramiento tanto a personas que se encuentran en situación de discapacidad, así como a instituciones que trabajan con estas situaciones en el ámbito de la rehabilitación. Este asesoramiento se produce con base en la experiencia de las personas que forman parte del movimiento, en cuanto a la adaptación de la persona a esta nueva situación, temas vinculados a la sexualidad, cuestiones legales, promoción de autonomía, y la contención, tanto personal como familiar. Ponen de relieve la importancia de la figura del consultor y pretende ser un movimiento complementario a otros recursos que existen y que surjan en el ámbito de la rehabilitación.

Pese a los avances normativos nacionales antes descritos existe una brecha social entre la legalidad y la legitimidad, la cual opera en distintas escalas e impacta en la posibilidad real de que las personas en situación de discapacidad puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos en igualdad de condiciones que el resto de la población (Villarreal López y Smith Castro, 2018). Esta tensión se centra entre la cobertura de salud y el acceso a la salud (Jiménez Lara, 2010; Belzunegui Eraso y Puig Andreu, 2017; Gómez Perea, Pasos Revelo, González Rojas y Arrivillaga, 2018; Gómez Rúa *et al.*, 2018).

En este sentido, el *Informe mundial sobre la discapacidad 2011* (OMS, 2011) plantea entre sus recomendaciones la mejora de la capacidad de los recursos humanos y pone especial énfasis en los trabajadores del primer nivel de atención, generando equipos con formación específica.

Los conceptos de accesibilidad universal y ajustes razonables contribuyen a visibilizar cuáles deben ser las modificaciones para garantizar estos derechos en términos edilicios, arquitectónicos, actitudinales y comunicacionales (Pérez Bueno, 2016).

El abordar la salud de las personas con discapacidad desde esta mirada más compleja depende de la formación de los funcionarios técnicos y administrativos de la salud, así como de los marcos normativos y protocolos con los que estos puedan contar como son los consentimientos informados, los protocolos de actuación para dar respuestas específicas y derivar, guías y manuales sistematizados, así como programas, políticas de estado y regulaciones que permitan su desarrollo (Rudolf, Bagnato, Güida y Rodríguez, 2009; Farías Rodríguez *et al.*, 2021).

Por lo dicho anteriormente, la elección de trabajar de manera interdisciplinaria e integral la salud de las personas en situación de discapacidad surge de las formaciones, posibilidades y voluntades que los equipos de salud creen y tengan, y se basa en la resignificación de la discapacidad, lo que lugar a una perspectiva despojada de miradas patologizantes, considerando a las personas con discapacidad como sujetos sociales y culturales con derechos (incluyendo los sexuales y reproductivos) (Pérez Bueno, 2016).

Objetivos de la propuesta de intervención

Por lo anteriormente expuesto, es que nos planteamos como objetivo capacitar en discapacidad y SSR a equipos de salud con tareas gerenciales, administrativas o asistenciales. Esta meta, a su vez intentará: i) identificar principales dificultades de los equipos para garantizar el acceso a la salud a las personas en situación de discapacidad y ii) reflexionar sobre prejuicios y desinformación sobre la discapacidad y la salud sexual y reproductiva con base en la conceptualización actual y el marco normativo de las temáticas mencionadas.

Materiales y métodos

Para alcanzar los objetivos propuestos, se llevaron adelante cuatro talleres con equipos de salud de todos los prestadores de salud del país (públicos y privados) desarrollados en los departamentos de Montevideo, Lavalleja, Río Negro y Salto. La representación de estos equipos estaba integrada por trabajadores/as que, por ejemplo, cumplen tareas de asistencia directa, administrativas y gerenciales.

Se contó con intérpretes en lengua de señas uruguaya (LSU) así como material adaptado y espacios accesibles de manera tal que se pudiera garantizar la participación de todas las personas.

Cada taller se diseñó en dos partes: una teórica-expositiva, donde los responsables desarrollaron los conceptos de discapacidad, salud sexual y reproductiva, género,

violencia, y una segunda instancia práctica-reflexiva a partir del trabajo en grupos con viñetas de situaciones basadas en el contexto nacional.

