

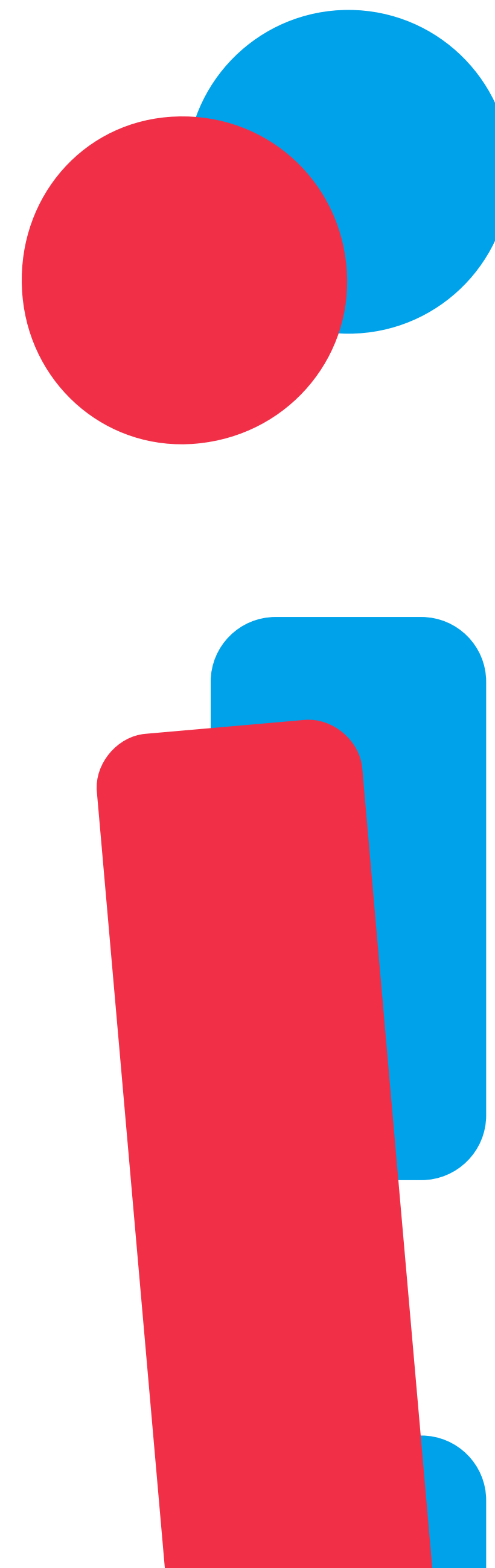
NÚCLEO MILENIO
disca

Sexualidad, reproducción y discapacidad en Chile

INFORME DE RESULTADOS POR LÍNEAS TEMÁTICAS

Cómo citar este texto

Núcleo Milenio DISCA (2026) Informe de resultados por líneas temáticas: Sexualidad, reproducción y discapacidad en Chile. Santiago, Chile.



CONTENIDOS:

1. ¿De qué trata este informe?	3
2. ¿Qué temas fueron investigados?	3
3. ¿Qué encontramos?	4
3.1. Autonomía sexoafectiva	5
3.2. Acceso a derechos reproductivos y sexuales	7
3.3. Experiencias de padres y madres con discapacidad	9
3.4. Derechos de madres y padres con discapacidad	13
3.5. Violencia sexual y ginecobstétrica	16
4. ¿Qué proponemos?	20

1. ¿DE QUÉ TRATA ESTE INFORME?

En Núcleo Milenio DISCA somos un equipo de investigación que busca conocer cómo viven las personas con discapacidad en Chile. Para conocer esto, estudiamos lo que se ha escrito sobre discapacidad, hacemos entrevistas, encuestas, entre otras cosas. Nos importa mucho que las investigaciones sean interesantes para personas con discapacidad y que les puedan servir para mejorar su vida.

En este informe están los resultados de las investigaciones que hicimos en los últimos 3 años (2023 a 2025) en el tema de sexualidad y reproducción de las personas con discapacidad en Chile.

2. ¿QUÉ TEMAS FUERON INVESTIGADOS?

En este informe hablamos sobre:

- **Cómo se permite o se impide a las personas con discapacidad decidir por sí mismas cómo y a quiénes querer y con quiénes vincularse sexualmente; en otras palabras, tener autonomía sexoafectiva.**
- **Cómo pueden las personas con discapacidad ver garantizados sus derechos reproductivos y sexuales.**
- **Cómo se desenvuelven las personas con discapacidad que tienen hijos en diferentes ámbitos de sus vidas.**
- **Qué derechos tienen los padres y madres con discapacidad y cómo se les permite o impide acceder a esta experiencia de vida.**
- **Cómo se ejerce la violencia ginecobstétrica (relacionada con el proceso de tener hijos o decidir no tenerlos) y la violencia sexual hacia las personas con discapacidad.**

3. ¿QUÉ ENCONTRAMOS?



