

BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

en 13 municipios de Colombia




Profamilia

60 años
Haciéndolo más Pro


cooperación
alemana
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



JOHANNITER



Dirección Ejecutiva

Marta Royo. Directora Ejecutiva
Camilo Muñoz. Gerente de Gestión del Conocimiento
Diana Moreno. Directora de Incidencia
Paola Montenegro. Directora de Investigaciones

Johanniter

Daniel Almeida Chérrez. Regional Hub Lead
Kristen Wesenberg. Country Manager Colombia

Equipo de Investigación

Rocío Murad. Asesora de Investigaciones
Sandra Marcela Sánchez. Coordinadora de Investigaciones Sociodemográficas
Luisa Fernanda Solano. Analista Cualitativa
Camila Andrea Bustos. Consultora
María Alejandra Orjuela. Consultora
Martha Naranjo. Consultora
Sonia Isabel Arias. Consultora

Recolección de información

Camila Andrea Bustos. Consultora
María Alejandra Orjuela. Consultora
Martha Naranjo. Consultora
Sonia Isabel Arias. Consultora
Nancy Rojas. Encuestadora

Transcripciones

Helena Santa
Lida Muñoz

Portada:

Profamilia 2025
Bogotá, D.C, 2025

ISBN:

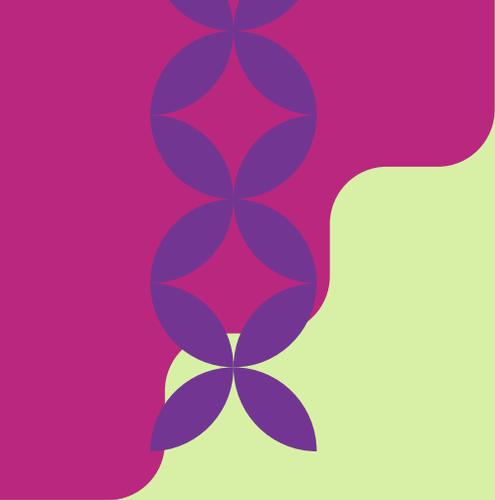
DOI:

Por favor citar: Asociación Profamilia, Johanniter (2025). Barreras y facilitadores para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad en 13 municipios de Colombia. Bogotá, 2025.



Contenido

Índice de gráficas	4
Índice de tablas	6
Agradecimientos	7
Resumen ejecutivo	8
1. Introducción	11
1.1. Objetivos	13
1.2. Abordaje metodológico	14
2. Resultados	19
2.1. Características de las personas	19
2.1.1. Personas con discapacidad	20
2.1.2. Adolescentes	24
2.1.3. Cuidadores	25
2.1.4. Líderes comunitarios	28
2.1.5. Funcionarios del estado	29
2.2. Marco legal para el análisis de la discapacidad en Colombia	30
2.2.1. Modelo médico-rehabilitador	30
2.2.2. Modelo social	32
2.2.3. Enfoque de derechos	33
2.2.4. Política pública de discapacidad	34
2.2.5. Derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva	35
2.3. Conocimiento del marco normativo	37
2.4. Derechos sexuales y reproductivos	47
2.4.1. Percepción sobre la discapacidad	47
2.4.2. Percepción sobre la sexualidad	51
2.4.3. Información sobre sexualidad	61
2.4.4. Salud sexual y reproductiva	68
2.4.5. Violencias	75
2.5. Participación social de las personas con discapacidad	86
2.6. Necesidad y acceso a ajustes razonables y apoyos	92
3. Barreras y facilitadores para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad	95
4. Conclusiones y recomendaciones	100
4.1. Garantías y Política Pública	101
4.2. Recomendaciones para todos los sectores	101
4.3. Recomendaciones para el sector Educación	102
4.4. Recomendaciones para el sector Salud	102
4.5. Recomendaciones para los sectores Justicia y Protección	103
4.6. Recomendaciones para las organizaciones comunitarias	103
4.7. Recomendaciones para las personas cuidadoras	104
4.8. Recomendaciones para las personas con discapacidad	105
5. Referencias bibliográficas	107