Resultados

La metodología utilizada en esta experiencia se describe de forma exhaustiva en un artículo anterior (Farías Rodríguez *et al.*, 2021) publicado por este mismo equipo. Los resultados que aquí se presentan refieren a las dimensiones de análisis construidas a partir de lo intercambiado en las instancias de taller. En cada encuentro se presentaron viñetas y se solicitaba a los grupos que intentaran determinar, justificando sus respuestas, si se encontraban ante una situación de discapacidad, si identificaban algún problema y qué acciones hubieran desplegado en su lugar. Por último, se les consultaba si, desde los lugares donde estaban insertos laboralmente, podían garantizar la atención a las personas con discapacidad y qué acciones implementarían para poder hacerlo.

Los comentarios aquí presentados son las frases y las reflexiones que surgieron de los/as participantes de los talleres. Se han plasmado en este apartado del trabajo sin modificación y por lo tanto pueden presentar parcialidad en el análisis de algunas de las viñetas o dimensiones.

Situación 1

Joaquín está esperando con su papá que lo atienda el médico que lo conoce desde que nació. Si bien tienen una hora asignada, la consulta está atrasada media hora. Joaquín no tolera esperar y cuando se pone nervioso sube el volumen de su voz y camina por el lugar. Las personas que también están esperando comienzan a ponerse impacientes. La administrativa de la sala se acerca al papá de Joaquín y le ofrece otra hora para consultar. El papá acepta y se retiran de la sala con Joaquín.

En cuanto a la situación presentada, la respuesta de los participantes es diversa. Por un lado, surge la postura de responsabilizar al usuario y la familia, necesitando la necesidad de saber un «diagnóstico» y la dificultad del *niño* para esperar, su impaciencia por el atraso de la consulta. Pero, por otro lado, también se plantea que, si bien existe una situación de discapacidad, se construye como tal debido a la respuesta de la institución que funcionaría como una barrera.

Un emergente común en todos los talleres fue el de interpretar que el protagonista de la situación era un niño, cuando en ningún momento se menciona la edad. Esto demuestra lo que previamente se mencionó sobre la infantilización de las personas en situación de discapacidad sin considerar que, como en este caso, la persona puede requerir de un acompañante.

Por fuera de esta problematización diversa, hay coincidencia en que las barreras presentadas son de tipo actitudinal, ya que son acciones que excluyen al/a la usuario/a

debido a estereotipos, «intolerancia», «impaciencia», «incomprensión», «falta de empatía y respeto al usuario y al padre».

Se observan además barreras institucionales, al depender de la voluntad del funcionario presente, debido a falta de respuesta y protocolo institucional.

Los participantes entienden que el equipo no supo adecuarse a la situación «¿Cómo vive Joaquín esta situación?». No se atiende la necesidad real del usuario observándose, de esta manera, la falta de contención desde la institución y una respuesta que continúa responsabilizando al usuario: un cambio de fecha de consulta a través del cual se vulnera su derecho a recibir la atención pertinente, postergándola. Se resalta entre los participantes como otra dificultad la demora para tener las consultas y su frecuente retraso en el inicio.

Se plantean como propuestas para dar solución a estas situaciones reducir los tiempos de espera, organizar mejor la asignación de números para la consulta, priorizar en consulta a usuarios y usuarias en situación de discapacidad, consultar al familiar acerca de qué opción le queda más cómoda, hablar con el médico para vehiculizar y atender al usuario con la menor demora posible, atención por parte de otro médico que esté disponible en consulta y que tenga la posibilidad de acceder a su historia clínica.

Por otro lado, con relación al ambiente en la sala de espera, se sugiere adecuar el espacio para poder alojar a las personas, generar un espacio recreativo para el tiempo de espera, solicitar tolerancia y respeto a los y las presentes en sala de espera.

Se expresa en todos los casos la necesidad de generar otro tipo de respuesta, que no implique la asignación de otra fecha y se enfatiza en que el equipo debería tener mayor formación e información. Se plantea la importancia de organizarse y capacitar a los funcionarios para poder tener otra disposición ante estas situaciones que se generan a diario.