«Esas cosas hemos conversado, pero sí, yo me doy cuenta que ellos se proyectan súper así como pareja, se proyectan de que van a tener hijos. Hablan, a mí me trata de suegra, ella le presentó a sus cuñadas (...) Y la familia nos hemos prestado para acompañar esta amistad que dice ser pololeo».

(Andrea, madre de una hija con discapacidad intelectual de 31-45 años)

3.1. AUTONOMÍA SEXOAFECTIVA

La autonomía sexoafectiva se refiere a la capacidad de decisión de las personas con discapacidad sobre los vínculos que forman con otras personas para tener relaciones de pareja o formar familias. Una persona muy autónoma toma estas decisiones por sí misma y generalmente no requiere mucha asistencia para este tipo de experiencias. La autonomía depende también de que las personas de su entorno no les pongan barreras, sino que más bien formen una red de apoyo apropiado a las necesidades de la persona. La autonomía sexoafectiva puede ser muy distinta en personas con diferentes condiciones. A continuación, presentamos los resultados de diferentes estudios conducidos por nuestros investigadores.

En las personas con discapacidad psicosocial, encontramos que los prejuicios y las presiones sociales afectan sus decisiones sobre tener hijos. Basándonos en entrevistas a jóvenes entre 18 y 35 años, encontramos que el recibir un diagnóstico de salud mental es un momento clave que les genera tanto alivio por entender lo que les pasa, pero también conflicto por el estigma asociado. Las personas entrevistadas internalizan estos prejuicios, lo que genera dudas sobre su capacidad para ser buenos padres o madres y miedo a heredar su condición a sus hijos. Las redes de apoyo, como la familia, amigos y profesionales de la salud, juegan un papel fundamental. Sin embargo, a veces estas redes refuerzan los estigmas en lugar de apoyar, presionando para que tengan hijos o, por el contrario, cuestionando su capacidad para cuidarlos. Frente a esto, las personas desarrollan sus propias estrategias para manejar estos prejuicios en su vida diaria.

Cossio, J., & Carrillo, Á. (2024). Decisiones reproductivas de personas con discapacidad psicosocial: El rol del estigma y las percepciones sociales [Tesis para optar por el título de Licenciatura en Sociología]. Universidad Diego Portales.

Palomer Music, M., Berger Correa, B., Romero Rojas, V., & Lizama, M. (2022). ¿Qué saben de pubertad, relaciones de pareja y reproducción, un grupo de jóvenes chilenos con Síndrome de Down? Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 53(2), 21–39. <https://doi.org/10.14201/scero20225322139>

Las decisiones sobre sexualidad y reproducción se ven afectadas por el conocimiento que tienen las personas con discapacidad en este tema. En un estudio que entrevistó a jóvenes con Síndrome de Down, se encontró que, además de tener ideas equivocadas sobre el inicio de la vida humana y la reproducción, tenían poco conocimiento sobre conceptos básicos como la pubertad y las relaciones de pareja. Las mujeres no habían escuchado la palabra “sexualidad”, mientras que los hombres asociaban el término con “sexo”, “relaciones de pareja”, y “familia”. La mayoría de los participantes recibían su información sobre sexualidad de sus familias.

Becker, J. (2023). “Esta amistad que dice ser pololeo”: Discapacidad intelectual, sexualidad y reproducción. Percepciones de madres y padres de personas con discapacidad intelectual sobre los procesos sexuales y reproductivos de sus hijos e hijas [Tesis para optar al grado de Magíster en Métodos para la Investigación Social]. Universidad Diego Portales.

En otro estudio, que entrevistó a madres y padres, se revela que frecuentemente perciben a sus hijos adultos con discapacidad intelectual como personas con relaciones amorosas más parecidas a una “amistad cariñosa” que a un pololeo de adultos, y se duda mucho de su capacidad para ser padres. Esta visión está muy ligada a qué tan independientes los ven sus

familias en tareas diarias, como tomar transporte público solos o manejar dinero. Si los padres no los ven como autónomos, tampoco les reconocen la capacidad para decidir sobre su sexualidad o paternidad. De parte de los padres y madres existe una preocupación genuina, pero estas ideas pueden llevar a un control excesivo, como decidir por ellos sobre anticonceptivos, lo que limita su libertad.

Por otro lado, buscamos conocer experiencias de personas con discapacidad física que buscaban pareja en aplicaciones de citas como Tinder. Los hallazgos muestran una realidad mixta: si bien estas plataformas les abren una puerta para socializar y formar relaciones que en el mundo presencial a veces se les cierra, también reproducen los mismos prejuicios de la sociedad. Los usuarios relatan que frecuentemente son tratados como si fueran niños, se enfrentan a la curiosidad de quienes los ven como un “fetiche”, o simplemente son rechazados.

Jofré, P., & Pérez, F. (2024). Interacciones Virtuales y Discapacidad Física: Un Estudio Sobre el Uso de Apps de Citas en Chile. [Tesis para optar por el título de Licenciatura en Sociología]. Universidad Diego Portales.