Índice de gráficas

Gráfica 1 Pertenencia étnica de PCD según sexo.....	20
Gráfica 2 Nivel educativo alcanzado por las PCD según edad y sexo.....	20
Gráfica 3 Asistencia a una institución educativa de PCD según sexo.....	21
Gráfica 4 Dificultad de las PCD según grupos de edad.....	22
Gráfica 5 Dificultad que más afecta la vida cotidiana de las PCD según grupos de edad.....	23
Gráfica 6 Causa de la dificultad que más afecta el desempeño diario según edad de la PCD.....	24
Gráfica 7 Pertenencia étnica de NNA según sexo.....	25
Gráfica 8 Edad, nivel educativo y pertenencia étnica de las cuidadoras.....	25
Gráfica 9 Sexo y edad de la PCD a cargo según edad de la cuidadora.....	26
Gráfica 10 Parentesco con la PCD según edad de la cuidadora.....	27
Gráfica 11 Cuidadoras que se encargan de tareas específicas del cuidado según grupo de edad.....	28
Gráfica 12 Número de líderes comunitarios entrevistados según edad y sexo.....	29
Gráfica 13 Número de funcionarios(as) del estado participantes en los grupos focales según edad y sexo.....	29
Gráfica 14 Porcentaje de PCD que no conoce leyes que reconozcan sus derechos.....	38
Gráfica 15 Porcentaje de cuidadoras que no conocen leyes que reconozcan los derechos de las PCD.....	39
Gráfica 16 Porcentaje de NNA en instituciones educativas que está de acuerdo con afirmaciones relacionadas con la vulnerabilidad en la discapacidad.....	48
Gráfica 17 Porcentaje de NNA que está de acuerdo con afirmaciones relacionadas con la necesidad de protección en la discapacidad.....	48
Gráfica 18 Percepción de las cuidadoras sobre las PCD.....	49
Gráfica 19 Porcentaje de NNA escolarizados que está de acuerdo con la asistencia escolar de NNA según tipo de discapacidad.....	49
Gráfica 20 Importancia de la sexualidad para la vida de las PCD.....	52
Gráfica 21 Porcentaje de PCD que desconocen el derecho a la sexualidad de las PCD.....	58



Gráfica 22 Porcentaje de cuidadoras que está en desacuerdo con afirmaciones sobre el derecho a la sexualidad de PCD según edad de la cuidadora.....	54
Gráfica 23 Porcentaje de cuidadoras que está de acuerdo con que las PCD no deben tener hijos(as) según edad de la cuidadora.....	55
Gráfica 24 Porcentaje de NNA escolarizados que está en desacuerdo en que la sexualidad es parte integral de todas las personas según sexo del NNA	55
Gráfica 25 Porcentaje que está de acuerdo con afirmaciones que reflejan mitos sobre la sexualidad de PCD.....	56
Gráfica 26 Porcentaje de cuidadoras que está de acuerdo afirmaciones que reflejan mitos sobre la sexualidad de las PCD según edad de la cuidadora.....	57
Gráfica 27 Porcentaje de NNA escolarizados que está de acuerdo en que las PCD que demuestran amor se ve ridículas según sexo del NNA	57
Gráfica 28 Porcentaje de PCD que está de acuerdo con afirmaciones que niegan la autonomía sexual de las PCD.....	58
Gráfica 29 Posición de las cuidadoras frente a afirmaciones relacionadas con la autonomía sexual de PCD según edad de las cuidadoras.....	59
Gráfica 30 Persona a la que acuden las PCD cuando tienen preguntas relacionada con su sexualidad.....	61
Gráfica 31 Persona a la que acuden las PCD cuando tienen preguntas sobre su sexualidad según sexo y edad de las PCD.....	62
Gráfica 32 Razón por la que las PCD no acuden a otra persona cuando tiene preguntas sobre su sexualidad según sexo de la PCD.....	63
Gráfica 33 Fuente de información sobre sexualidad según sexo de la PCD.....	63
Gráfica 34 Fuente de información sobre sexualidad según edad de la PCD.....	64
Gráfica 35 Utilidad de la información sobre sexualidad recibida según edad de la PCD.....	65
Gráfica 36 Persona a la que acuden las cuidadoras cuando tienen preguntas relacionadas con la sexualidad de las PCD.....	65
Gráfica 37 Utilidad de la información sobre sexualidad recibida según edad de la cuidadora	66
Gráfica 38 Fuente de información sobre sexualidad según sexo de NNA escolarizados.....	66
Gráfica 39 Fuente de información sobre derechos de NNA escolarizados.....	67
Gráfica 40 Relaciones afectivas y diálogo sobre las relaciones afectivas y el placer según sexo de la PCD.....	69
Gráfica 41 Relaciones afectivas y diálogo sobre las relaciones afectivas y el placer según edad de la PCD.....	70
Gráfica 42 Razón por la cual les molestaría que familiares o cuidadores se enteren de su relación afectiva o de sus prácticas de placer según sexo y edad de la PCD.....	70
Gráfica 43 Relaciones sexuales y uso actual de métodos anticonceptivos según edad de la PCD.....	71
Gráfica 44 Uso actual de métodos anticonceptivos según sexo de las PCD.....	72
Gráfica 45 Información sobre métodos y participación en actividades educativas según sexo y edad de la PCD.....	72