Situación 2

Laura tiene 24 años. Su hermana, de 16 años, fue al ginecólogo por primera vez y lo que le contó despertó interés en Laura; ella también quiere ir. Si bien cada tres meses va al médico con su mamá, hay preguntas que le dan vergüenza hacer delante de ella y de su médico, que es varón. Laura necesita alguien que sepa Lengua de Señas Uruguaya la acompañe ya que no lee labios. Cuando Laura le cuenta a su hermana esta situación, su hermana se ofrece para hacerle a su ginecólogo las preguntas que Laura no se anima a hacer.

La discusión sobre esta situación se centró en la disminución auditiva que presenta Laura y la dificultad en el acceso a un médico para consultar sobre su SSR debido a las barreras que aparecen: por un lado, las presentadas por su familia (actitudinales) y, por otro lado, la falta de apoyos presentes de parte de la institución.

Visualizan negativamente la infantilización hacia la usuaria por parte de su madre, que tiene un trato diferente entre sus hijas. Manifiestan que la temática de la sexualidad en esta población es un tabú.

Por otra parte, señalan que la hermana de Laura, al ponerse en el lugar de mediadora, genera que la usuaria se vea relegada, al no poder ser ella misma protagonista de sus derechos.

La barrera institucional identificada es la falta de un intérprete de LSU, que genera una barrera en el acceso a la consulta de forma autónoma.

También se reconocen barreras actitudinales desde la familia cuando la sobreprotege, infantiliza y no le da la posibilidad de decidir por ella misma, teniendo en cuenta que la madre se ubica en el rol de mediadora en la consulta, sin reconocer el lugar de Laura como una persona con derechos sexuales por encontrarse en una situación de discapacidad. También se identifican en la figura del médico estas mismas barreras actitudinales, ya que no logra habilitar y propiciar un espacio para que Laura pueda hablar libremente. Los participantes manifiestan la importancia de garantizar a la usuaria el acceso a la salud, para esto surge la necesidad de contar con intérprete en LSU, así como la figura de un mediador para aportar a la comunicación entre el médico y la usuaria, para esto se plantean la consulta con el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) para encontrar la forma temporal de comunicarse con la usuaria.

Un ejemplo para esto último es que se utilice un papel y un lápiz, lo que resolvería la situación solo si la usuaria se encuentra alfabetizada. Por otro lado, se hace énfasis en que la problemática no surge en el momento en que Laura manifiesta que quiere consultar, sino que se viene gestando desde hace tiempo, ya que la usuaria tiene 24 años y hasta el momento no se le ha ofrecido, aparentemente, la consulta con un especialista.

Por este motivo, se plantea la importancia de brindar información, talleres para personas que trabajen con personas con discapacidad (áreas de la salud y sociales), talleres para familias, centrados en la temática de la discapacidad y la SSR.

Situación 3

Antonio y Carmen son pareja desde hace cinco años, están viviendo juntos desde hace dos meses y van a tener un hijo; como se mudaron de casa tuvieron que cambiar de centro de salud para hacer sus consultas y retiro de medicación. Al llegar a la puerta de la policlínica de su zona, a cuatro cuadras de su casa, si bien hay una rampa, sus sillas no pasan por la puerta. El médico los atiende amablemente en una pieza con una entrada alternativa por esta vez, pero les sugiere que la próxima consulta la hagan en un hospital céntrico, donde es seguro que pueden ingresar a las instalaciones.

Los participantes hacen énfasis en la falta de accesibilidad arquitectónica, ya que hay una rampa en la institución, pero no tienen en cuenta otros aspectos como que la persona en la silla pueda acceder al consultorio.

Se identifican dos problemas en la situación, por un lado, la responsabilidad de la institución por sugerir que se atiendan en otro espacio ya que ese no cuenta con las garantías necesarias, y por otro se visualiza que son dos personas en situación de discapacidad que requieren atención a la vez, independientemente de que sean una pareja.