Para navegar esta situación, las personas desarrollan estrategias muy pensadas para manejar cuándo y cómo mostrar su discapacidad en el perfil, usando fotos donde su silla de ruedas o bastón es visible o escribiendo descripciones ingeniosas que les permiten controlar la información y protegerse de la discriminación. Este proceso, aunque estresante, se convierte para muchos en un espacio para reconstruir su identidad y autoestima, desafiando los estereotipos.

«Mayormente tengo fotos en la playa o en bikini. Hace poco empecé a incluir, si te fijas la mayoría de las fotos no están con bastón ni nada, pero empecé a incluir una foto con el carrito, una foto con el bastón. Pero antes no las utilizaba».

(Coco, 28 años, mujer con discapacidad física).

3.2. ACCESO A DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES

Según una encuesta a personas con discapacidad adultas en todo Chile, el 80% de las personas con discapacidad encuestadas señaló haber tenido relaciones sexuales. En cuanto a la edad de inicio, la mayoría (56,3%) indicó que su primera relación sexual ocurrió entre los 18 y 29 años, mientras que un 40,6% señaló haberla tenido entre los 12 y 17 años.

En Chile, las mujeres y niñas enfrentan muchas barreras para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Muchas desconocen la ley que permite el aborto en ciertos casos, los servicios están concentrados en zonas urbanas y los profesionales de salud pueden rehusarse a atender por “objeción de conciencia”.

Núcleo Milenio DISCA. (2026). Informe nacional de resultados de la Encuesta Núcleo Milenio Estudios sobre Discapacidad y Ciudadanía (DISCA).

Rodríguez-Garrido, P., & Yupanqui-Concha, A. (2023). Quinto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile. MILES Chile. https://mileschile.cl/wp-content/uploads/2023/06/V-Informe-Corporacio%CC%81n-Miles_web.pdf

Además, se denuncia que las mujeres con discapacidad tienen aún más obstáculos y discriminación para acceder a servicios reproductivos. En un informe preparado por investigadoras de DISCA, se propone que se enseñe educación sexual integral en todos los niveles educativos, que se capacite al personal de salud para atender sin prejuicios y que se incluyan políticas y programas que realmente consideren las diversidades y realidades de todas las mujeres.

El sistema público es insatisfactorio para varias mujeres con discapacidad que buscan atención en salud sexual y reproductiva. En un estudio con mujeres con discapacidad en la región de Magallanes, ellas indican que hay limitaciones por parte del personal de salud, en el ambiente físico y en la administración. Destacan que sus necesidades no son consideradas durante la interacción con el personal de salud y no se les deja tomar decisiones por sí solas. La discriminación hacia ellas es doble: por ser mujeres, y por tener discapacidad.

Frente a la insuficiencia de los recursos existentes actualmente, hay programas que se han estado diseñando y probando para fomentar el acceso a la información en derechos sexuales y reproductivos. Un estudio del Núcleo DISCA reporta los resultados de la implementación de un programa de Educación Sexual Integral Accesible (ESIADIS) en Punta Arenas, dirigido a adultos y adultas con discapacidad intelectual. La investigación evidencia que, cuando la educación sexual se desarrolla desde principios de accesibilidad cognitiva, enfoque de derechos y participación activa, las personas con discapacidad logran fortalecer su autonomía, su capacidad de nombrar y decidir sobre sus cuerpos, y su ejercicio del consentimiento. Además, se observan transformaciones en conocimientos, actitudes y relaciones interpersonales: las personas pasan del silencio a la expresión autónoma, del aislamiento a la participación colectiva, y de la desinformación a la comprensión práctica de sus derechos sexuales y afectivos.

Mandiola-Godoy, D., Hichins-Arismendi, M., Obilinovic-Rivera, J. P., Chaparro-López, M., & Quinteros-Pino, R. (en prensa). Más allá de los prejuicios: Experiencias y percepciones de personas con discapacidad en torno a una educación sexual integral accesible y anticapacitista desde la Patagonia Chilena.

Hichins-Arismendi, M., & Yupanqui-Concha, A. (2022). Barreras en el acceso a salud sexual y reproductiva: Experiencias de mujeres con discapacidad en el extremo sur de Chile. *Ex Aequo - Revista da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres*, 46. <https://doi.org/10.22355/exaequo.2022.46.06>

3.3. EXPERIENCIAS DE PADRES Y MADRES CON DISCAPACIDAD

Un tema de interés para nosotros ha sido la caracterización de la experiencia de las personas con discapacidad que se convierten en padres o madres, pues había muy poca información disponible.

Respecto a la maternidad y paternidad, un 59,6% de las personas con discapacidad que encuestamos reportó tener hijas o hijos. La distribución muestra que un 16,3% tiene un hijo o hija, un 17,1% tiene dos, y un 15,4% tiene tres. En la mayoría de los casos, el nacimiento del primer hijo o hija ocurrió entre los 18 y 29 años (65,1%). Un 7,4% fue madre o padre durante la adolescencia (12 a 17 años).