Gráfica 46 Embarazo propio o de la pareja según sexo y edad de la PCD.....	73
Gráfica 47 Condición de discapacidad en el momento del embarazo según sexo y edad de la PCD.....	74
Gráfica 48 Decisiones sobre el embarazo según condición de discapacidad.....	74
Gráfica 49 Control prenatal e información sobre planificación familiar según momento del embarazo.....	75
Gráfica 50 Formas de violencia que han experimentado las personas con discapacidad.....	76
Gráfica 51 Formas de violencias experimentadas según sexo de la PCD.....	77
Gráfica 52 Formas de violencia experimentadas según edad de la PCD.....	78
Gráfica 53 Participación en organizaciones de o para PCD según sexo y edad de la PCD.....	87
Gráfica 54 Situaciones que dificultan la participación de PCD en actividades sociales comunitarias.....	88
Gráfica 55 Participación de las cuidadoras en procesos de formación para el cuidado de PCD.....	88
Gráfica 56 Participación de las cuidadoras en procesos de formación sobre los derechos de PCD.....	88

Índice de tablas

Tabla 1 Número de personas participantes según municipio, grupo poblacional y método.....	16
Tabla 2 Porcentaje de PCD que han requerido apoyos o ajustes y porcentaje que los han conseguido.....	92
Tabla 3 Barreras y facilitadores para la garantía de los derechos de las PCD.....	96





Agradecimientos

Expresamos nuestra gratitud a las personas con discapacidad (PCD), sus familias, liderazgos sociales, cuidadores y acompañantes que desde sus territorios compartieron con nosotras sus experiencias, demandas y sueños, permitiendo que esta investigación se desarrollara en la vida real y no en la teoría.

Extendemos un reconocimiento especial a las organizaciones de y para personas con discapacidad en los municipios donde se desarrolló esta investigación. Gracias a las asociaciones ASOMUTAYLI, ASORAR, ASPAFCO, Manos Amigas y Sin Límites en Arauca, la Fundación Transformando Vidas Valle-Chocó en Bahía Solano, Fundación Renacer Andakie de Belén de los Andaquíes (Caquetá), Fundación Meraki en El Tambo (Cauca), Fundación Sandamian y la Asociación de Dificultades Funcionales Incluyentes-ASODIFI en Mocoa (Putumayo), Fundación Sueños para Vivir de Nuquí (Chocó), la Asociación de Personas con Discapacidad "La Alegría de Vivir" de Puerto Leguízamo (Putumayo), Fundación Nuevo Amanecer - FUNDISTIM de Timbiquí (Chocó), y la Fundación de Sordos del Pacífico de Tumaco (Nariño). Sus saberes organizativos y sus apuestas comunitarias nutrieron los resultados de esta investigación.

Asimismo, queremos expresar nuestro agradecimiento a los líderes y lideresas, organizaciones de base comunitaria, asociaciones y colectivos que participaron en la investigación y que han enfocado sus trayectorias en el apoyo a la comunidad y el fortalecimiento del tejido social a través de enfoques ambientales, sociales, diferenciales y de género.

Reconocemos el respaldo y compromiso de las entidades gubernamentales y locales que nos acompañaron durante este proceso. Gracias a los equipos de las distintas secretarías municipales, así como a los y las enlaces de discapacidad por abrirnos las puertas, facilitar el diálogo y sumarse con disposición a una apuesta por la inclusión real y transformadora.