Los participantes plantean propuestas alternativas para dar soluciones posibles, se propone como estrategia provisoria a la solución dar la atención en otra pieza hasta que se haga el cambio de puerta así como capacitar a los funcionarios sobre el trato hacia las personas en situación de discapacidad.

A su vez se plantean que no se contempla la distancia ni otros inconvenientes que pueden tener estas personas (traslado, factores económicos), de tal forma que los usuarios se acomodan a la institución y no a la inversa.

Por último, se sugiere la posibilidad de una interconsulta con un especialista/referente en un lugar que cuente con accesibilidad con el compromiso de referencia y contrarreferencia para un adecuado abordaje familiar.

Situación 4

Federico, de 24 años, reside en Soriano junto con sus padres y hace dos años les manifestó que se siente mujer y que le gustaría llamarse Rosalinda. Tras idas y vueltas, sus padres deciden acompañarle a una consulta médica. En el medio de la consulta, el profesional les dice a sus padres que es imposible que el usuario sepa lo que quiere a causa de su discapacidad intelectual, y les comunica que no apoyará el proceso de reafirmación de género. Federico se retira del servicio de salud sumamente angustiado y sus padres realmente desconcertados.

Nuevamente la discusión se centra en el diagnóstico —o falta de él—; por otro lado, se identifica una barrera actitudinal por la presencia de «una postura inadecuada» de parte del médico que no habilita a Federico a tomar sus propias decisiones de forma autónoma por tener un diagnóstico de discapacidad intelectual. Se considera falta de ética la postura de negar el proceso de reafirmación de género por parte del médico, porque desconoce los derechos del usuario.

Como propuesta se sugiere la necesidad de considerar al usuario como sujeto de derecho, habilitando la toma de decisiones autónoma, y derivarlo a un especialista que le brinde la atención que necesita, a su vez, hacer un abordaje familiar o consultar con un equipo multidisciplinario.

Estas propuestas generaron un nuevo debate, ya que se entiende que se continúa vulnerando el derecho de elección del usuario porque es él quien debe elegir con qué profesional desea atenderse.

Situación 5

Sebastián, de 16 años, reside en Melo junto con su madre y un hermano mayor de edad con consumo problemático de sustancias. Sebastián tiene una discapacidad intelectual. En una consulta con su médico de referencia, Sebastián le plantea que le gustan los varones, pero que está algo confundido. El usuario expresa que amigos de su hermano, cuando su madre no está, ingresan a su dormitorio y mantienen prácticas sexuales con él.

Se visualiza como problema el abuso sexual. Igualmente, se pone el foco en la orientación sexual de Sebastián, así como en el consumo problemático de sustancias del hermano.

Se identifican barreras vinculadas a la comunicación, donde los equipos de salud consideran que el médico debe comunicarse directamente con el paciente.

Cuestionan la falta de intervención en cuanto al acceso a la SSR y señalan la falta de formación como motivo de la omisión.

Identifican como una barrera la falta formación de los médicos para atender situaciones vinculadas a la SSR en la discapacidad.

Las propuestas respecto al abordaje de la situación abarcan utilizar la normativa vigente y los protocolos asociados a estas, como son la valoración del riesgo para confirmar abuso, considerar una medida de protección para el adolescente y la posible derivación a un equipo de violencia que atienda la situación.

A su vez también se plantea el trabajo con los recursos humanos que atienden estas situaciones en los servicios de salud, así como un abordaje no solo con la persona, sino en todo el sistema familiar.

Situación 6

Martina es una adolescente cis de 17 años, autoidentificada como heterosexual, institucionalizada en un hogar de amparo del INAU en el departamento de San José. Hace un mes está saliendo con Tommy, un varón trans de 19 años. Las educadoras deciden consultar con la ginecóloga tratante porque creen que la usuaria no tiene capacidad de comprender qué es ser un varón trans. En consulta, Martina manifiesta sentirse muy cómoda y cuidada por Tommy.