Los padres y madres con discapacidad en Chile se enfrentan a vulneraciones de sus derechos sexuales, reproductivos y parentales. Ellos enfrentan enormes barreras para acceder a educación sexual y a servicios de salud, donde son infantilizados, excluidos y maltratados. Las mujeres con discapacidad sufren una violencia particular, incluyendo un alto riesgo de violencia sexual y prácticas como la esterilización forzada, justificadas con ideas erróneas de que no pueden ser buenas madres. Además, persisten discursos que les dicen que no deberían tener hijos por su condición, lo cual se puede considerar eugenésico (es decir, algo que busca evitar la existencia de personas con ciertas características por considerarlas inferiores o que no merecen vivir). Durante la crianza, son constantemente cuestionados, vigilados y sienten el temor real de que el Estado les quite a sus hijos, teniendo que esforzarse el doble para demostrar que son “súper” capaces.

Herrera, F., & Rojas, A. (2024). Sexualidad, reproducción y parentalidad en personas con discapacidad. En Discapacidad en Chile: Una Introducción. Ediciones Universidad Diego Portales. <https://nucleodisca.cl/discapacidad-en-chile-una-introduccion/>

Núcleo Milenio DISCA. (2026). Informe nacional de resultados de la Encuesta Núcleo Milenio Estudios sobre Discapacidad y Ciudadanía (DISCA).

Rojas, A., González, F., & Herrera, F. (en prensa). Constructing a Profile of Disabled Parents: Insights from Chile's National Disability Survey. *Disability and Health Journal*.

Usando datos de la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) de 2022, encontramos que las personas con discapacidad son madres y padres en una proporción muy similar al resto de la población. Esto significa que aproximadamente 1,3 millones de personas con discapacidad en el país están criando hijos, desmontando el mito de que no forman familias. La mayoría de estos padres y madres son mujeres (68,5%) y más de la mitad tiene hijos menores de 25 años, lo que destaca su rol activo en la crianza. Además, se encontró que estas familias enfrentan mayores desafíos socioeconómicos, ya que están sobrerrepresentadas en los grupos de menores ingresos y tienen, en promedio, menos años de educación y empleo.

Herrera, F. (2022). "La mamá soy yo": Experiencias parentales de madres y padres con discapacidad en Chile. *Psicología em Estudo*, 27. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.58850>

En el marco de una investigación cualitativa se realizaron 20 entrevistas en profundidad a madres y padres con discapacidad – auditiva, visual, física e intelectual – en Chile. Se encontró que el entorno social de las personas con discapacidad cuestiona sus posibilidades de ser madres y padres utilizando argumentos eugenésicos y de incapacidad.

«A los 15 años me diagnostican y más menos en ese tiempo me dicen que no podía tener hijos porque no podía traspasar los genes así dañinos a otra persona (...) Esta doctora, reumatóloga, que me dice que no se me podía pasar por la cabeza ser papá porque tenía una enfermedad genética y no podía traer hijos al mundo con una enfermedad... (...) Te remece, te deja ahí clavado pa' siempre, yo me acuerdo hasta el día de hoy de lo que me dijo».

(Rafael, padre con discapacidad física)

Una vez que tienen hijos, la combinación de la sobrevigilancia, la falta de apoyo y las barreras hace que la posición de madres y padres sea muy vulnerable. Madres y padres con discapacidad desarrollan estrategias de resistencia para contrarrestar las visiones negativas sobre la discapacidad y evitar la discriminación, lo que conlleva un trabajo oculto que tiene un alto costo emocional y físico para ellas y ellos. La experiencia, además, permite comprender que no existe una contradicción entre cuidar a otro y necesitar cuidado.

Una experiencia muy común en las familias es acudir juntos al médico. Las entrevistas a padres y madres con discapacidad revelan que, cuando acuden a centros de salud por sus hijos, el personal médico suele ignorarlos o tratarlos mal, centrándose en su discapacidad en lugar de atender al niño que necesita cuidado. Los profesionales de la salud actúan con prejuicios, asumiendo que estas personas no son capaces

de ser buenos padres, lo que lleva a situaciones violentas e invalidantes. Por ejemplo, les hablan a sus acompañantes y no a ellos, dudan de que puedan firmar un consentimiento o, en el caso de una madre sorda, se molestan porque su hijo se comunique en lengua de señas. Alzar la voz o desafiar al personal de salud son reportadas como estrategias de resistencia.

La experiencia de las madres con discapacidad está marcada por la estigmatización, la falta de apoyos, y la vigilancia sobre ellas; en algunos casos, el cuestionamiento social es tan fuerte que las expone al riesgo de perder la custodia por motivo de su condición. Cuando las entrevistamos, encontramos que varias de ellas comprenden la maternidad como un acto de resistencia frente al capacitismo. Esta resistencia, además, nos hace pensar en que la maternidad se puede vivir de múltiples formas.