Agradecemos también a la Asociación Colombiana de Síndrome de Down (ASDOWN) y a la Liga Colombiana de Autismo (LICA) por guiarnos en la comprensión de las múltiples realidades que habitan las personas con discapacidad en Colombia. Su acompañamiento, revisión y retroalimentación de los instrumentos para la recolección de información fue esencial para asegurar que estos fueran comprensibles, accesibles y respetuosos, en consonancia con las voces de las personas con discapacidad.

Finalmente, agradecemos a Johanniter por su apuesta continua en la creación de espacios donde los derechos de las personas con discapacidad no solo se reconocen, sino que se viven y se defienden desde la participación, el cuidado y la justicia.

Resumen ejecutivo



Pese a que, en materia de discapacidad, Colombia cuenta con un amplio marco normativo internacional y nacional, la implementación de estas políticas públicas es deficiente. Esto hace necesario ahondar en las barreras actitudinales, imaginarios, estereotipos, y concepciones sobre la discapacidad que impiden la toma de conciencia social frente a los derechos de las PCD y dificultan la construcción de entornos, tangibles e intangibles, que centren su acción en el valor de las personas, su diversidad e inclusión.

La comprensión de las experiencias a las que han estado expuestas las personas con discapacidad desde diferentes perspectivas (ellas, sus familias o cuidadores, organizaciones de base comunitaria, gobierno e instituciones públicas y privadas) permite identificar barreras y facilitadores para el ejercicio efectivo de sus derechos y entender los escenarios en los que se presentan. En este sentido, la Asociación Johanniter y la Asociación Profamilia aunaron esfuerzos para desarrollar esta investigación con el objetivo de identificar barreras y facilitadores para el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad en 13 municipios de Colombia: Acandí, Almaguer, Arauca, Bahía Solano, Belén de los Andaquíes, El Tambo, Guapi, María la Baja, Mocoa, Nuquí, Puerto Leguízamo, Timbiquí y Tumaco.

Se desarrolló una investigación documental basada en la metodología de sistematización de experiencias que combinó métodos cualitativos y cuantitativos. Desde el enfoque cualitativo se revisó el marco normativo nacional e internacional para las personas con discapacidad; se realizaron 24 grupos focales con funcionarios de los sectores Educación, Salud, Justicia y Protección, y 48 entrevistas semiestructuradas con líderes y personas de organizaciones comunitarias que trabajan en defensa de los derechos de las PCD. Desde el abordaje cuantitativo se aplicaron 195 encuestas a personas con discapacidad, 48 encuestas a familiares o cuidadores y 48 encuestas a niños, niñas y adolescentes en instituciones educativas.

Los temas abordados incluyen el marco normativo, las percepciones sobre la discapacidad, los derechos sexuales reproductivos, las experiencias de vulneración o violencias de género, la participación social, las necesidades de apoyos o ayudas y, las barreras y facilitadores para el ejercicio de los derechos. Para el análisis de la información se realizó una triangulación concurrente que integró los resultados cuantitativos y cualitativos. El análisis fue temático: los datos cuantitativos ofrecieron una visión general y medible de las tendencias y patrones identificados, y los cualitativos proporcionaron contexto y detalles sobre las percepciones y experiencias de las personas participantes.

Entre los principales hallazgos se destaca que el 84 % de las personas con discapacidad no conoce las leyes nacionales o internacionales que protegen sus derechos. Asimismo, el 47% no recurre a nadie cuando tiene preguntas relacionadas con su sexualidad. El 67 % ha vivido alguna forma de violencia: un 53 % reportó violencia verbal, un 31 % violencia física y un 5 % violencia sexual.

Por otra parte, el 48 % ha tenido relaciones sexuales, pero solo el 23 % utiliza algún método anticonceptivo. El 32 % ha estado o ha tenido una pareja en situación de embarazo, y solo el 26 % recibió información sobre planificación familiar en el posparto. Además, el 38 % de los partos ocurrieron en casa y no contaron con controles prenatales.

Los resultados también evidencian que las personas con discapacidad no reciben una educación integral en sexualidad, y que los servicios de salud y las rutas de atención a violencias carecen de apoyos técnicos, tecnológicos y humanos que garanticen el ejercicio pleno, informado y autónomo de su voluntad.