Los equipos de salud no identifican una situación de discapacidad, pero sí una barrera actitudinal con relación al acceso a la SSR, basada en los prejuicios y la poca información y, como consecuencia, se expone a la usuaria.

Las propuestas que surgen para abordar la situación son, por un lado, generar asesoramiento con los cuidados necesarios, por ejemplo, resguardando la intimidad. Por otro lado, se plantea la necesidad de capacitar a los equipos técnicos para que estos luego estén preparados para brindar información a las/os usuarias/os que se encuentren en esta situación, con el objetivo de garantizar los derechos vinculados a la SSR.

Se plantea que es necesario trabajar coordinadamente con otros equipos de forma de generar un abordaje integral de la situación. Asimismo, se resalta que en esta situación, si desde la institución le prohíben ver al joven, esto sería considerado una vulneración a los derechos sexuales de la protagonista.

Situación 7

María tiene un diagnóstico psicológico de discapacidad intelectual leve. Tiene 19 años y vive con sus padres. Tiene pareja no conviviente desde hace unos pocos meses. Luego de unas semanas de haber constatado que no había menstruado se lo comenta a su madre, quien sospecha que María puede estar embarazada. Ante esto lo habla con ella, quien rechaza esa posibilidad y dice que en caso de estar embarazada no quiere tener hijos. La madre pide hora en el servicio de salud en ginecología para hacer la consulta con su hija. Cuando se hacen los estudios clínicos, María cursa un embarazo de 11 semanas. La madre de María quiere que su hija continúe el embarazo y expresa que ella se puede hacer cargo de su nieto. María se niega a eso. ¿Cómo debería proceder el equipo de salud según la ley de interrupción voluntaria del embarazo y considerando la situación de María?

Hay distintas percepciones en cuanto a la situación desde los equipos de salud. La mayoría de los participantes plantean como problema principal el embarazo no deseado, también se considera como problema la actitud de la madre ante este, y la falta en el momento de la consulta de su pareja. En este escenario, la responsabilidad queda por fuera del equipo de salud.

Con relación al acceso a la SSR, se plantea la imposibilidad de decidir de María, no se le permite que tome decisiones con respecto a su cuerpo y su vida, y en ese sentido se identifica la vulneración de derechos, especialmente del conjunto de derechos reproductivos, en lo relativo a la planificación familiar.

Se reflexiona acerca de la tensión entre las normativas existentes respecto a la SSR y las creencias particulares dentro de los equipos de salud; esto podría generar obstáculos en la toma de decisiones y fundamentalmente afectar los derechos de los usuarios.

En las propuestas que plantean los participantes hay consenso en asesorar desde el equipo de salud a María acerca de los pasos a seguir y orientar a la familia en cuanto a su derecho de decidir.

Situación 8

Patricia es una mujer de 28 años que está esperando a su primer hijo. Por complicaciones en el parto deben practicarle una operación cesárea para el nacimiento. Antes de entrar a quirófano y sin avisarle ni a ella ni a su acompañante, le retiran los audífonos por no ser «material estéril». A partir de ese momento Patricia ya no puede interactuar con nadie más en la sala ni saber lo que está pasando.

Los equipos de salud afirman que se trata de una situación de discapacidad, en la que se le impide el uso de una ayuda técnica —el audífono— que compensa su limitación funcional. En este sentido, hay una barrera comunicacional que genera una interacción negativa entre la condición de salud de la persona y el entorno.

También identifican una barrera actitudinal en cómo actúa el médico, manifiestan que hay falta de empatía, que no se pone en el lugar de la paciente y que prioriza el acto quirúrgico y no la situación que atraviesa la usuaria.

Se identifica una barrera comunicacional teniendo en cuenta la importancia de la presencia de intérprete en lengua de señas para compensar esa situación, que debería ser prevista desde la institución.

En referencia al acceso a la SSR, identifican una situación de violencia, falta capacitación e información sobre los derechos que tiene la usuaria, y hay una vulneración de derechos al no tomarse en cuenta la necesidad de audífono, así como al no explicarle a la usuaria lo que va a suceder, dejándola en una posición de ajenidad en relación con su proceso de parto. Los equipos manifiestan la falta de protocolos vinculados a la toma de decisiones cuando se encuentran en estas situaciones.