Herrera, F., Salvo Agoglia, I., Campos Medina, L., & Peralta, C. (2025). 'Five rungs down': Encounters between disabled parents and the medical institution. *Disability & Society*, 40(7), 1832–1852. <https://doi.org/10.1080/09687599.2024.2379335>

Herrera, F. (2025). ¿Vino solita?: Investigando las experiencias de madres con discapacidad. En M. Yopo (Ed.), *Maternidades: Desafíos actuales de género, familia y fertilidad* (Primera edición). Fondo de Cultura Económica.

SEXUALIDAD, REPRODUCCIÓN Y DISCAPACIDAD EN CHILE

Herrera, F., Salvo, I., & Rojas, A. (en prensa). "She takes care of me all the time, and I support her when necessary": Children's perspectives on their caregiving role in relationships with their disabled parents.

La experiencia de los padres y madres con discapacidad demuestra que el cuidado no es unidireccional, sino que los hijos también participan del cuidado de sus padres. Y, según relatan estos niños y niñas en entrevistas, ellos tienen una visión muy positiva de sus familias. Para ellos, la discapacidad de su papá o mamá es solo una característica más, no una tragedia ni una carga. Lejos de sentirse sobrecargados, los niños describen una relación de cuidado mutuo: mientras sus padres los cuidan, protegen y apoyan en su vida diaria como cualquier otro padre, ellos los ayudan en tareas específicas cuando es necesario, como guiarlos o interpretar, siempre respetando su autonomía. La investigación desmiente el estereotipo de que estos niños son "cuidadores" que cargan con una responsabilidad abrumadora, y muestra que, por el contrario, disfrutan de su infancia y sienten admiración por sus padres, a quienes ven como personas capaces y resilientes.

«Mi mamá nunca me sacó de clases para acompañarla a hacer algún trámite, ella siempre hizo sus cosas aparte. Ahora, claro, si yo estaba y había un inconveniente, obviamente yo me metía y me ponía a interpretar, pero nunca como que fue mi responsabilidad, nunca sentí que haya sido mi responsabilidad».

(Carla, 17 años, madre sorda)

3.4. DERECHOS DE MADRES Y PADRES CON DISCAPACIDAD

Ruiz Sánchez, B., & Marshall Barberán, P. (2026). Tratamiento jurídico de la parentalidad de las personas con discapacidad en Chile. *Revista Chilena de Derecho y Ciencia Política*, 17(1), 1–33. <https://doi.org/10.7770/rchdcp-v17n1-art464>

En un estudio, nuestros investigadores muestran que los tribunales ya no ven la discapacidad como una incapacidad para ser buen padre o madre, lo que es un avance importante. Sin embargo, el Estado no está cumpliendo con su deber de ofrecer los apoyos necesarios para que estas personas puedan ejercer su parentalidad en igualdad de condiciones; por ejemplo, no hay programas de habilidades parentales adaptados a sus necesidades, ni ayuda concreta para el cuidado diario de sus hijos. Esto significa que, en la práctica, muchas personas con discapacidad se ven discriminadas de manera indirecta, ya que sin los apoyos adecuados, se les hace muy difícil demostrar que pueden cuidar bien de sus hijos, especialmente en procesos legales complejos como los de adopción.

La literatura internacional evidencia que las mujeres con discapacidad tienen más riesgo de perder la custodia de sus hijos, y en Chile esto también ocurre. Uno de nuestros estudios buscó generar evidencia de esta situación analizando las experiencias de tres madres chilenas con discapacidad que enfrentaron procesos judiciales relacionados con la custodia de sus hijas o hijos (dos de ellas perdieron la custodia). Estas experiencias refuerzan que, si se entregan los apoyos adecuados y se cambia la mirada que discapacita, las madres con discapacidad pueden brindar el cuidado y la crianza que sus hijas e hijos necesitan.

Rodríguez-Garrido, P., Herrera, F., Yupanqui-Concha, A., Rojas, A., & Hichins-Arismendi, M. (2025). Women with disabilities and the loss of custody of their children: “Carers, but not mothers”. *Feminism & Psychology*, 35(2), 246–267. <https://doi.org/10.1177/09593535241294149>

«No tuve apoyo porque cuando fuimos a juicio, que yo no podía hacer las cosas, me trataron de ciega y yo no tuve apoyo. A lo mejor, uno comete errores, pero no era para eso. En todos los juicios que fui casi siempre fue eso. Mi discapacidad siempre me afectó en eso».

(María, madre ciega)

Otro estudio de nuestro equipo analizó el proceso judicial de una familia de cuatro hijos donde ambos padres tienen discapacidad intelectual. Todo comenzó cuando ellos denunciaron una grave vulneración dentro del hogar, pero el sistema terminó cuestionando sus capacidades como padres. Durante años, los informes usaron un lenguaje discriminatorio, los evaluaron con métodos no adaptados a su discapacidad y los separaron de sus hijos, llegando incluso a iniciar un proceso de adopción. Recién cuando una ONG especializada en derechos de personas con discapacidad entró al caso, se aplicaron ajustes como usar lenguaje simple, acompañarlos en las audiencias y adaptar las evaluaciones. Esto permitió demostrar que los padres sí tenían competencias para criar a sus hijos. El tribunal finalmente reconoció que el problema era la falta de apoyos adecuados del sistema, ordenó la reunificación familiar y dejó claro que separar a un niño de sus padres solo por su discapacidad es una discriminación prohibida por la ley.