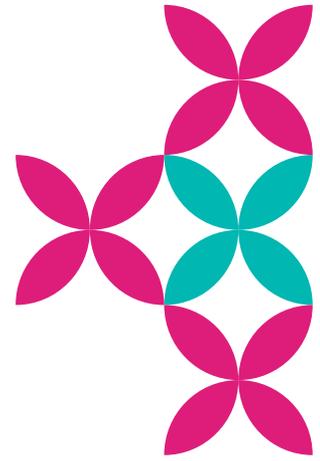
En los territorios priorizados aún prevalece la concepción de la discapacidad desde el modelo rehabilitador en el que la dificultad está en la persona con discapacidad y no en las barreras actitudinales, comunicativas o físicas que la rodean. Es necesario desarrollar estrategias de información, educación y comunicación que promuevan enfoques basados en los derechos humanos de las PCD. También, urge priorizar la búsqueda de ajustes, apoyos y salvaguardas para garantizar el ejercicio de su capacidad legal en igualdad de condiciones, particularmente los relacionados con herramientas para garantizar el aprendizaje, las asistencias o ayudas en la comunicación y en la comprensión de sus actos y sus consecuencias, y la manifestación de sus voluntades y preferencias.

Esta investigación permitió identificar vacíos en la implementación del marco normativo sobre discapacidad, brechas en la articulación de rutas y protocolos de atención para personas con discapacidad y barreras de acceso a los apoyos y ajustes que se requieren para que las personas con discapacidad y sus cuidadores fomenten su autonomía, la toma de decisiones y su participación social. A su vez, permitió identificar factores que pueden favorecer el reconocimiento, la inclusión y la participación de las personas con discapacidad y algunas recomendaciones que pueden aportar a la construcción de un plan de acción encaminado a la promoción de la participación en espacios de incidencia social para garantizar el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos.

En este sentido, los resultados de esta investigación pueden servir como insumo para diseñar o fortalecer tanto a nivel local como nacional las estructuras que garanticen los derechos de las personas con discapacidad. Asimismo, contribuyen a su empoderamiento en materia de participación ciudadana y gestión del conocimiento sobre sus necesidades y circunstancias, así como sobre los avances o retrocesos en la adopción de medidas de inclusión, acciones afirmativas, ajustes razonables y en la eliminación de las distintas formas de discriminación por discapacidad.







1.

Introducción

El informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad (PCD) estima que 1.300 millones de personas (el 16 % de la población mundial) tiene una discapacidad significativa¹ (OMS, 2025). El aumento de este porcentaje con relación a décadas anteriores se debe en gran parte al envejecimiento de la población y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados con diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales. También, revela que, pese a los avances en los últimos años, el mundo aún está lejos de hacer realidad este derecho para muchas personas con discapacidad que siguen muriendo de forma prematura, tienen peor salud y experimentan más limitaciones en el funcionamiento cotidiano que otras debido a condiciones injustas a las que se enfrentan las PCD en todas las facetas de la vida, incluido el propio sistema de salud.

En Colombia, el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 estimó en 3,1 millones la población con discapacidad, cerca al 7 % de la población total del país. A su vez, el análisis de situación de la población con discapacidad, realizado con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2021 por la entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ONU Mujeres), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), destacó que hay una tendencia creciente en el volumen de personas con discapacidad asociada con el proceso de envejecimiento y una feminización de la población con discapacidad asociada a una mayor sobrevivencia de las mujeres hasta edades avanzadas (ONU Mujeres et al., 2022).

De acuerdo con este análisis, en Colombia cerca del 24 % de las PCD reportan discapacidad múltiple; la discapacidad en la infancia y adolescencia se relaciona con enfermedades o malformaciones congénitas mientras que en personas mayores está más relacionada con la acumulación de los riesgos que supone el envejecimiento. Un poco más del 50 % de las PCD requieren del cuidado de otras personas. La población con discapacidad tiene menor nivel educativo, entre los hombres con discapacidad la probabilidad de no acceder a educación formal es cuatro veces mayor que la de sus pares sin discapacidad y entre las mujeres

¹ En el informe la OMS establece que "Discapacidad significativa se refiere a niveles moderados y graves de discapacidad vinculados a afecciones de salud y deficiencias subyacentes" (OMS, 2025, pág. 3).

esta probabilidad es tres veces mayor. Además, hay una brecha de 25 puntos porcentuales en el acceso al mercado laboral. Los departamentos de Nariño, Cauca y Putumayo presentaron los mayores porcentajes de PCD, y San Andrés, Vichada y La Guajira los menores (ONU Mujeres et al., 2022)

En materia de discapacidad, Colombia cuenta con un amplio marco normativo internacional y nacional. No obstante, la implementación de las políticas públicas sigue siendo deficiente. Entre funcionarios de los diferentes sectores hay desconocimiento o poca profundidad en el conocimiento del marco normativo y falta articulación entre las estructuras con competencia en la atención a las violencias de género y las estructuras a cargo de la garantía de derechos de las personas con discapacidad (Profamilia, 2019).