Plantean que la justificación de la esterilidad del objeto no tiene lugar si entran otros objetos como, por ejemplo, celulares, y no se presentan inconvenientes frente a esos casos.

En cuanto a las propuestas aparecen varias posiciones; algunas manifiestan la necesidad de no sacar el audífono en ningún caso, en otros plantean la necesidad de comunicar a la paciente los pasos previos a la instancia quirúrgica en caso de que sea inevitable retirar el audífono, así como la contención necesaria en ese caso. A su vez consideran la necesidad de evaluar el costo-beneficio de la situación, en este sentido, cuán perjudiciales terminan siendo las consecuencias de este acto para la usuaria y para el equipo de salud.

Conclusiones

Tras los cuatro encuentros se hizo visible la necesidad de los equipos de salud de tener más herramientas para el trabajo con personas en situación de discapacidad, pero también se pudieron constatar fortalezas y saberes acumulados de los equipos que no siempre son socializados.

Los participantes mostraron muy diverso grado de formación y conocimiento sobre las temáticas trabajadas (discapacidad y derechos sexuales y reproductivos). Al comienzo del trabajo grupal, la mayoría de los participantes se autovisualizan como inclusivos en términos de derechos, sin embargo, a lo largo del intercambio lograron reconocer que la dimensión biologicista del tema es lo que surge más fácil y rápidamente como primera respuesta. De todas formas, pudieron abordar las consignas planteadas, trabajando en la identificación de la existencia o no de una situación de discapacidad, la existencia de barreras comunicacionales, actitudinales y arquitectónicas, y en posibles propuestas de acciones superadoras y soluciones alternativas. El trabajo de discusión, tanto en los grupos como en las instancias plenarios, evidenció un corrimiento desde esta dimensión biologicista inicial hacia una perspectiva más integral.

De los que participaron, la mayoría trabaja en el primer nivel de atención, nivel que tiene la característica de ser el más cercano a la población y con énfasis en la prevención de enfermedad y promoción de salud. Sin embargo, esto también generó que, en ocasiones, la posibilidad de proyectar soluciones en términos de accesibilidad se viera dificultada, ya que aparecían «problemas previos» que no podían ser resueltos sin la intervención de los ámbitos de gestión y administración general de los servicios de salud; un ejemplo de esto es cuando se plantea la necesidad de tener camillas accesibles para hacerles el papanicolau a mujeres con discapacidad y lo que plantean los equipos es que las camillas tienen más de treinta años.

Para abordar la SSR de las personas con discapacidad es inevitable que, en el marco de la profundización del SNIS, se desplieguen estrategias de atención integral que contemplen los intereses y las expectativas de los/as usuarios/as.

Es así que para transformar la particularidad de la situación que viven las personas con discapacidad se requieren este tipo de capacitaciones, fundamentales para resignificar estructuras subyacentes en las que se reproducen relaciones de poder y subjetividades colectivas conservadoras.

Entendemos que sería importante recabar en futuras instancias las opiniones de los participantes sobre los beneficios de recibir la capacitación y, sobre todo, si fue posible poner en práctica lo intercambiado en los encuentros. A su vez, dar lugar al surgimiento de nuevas interrogantes y propuestas de capacitación local o específica de cada centro.

Se vuelve fundamental incorporar el relato de las familias acompañando las demandas de las personas con discapacidad ya que el contacto cotidiano con las prácticas saludables sucede en el ámbito privado, intrafamiliar. Las expectativas de las familias y, en especial, de los/as cuidadores/as, si bien no deben primar sobre las expectativas de sus familiares con discapacidad, deben ser consideradas para la promoción de la autonomía y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Se recomienda recabar aspectos como: tensiones entre la teoría y la práctica, vacío de saberes, lo que se desconoce de lo normativo, la interseccionalidad, la especificidad de la discapacidad, la accesibilidad y la inclusión.