Hichins Arismendi, M., Rojas, A., Herrera, F., Rebolledo Saavedra, S., Sánchez Leyton, J., Vidal Ramos, C., & Mandiola-Godoy, D. (2025). Cuando la protección judicial excluye: Parentalidad, discapacidad y derechos humanos en disputa. *Palimpsesto*, 15(27), 48–63. <https://doi.org/10.35588/c7qac939>

Rodríguez-Garrido, P., & Pino-Morán, J. A. (2023). Motherhood, disability, and rurality: Decolonising practices and knowledge via the Las Quiscas case in Chile. *Gender & Development*, 31(2-3), 361-381. <https://doi.org/10.1080/13552074.2023.2254570>

En contextos como el chileno, es necesario hacer un foco aún más específico para casos de discriminación por múltiples motivos: además de la discapacidad, evaluar la influencia del género, y el contexto de ruralidad. En uno de nuestros artículos, contamos la historia de María, a quien el Estado le quitó la custodia de sus hijos usando su discapacidad visual como justificación. Esto se considera un acto de violencia institucional. Además, vivir en el campo añade más barreras, como la falta de acceso a servicios de salud especializados y el aislamiento de sus comunidades.

Para contribuir a solucionar esta situación, el equipo de DISCA participó en la formulación de un documento que brinda orientaciones para la maternidad de las mujeres con discapacidad. Está dirigido a los sectores de salud, educación y justicia, y busca que atiendan correctamente a las mujeres con discapacidad que son o quieren ser madres. El foco de las recomendaciones está en eliminar barreras como los malos tratos, la infraestructura inaccesible, los prejuicios respecto a su capacidad de criar. La vía para garantizar los derechos de las mujeres con discapacidad a decidir sobre su sexualidad, a embarazarse, a tener hijos y a criarlos implica proveer ajustes razonables (como contar con intérpretes e información en formatos accesibles), y mantener lazos con las mujeres con discapacidad de la comunidad para escuchar vías de mejora directamente de ellas.

Naciones Unidas, Fundación Dignitem, & SENADIS. (2025). Modelo de Protocolo para la Maternidad de Mujeres con discapacidad. <https://chile.un.org/es/255507-modelo-de-protocolo-para-la-maternidad-de-mujeres-con-discapacidad>

3.5. VIOLENCIA SEXUAL Y GINECOBSTÉTICA

SENADIS. (2023). Diagnóstico sobre maternidad y paternidad inclusiva para personas con discapacidad. Apoyos requeridos en ayudas técnicas, servicios de asistencia y modelos residenciales.

Por otro lado, se proponen dos medidas para apoyar las maternidades y paternidades de personas con discapacidad desde el SENADIS. Primero, se sugiere revisar sus programas para incluir en ellos la formación en derechos sexuales y el apoyo a la crianza, ayudando a las personas a ser más autónomas en su rol de padres o madres. Además, se recomienda trabajar con otros servicios del Estado, como los de salud y los programas de apoyo a la infancia (como “Chile Crece Contigo”), para que también incluyan a las personas con discapacidad. La idea es capacitar a los equipos profesionales para que entreguen información accesible, eliminen los prejuicios y ofrezcan un trato digno y sin discriminación durante el embarazo, parto y crianza. También se propone crear protocolos claros y trabajar en conjunto entre distintas instituciones para que las personas con discapacidad reciban los apoyos necesarios para ejercer su derecho a ser madres y padres.

En un estudio en el que se usó información de entrevistas realizadas entre 2015 y 2020, se relata que las mujeres con discapacidad en Chile sufren múltiples formas de violencia cuando acuden a los servicios de salud. Esta violencia no es solo física, sino también psicológica, sexual, obstétrica (durante el embarazo o parto) e institucional. Incluye prácticas como esterilizaciones forzadas, anticoncepción sin consentimiento, negarles información sobre su salud, tratarlas como niñas, no creerles cuando denuncian un abuso e incluso amenazarlas con quitarles a sus hijos. Todas estas violencias están conectadas por una violencia estructural, es decir, por un sistema que no las protege y que permite que estos abusos ocurran de manera sistemática. Algunas estrategias de resistencia que desarrollaron estas mujeres, en alianza con terapeutas ocupacionales con enfoque feminista, son el activismo, la educación en derechos humanos y la exigencia de políticas públicas que las protejan.