Las personas con discapacidad son víctimas de diferentes formas de discriminación en el ejercicio de sus derechos como la negación de su sexualidad, la infantilización, la humillación, el rechazo a sus cuerpos o la no aceptación o negación de sus decisiones reproductivas, lo que las expone a falta de información o educación para la sexualidad, precariedad en la atención a la gestación, el parto o el puerperio, prevalencia de infecciones de transmisión sexual y VIH, cáncer de seno, cervix, próstata o testículos, y a violencias de género (Profamilia, 2022).

Persisten barreras actitudinales en todos los sectores de la sociedad, particularmente entre voceros de los medios de comunicación, empresarios y prestadores de servicios públicos, funcionarios del gobierno, profesionales de la salud, comunidad educativa y organizaciones y familias de las personas con discapacidad. Estos imaginarios, estereotipos, y concepciones equivocadas de la discapacidad impiden la toma de conciencia social frente a los derechos de las personas con discapacidad y generan acciones con daño (ONU Mujeres et al., 2021). La discapacidad también afecta a las personas del entorno familiar y del hogar al que pertenecen; la insuficiente estructura institucional ha hecho que gran parte del cuidado recaiga principalmente en las mujeres y en el ámbito doméstico, menoscabando las capacidades de las familias y los hogares para responder a los requerimientos diferenciales del cuidado (DANE, 2023).

Entre 2022 y 2024, la Asociación Johanniter financió el proyecto "Derecho a la educación y salud, prevención de violencia de género e inclusión de personas con discapacidad", desarrollado en varios municipios de Colombia. Las zonas de intervención incluyeron Arauca (departamento de Arauca); María la Baja (Bolívar); Acandí, Bahía Solano y Nuquí (Chocó); Tumaco (Nariño); Almaguer, El Tambo, Guapi y Timbiquí (Cauca); Mocoa y Puerto Leguízamo (Putumayo); y Belén de los Andaquíes (Caquetá).

El objetivo del proyecto fue fortalecer estructuras locales y nacionales para garantizar los derechos en salud —incluidos los derechos sexuales y reproductivos—, educación y participación social. En el marco de esta iniciativa, se llevaron a cabo diversas actividades, entre ellas: capacitaciones a profesionales de la salud, colectivos juveniles y cuidadores; jornadas de salud básica familiar y salud sexual y reproductiva; acciones de sensibilización y formación en derechos sexuales y reproductivos; y mesas intersectoriales centradas en derechos humanos y los derechos de las personas con discapacidad.

En el segundo semestre de 2024 Johanniter contactó a Profamilia para cerrar la implementación del proyecto desarrollando: i) actividades de incidencia encaminadas a promover la participación de las personas con discapacidad en espacios de incidencia social para garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, y ii) actividades de investigación orientadas a sistematizar las experiencias de actores comunitarios (personas con discapacidad, familiares o personas a cargo del cuidado de personas con discapacidad y líderes comunitarios), e institucionales (profesionales de los sectores salud, educación, justicia y protección) de los 13 municipios cubiertos por el proyecto. La sistematización de las experiencias buscó identificar vacíos en la articulación de rutas y protocolos de atención, y los ajustes que se requieren para que sean accesibles a las personas con discapacidad, fomenten su autonomía y la toma de decisiones con apoyos y su participación social.

Este documento presenta los objetivos de la investigación, el enfoque metodológico adoptado, los principales resultados y hallazgos, así como las barreras y los facilitadores identificados para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. También se incluyen las conclusiones, que resumen los hallazgos clave y señalan tanto las fortalezas como las oportunidades para formular propuestas de incidencia social orientadas a garantizar el reconocimiento y ejercicio pleno de estos derechos. Finalmente, se proponen recomendaciones que constituyen una base para el diseño de un plan de acción.