Debido a que el tiempo destinado a profundizar en la SSR de las personas en situación de discapacidad se vio disminuido, se sugiere dar continuidad a este proceso de trabajo con capacitaciones centradas estrictamente en esta intersección y que profundicen en el accionar práctico. Por ello se considera importante diseñar estas capacitaciones con más de un encuentro presencial.

Como reflexión final se quiere resaltar la valoración positiva de los/as participantes por haber implementado este tipo de instancias. Se valoró especialmente que se llevara adelante una primera instancia de capacitación, pero que luego se pasara a una instancia de taller, en donde pudieron ensayar los conocimientos adquiridos y sus propias experiencias profesionales. El intercambio directo y fluido con pares (profesionales de la salud, en el primer nivel de atención), pero de distintas procedencias, fue apreciado como muy enriquecedor. Se resaltó como necesario pensar en trabajar con viñetas, ya que daba la posibilidad de la reflexión pausada sobre situaciones cotidianas. Se insistió, sin embargo, en que, para poder lograr un cambio significativo en la atención integral de las personas en situación de discapacidad, se requieren cambios estructurales por parte de los tomadores de decisiones y los ejecutores de la política pública.

Financiamiento

El proyecto fue financiado en su totalidad por el Fondo de las Naciones Unidas sobre Discapacidad en el marco del proyecto «El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad-Uruguay», cuyos actores son UNFPA, OPS-OMS, MSP, ASSE, ONU Mujeres, AUCI, Pronadis.

Referencias

- AMATE, A., y VÁSQUEZ, A. (2006). *Discapacidad: lo que todos debemos saber*. Washington: OPS, OMS. Recuperado de https://conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2019/01/lo_que_todos_debemos_saber.pdf.
- AYUSO MATEOS, J. L., NIETO MORENO, M., SÁNCHEZ MORENO, J., y VÁZQUEZ BARQUERO, J. L. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Revista de Medicina Clínica*, 126(12), 461-466. Recuperado de https://sid.usal.es/idocs/F8/ART13069/clasificacion_internacional_del_funcionamiento.pdf.
- BARNES, C. (2010). Discapacidad, política y pobreza en el contexto del «mundo mayoritario». *Política y Sociedad*, 47(1), 11-25. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3344597>.
- BELZUNEGUI ERASO, A., y PUIG ANDREU, X. (2017). La exclusión social y sus determinantes relacionados con la salud y la discapacidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (36), 183-196. Recuperado de <https://revistas.um.es/areas/article/view/308221>.
- BROGNA, P. (2009). *Visiones y revisiones de la discapacidad*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