Yupanqui-Concha, A., Arismendi, M. H., & Godoy, D. M. (2022). “Yo fui violentada adentro, estando en un lugar que me tenían que cuidar”: Experiencias de opresión y violencias en contextos de salud hacia mujeres con discapacidad y abordajes desde la terapia ocupacional feminista. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30(spe), e3104. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao238231043>

Yupanqui-Concha, A., Hichins-Arismendi, M., Mandiola-Godoy, D., Rodríguez-Garrido, P., & Rotarou, E. S. (2024). Accessing Sexual and Reproductive Health Services in Chile: Women with Disabilities and Their Experience with Gynaecological and Obstetric Violence. *Sexuality Research and Social Policy*, 21(2), 690–703. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00942-3>

En Chile, las violencias ginecológica y obstétrica se manifiestan de tres formas principales:

- 1) Problemas de comunicación, como no proporcionar intérpretes de lengua de señas o información accesible, lo que impide que estas mujeres entiendan su salud y tomen decisiones informadas.
- 2) La objetificación de sus cuerpos, a través de prácticas como las esterilizaciones forzadas, que se realizan sin su consentimiento o informando de manera insuficiente a sus familias.
- 3) La intimidación y discriminación relacionadas con la maternidad, donde los profesionales de la salud las menosprecian, cuestionan sus capacidades para ser madres e, incluso, llegan a quitarles a sus hijos basándose en prejuicios sobre su discapacidad.

Con estos hallazgos, se demuestra que esta violencia no es algo aislado, sino que ocurre de manera sistemática, lo que genera una atención sanitaria deshumanizante y aumenta la desigualdad.

La violencia gineco-obstétrica en Chile tiene su base en sesgos de género, de raza y de discapacidad que están presentes en la organización del sistema de salud. Esto se expresa en circuitos de atención que desconfían de su capacidad de decidir, en barreras de accesibilidad (físicas, comunicacionales y actitudinales), y en procedimientos que omiten el consentimiento informado accesible, o lo sustituyen por autorizaciones familiares o decisiones médicas “por su bien”. El resultado es una exclusión de facto del derecho a decidir si materner, cuándo y cómo, una exclusión que no ocurre en mujeres sin discapacidad en Chile y que se agrava en situaciones específicas (mujeres indígenas, migrantes, rurales, con discapacidad intelectual o psicosocial), donde el racismo y el clasismo potencian la desprotección. Frente a este diagnóstico, es necesario establecer medidas de prevención en la atención en salud, garantizando su accesibilidad y fomentando el cambio en la manera de pensar del personal a cargo.

Yupanqui-Concha, A., & Aranda-Farías, C. (2025). El derecho a la maternidad: Violencia ginecológica y obstétrica hacia mujeres con discapacidad en Chile. En M. Yopo (Ed.), *Maternidades: Desafíos contemporáneos de género, familia y fertilidad*. Fondo De Cultura Económica.

SEXUALIDAD, REPRODUCCIÓN Y DISCAPACIDAD EN CHILE

Además, se requiere diseñar procedimientos de reparación y garantías de no repetición, como el apoyo psicosocial y legal post-evento, rutas de denuncia simples y protegidas, equipos de enlace en cada servicio y monitoreo con indicadores públicos desagregados de manera interseccional.

La violencia capacitista obstétrica, en específico, implica el maltrato durante el embarazo, el parto y el postparto hacia mujeres con discapacidad, y tiene su origen en la idea de que ellas son seres incapaces de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y su maternidad. Entre las prácticas más comunes de este tipo de violencia están las práctica de cesáreas y esterilizaciones sin consentimiento, la infantilización y el cuestionamiento a su capacidad de cuidado, y la constante amenaza de remoción de custodia de sus hijos. Lejos de ser prácticas aisladas, estos hechos ocurren en todo el mundo, y requieren que las instituciones de salud capaciten a su personal para ofrecer una atención respetuosa, con ajustes razonables y que garantice los derechos sexuales y reproductivos de estas mujeres.

Rodríguez-Garrido, P. (2023). Ableist obstetric violence against women with disabilities: An integrative literature review. *Salud Colectiva*, 19, e4676. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4676>

«Para mí fue un gran impacto. La verdad es que me costaba entender lo que me decía el profesional de la salud. No me entraba en la cabeza, porque tenía una hija de un mes [bebé con síndrome de Down], y me decía que a los 11 años ya debería pensar en la esterilización. Y me dijo que, aunque tenía muy claro que no estaba permitido, había maneras de hacerlo para no perjudicar a nadie. Y me dijo “para no perjudicar a nadie”, y pensé que la única perjudicada era mi hija. Me dijo que se hizo con un diagnóstico de quiste en un ovario, que era muy sencillo y que cuando llegara el momento, lo hablábamos, es decir, como “cero problemas”, para que me quedara tranquila en ese aspecto».

(Mujer con discapacidad física, 54 años, dos hijos)

Yupanqui-Concha, A., Aranda-Farías, C., & Ferrer-Pérez, V. A. (2021). Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad: Elementos que favorecen la continuidad de la práctica de esterilización forzada en Chile. *Revista de Estudios Sociales*, 77, 58–75. <https://doi.org/10.7440/res77.2021.04>

La esterilización forzada es una grave violación a los derechos humanos y una manifestación de violencia gineco-obstétrica. En Chile, esta práctica se suele mantener en secreto, por lo que uno de nuestros estudios buscó dar voz a las experiencias de activistas, profesionales e investigadoras que han sido testigos de ello. Se identificaron tres razones principales por las que esto sigue ocurriendo:

1. Existe una aceptación social de la violencia sexual hacia ellas, y la esterilización se ve erróneamente como una “solución” para prevenir embarazos por abuso, en lugar de enfrentar al agresor.
2. El Estado no las protege, ya que las leyes son insuficientes y, además, existe una figura llamada “interdicción” que les quita su derecho a decidir sobre sus propios cuerpos, permitiendo que otros autoricen la operación.
3. Hay dinámicas de abuso de poder, donde los médicos y las familias toman estas decisiones por ellas, controlando sus cuerpos y negándoles sus derechos sexuales y reproductivos.

La violencia gineco-obstétrica causa un gran daño a la salud mental de las mujeres con discapacidad, generándoles estrés traumático, dolor emocional, sentimientos de impotencia y, en casos graves, secuelas psicológicas de por vida. Al unirse y compartir sus experiencias en grupos de apoyo, estas mujeres encuentran una forma de enfrentar el problema y exigir sus derechos.

Rodríguez-Garrido, P., Herrera, F., Yupanqui-Concha, A., Rojas, A., & Hichins-Arismendi, M. (2025). Women with disabilities and the loss of custody of their children: “Carers, but not mothers”. *Feminism & Psychology*, 35(2), 246–267. <https://doi.org/10.1177/09593535241294149>

4. ¿QUÉ PROPONEMOS?

1. Implementar programas de Educación Sexual Integral (ESI) obligatorios, accesibles y participativos en todos los niveles educativos y para adultos con discapacidad. Estos programas deben basarse en principios de accesibilidad cognitiva, enfoque de derechos y participación activa, abordando temas como la pubertad, las relaciones de pareja, el consentimiento y la reproducción, para fortalecer la autonomía y la toma de decisiones informadas.
2. Capacitar y concientizar al personal de salud (en las áreas de medicina, cuidado y administración) para eliminar prejuicios y estereotipos sobre la discapacidad. La formación debe centrarse en ofrecer una atención respetuosa, no discriminatoria y que garantice los derechos sexuales y reproductivos, evitando prácticas como la infantilización, el maltrato y la duda sistemática sobre la capacidad de las personas.

3. Asegurar la provisión de ajustes razonables y accesibilidad universal en todos los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto implica eliminar barreras físicas, comunicacionales y actitudinales, proporcionando intérpretes de lengua de señas, información en formatos accesibles (lectura fácil, braille) y un trato digno que permita a las personas con discapacidad comprender y decidir sobre su salud.
4. Diseñar e implementar políticas y programas públicos que reconozcan y apoyen explícitamente a los padres y madres con discapacidad. Estos deben considerar sus realidades y diversidades, ofreciendo apoyos concretos para el ejercicio de la parentalidad, como programas de habilidades parentales adaptados y ayudas para el cuidado diario de sus hijos, para evitar la discriminación indirecta.
5. Fortalecer las redes de apoyo (familia, amigos, profesionales) para que actúen como facilitadores de la autonomía sexoafectiva. Se deben desarrollar iniciativas que informen y concienticen a estas redes para que no refuercen estigmas, presiones o controles, y en su lugar, apoyen las decisiones y proyectos de vida afectiva y familiar de las personas con discapacidad.
6. Establecer mecanismos para prevenir y erradicar la violencia gineco-obstétrica y sexual contra las mujeres con discapacidad. Esto requiere implementar medidas de prevención en la atención sanitaria, garantizar procedimientos de reparación y apoyo psicosocial y legal, y crear rutas de denuncia simples y protegidas para casos de esterilización forzada, anticoncepción sin consentimiento y maltrato.
7. Garantizar que en todos los procesos judiciales (especialmente de familia, como custodia y adopción) se eliminen los prejuicios capacitistas. Es fundamental que los tribunales, junto con el Estado, provean los apoyos necesarios para que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos parentales en igualdad de condiciones, sin que su condición sea el único motivo para cuestionar su capacidad.
8. Desarrollar campañas de comunicación y concientización social para desmontar mitos eugenésicos y estereotipos sobre la incapacidad de formar familias.

Es crucial visibilizar que las personas con discapacidad son madres y padres en proporciones similares a la población general, que ejercen un rol activo en la crianza y que la discapacidad es solo una característica más en la diversidad familiar.

9. Incorporar un enfoque interseccional en todas las políticas, programas y atenciones relacionadas con salud sexual y reproductiva. Las intervenciones deben considerar cómo la discapacidad se cruza con el género, la ruralidad, la etnia y la situación migratoria para generar barreras y violencias específicas, y diseñar respuestas adecuadas a estas realidades.
10. Crear y mantener espacios de participación y consulta continua con organizaciones de personas con discapacidad (especialmente mujeres y madres) para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en salud sexual, reproductiva y parental. Escuchar sus vivencias y propuestas es la vía para garantizar sus derechos y mejorar los servicios.