- CORREA, S. (2003). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política*. Montevideo: MYSU.
- DE ASIS, R. (2015). Lo razonable en el concepto de ajustes razonables. En E. Salmón y R. Bregaglio, *Nueve conceptos claves para entender la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (pp. 99-118). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/32092.pdf>.
- DE BARBIERI, T. (1996). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. En L. Guzmán y G. Pacheco (Comps.), *Estudios de Derechos Humanos IV* (pp. 33-62). San José de Costa Rica: IIDH.
- FARÍAS RODRÍGUEZ, M. C., CÓRDOBA WOLMAN, J., BARBOSA MOLINA, E., GELPI PEPE, G., CAILLET-BOIS DUVOY, C., LÓPEZ GÓMEZ, A., y BAGNATO NÚÑEZ, M. J. (2021). Abordaje metodológico en salud sexual y reproductiva en situaciones de discapacidad con equipos de salud en Uruguay. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), 261-271. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.14>
- FRANCO GIRALDO, A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 414-424. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11>.
- GÓMEZ PEREA, C.A., PASOS REVELO, L. M., GONZÁLEZ ROJAS, T., y ARRIVILLAGA, M. (2018). Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia). *Salud Uninorte*, 34(2), 276-283. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.34.2.61>.
- GÓMEZ RÚA, N. E., RESTREPO OCHOA D. A., GAÑAN ECHAVARRÍA, J. y CARDONA ARANGO, D. (2018) La discapacidad desde los enfoques de derechos y capacidades y su relación con la salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), p. 1-40. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.dedc>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2006). *Encuesta nacional de gastos e ingresos de los hogares 2005-2006. Metodología y resultados*. Montevideo: INE. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/36026/Encuesta+Nacional+de+Gastos+e+Ingresos+de+los+Hogar+es+2005+-+2006/83d8c75c-a0f7-49d3-b5c1-1cb9548ddfia>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2012). *Censo de población y vivienda*. http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=0624ef71-fooe-44ab-a69c-3eede9d127d5&groupId=10181
- JIMÉNEZ LARA, A. (2010). *Salud pública y discapacidad. Planteamientos y propuestas del sector social de la discapacidad articulado en torno al CERMI ante la futura Ley estatal de Salud Pública*. Madrid: CERMI-Ediciones Cinca. Recuperado de http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3346/Salud_publica_y_discapacidad.pdf?sequence=1.
- KUH, D., BEN SHLOMO, Y., LYNCH, J., HALLQVIST, J., y POWER, C. (2003). Life Course Epidemiology. *J Epidemiol Community Health*, 57(10), 778-783. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.10.778>
- LAMAS, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría «género». *Papeles de Población*, 5(21), 147-178. recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/112/11202105.pdf>
- LÓPEZ, M., MARÍN, A., y DE LA PARTE, J. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de la autodeterminación. *Revista Siglo Cero*, 35(210), 45-55. <http://hdl.handle.net/11181/3093>
- LÓPEZ, P, FORRISI, F, y GELPI, G. (2015). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. Montevideo: UNFPA.
- MARTÍNEZ RÍOS, B. (2013). Pobreza, discapacidad y derechos humanos. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 9-32. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.01.01.01>.
- MATTIOLI, N., DOMÍNGUEZ, M. E., y SOSA, F. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo*. Montevideo:

ONU Mujeres. Recuperado de <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/24018/1/derechos-sexuales-y-reproductivos-de-las-mujeres-con-discapa.pdf>.

- MATTIOLI, N. (Coord.) (2012). *Guías en salud sexual y reproductiva: abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Libro-Discapacidad-SSR-28-11-12.pdf>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la minusvalía*. Madrid: Inmerso.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad 2011*. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ginebra: ONU. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
- PÉREZ BUENO, L. (2016). *Por un espacio sociosanitario inclusivo. Informe Cermin. Déficits, retos y propuestas de mejora*. Madrid: CERMI-Ediciones Cinca. <http://hdl.handle.net/11811/5157>
- ROJAS MERELLO, A., VERDUGO LABBE, C., y TRONCOSO MELO, S. (2017). Servicios de apoyo para la vida independiente desde una perspectiva de derecho, autonomía y calidad de vida. Una experiencia de Senadis. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 1(2), 44-59. Recuperado de <http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/view/55>.
- RUDOLF, S., BAGNATO, M. J., GÜIDA, C., y RODRÍGUEZ, A. (2009). *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la psicología*. Montevideo: Área de Salud de la Facultad de Psicología, Universidad de la República-Fin de Siglo.
- SCOTT, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). Ciudad de México: PUEG, UNAM.
- TAMAYO, M., BESOÁIN, A., y REBOLLEDO, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 96-100. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
- URUGUAY (2007, diciembre 5). Ley n.º 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>.
- URUGUAY (2008a, agosto 15). Ley n.º 18.335: Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>.
- URUGUAY (2008b, diciembre 1). Ley n.º 18.426: Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- URUGUAY (2010, febrero 19). Ley n.º 18.651: Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>.
- URUGUAY (2017, diciembre 22). Ley n.º 19.580: Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>.
- VIGNOLO, J., VACAREZZA, M., ÁLVAREZ, C., y SOSA, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003.
- VILLARREAL LÓPEZ, C., y SMITH CASTRO, P. (2018). Avances y desafíos en el acceso de mujeres con discapacidad a servicios de salud sexual y reproductiva en Perú. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 2(2), pp. 146-168. Recuperado de <http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/view/118>.