Se espera que estos resultados contribuyan al fortalecimiento o creación de estructuras locales y nacionales que promuevan la garantía de derechos de las personas con discapacidad, su empoderamiento en procesos de participación ciudadana, y una gestión del conocimiento más profunda sobre sus necesidades, condiciones de vida, y los avances o retrocesos en la implementación de medidas de inclusión, acciones afirmativas, ajustes razonables y eliminación de toda forma de discriminación por razón de discapacidad.

1.1. Objetivos

Objetivo general

Identificar barreras y facilitadores para el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad en 13 municipios de Colombia.

Objetivos específicos

- Describir el marco normativo que rige en Colombia frente a la discapacidad.
- Identificar conocimientos, percepciones, y experiencias sobre la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, los derechos sexuales y reproductivos, y la prevención y atención de las violencias de género.

- Establecer desafíos y oportunidades para la atención de las personas con discapacidad con base en las experiencias identificadas.
- Identificar mecanismos de oportunidad para la participación de personas con discapacidad y organizaciones de base comunitaria en la construcción de agendas sociales de incidencia para la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos.

1.2. Abordaje metodológico

Se desarrolló una investigación de tipo documental basada en la metodología de sistematización de experiencias que buscó producir conocimientos a partir de los testimonios de los actores comunitarios e institucionales que participaron en el proyecto "Derecho a la educación, salud, prevención de violencia de género e inclusión de personas con discapacidad". La población objetivo de la investigación en los 13 municipios priorizados fueron hombres y mujeres con discapacidad, personas a cargo del cuidado de personas con discapacidad, niños, niñas y adolescentes que asisten a instituciones educativas, personas que lideran o hacen parte de organizaciones de y para personas con discapacidad, organizaciones de base comunitaria y funcionarios, profesionales o referentes de los sectores salud, educación, justicia y protección. Se combinaron técnicas cualitativas, como la revisión documental, las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales, y técnicas cuantitativas como las encuestas.

Gestión documental

Revisión del marco normativo: se concentró en la identificación de la normativa internacional y nacional vigente para la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

Revisión de documentos: se enfocó en la revisión de los documentos disponibles relacionados con la implementación del proyecto "Derecho a la educación, salud, prevención de violencia de género e inclusión de personas con discapacidad". Se recopilaron, revisaron, categorizaron y sistematizaron 395 documentos que resumen las actividades pedagógicas realizadas en la primera fase del proyecto.

Ilustración 1. Diagrama metodológico



Ejes temáticos

- Los instrumentos cualitativos y cuantitativos fueron estructurados con base en los siguientes ejes temáticos:
- Marco normativo.
- Percepciones.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Violencias de género.
- Participación social.
- Necesidades de apoyos o ayudas.
- Barreras y facilitadores para el ejercicio de los derechos.

Grupos focales y entrevistas semiestructuradas

En total se realizaron 24 grupos focales con funcionarios de los sectores Salud, Educación, Justicia y Protección y 54 entrevistas semiestructuradas a líderes y personas pertenecientes a organizaciones de y para personas con discapacidad y a organizaciones de base comunitaria. En los grupos focales y entrevistas se abordaron diversos temas relacionados con la garantía de los derechos de las personas con discapacidad. Se indagó sobre el conocimiento del marco normativo vigente y su nivel de implementación, así como sobre las percepciones y reflexiones en torno a las personas con discapacidad y el ejercicio de sus derechos, en particular los derechos sexuales y reproductivos.

Asimismo, se exploraron aspectos relacionados con la prevención, atención y registro de las violencias de género y de la violencia sexual contra esta población. También, se investigó la participación en procesos de capacitación o formación sobre la situación de las personas con discapacidad o sobre el marco normativo que respalda sus derechos. Finalmente, se abordó la participación en espacios intersectoriales —a nivel local, regional o nacional— orientados a la inclusión y garantía de sus derechos.

Encuestas

En total se realizaron 195 encuestas a personas con discapacidad (PCD), 48 a niños, niñas y adolescentes (NNA) sin discapacidad, estudiantes regulares de las instituciones educativas de los municipios y 48 a familiares o cuidadores de otras personas con discapacidad del municipio. Para identificar a los participantes se contó con la colaboración de los promotores sociales de Johanniter y las organizaciones e instituciones locales involucradas en el proyecto.

En las encuestas se indagó por percepciones y experiencias relacionadas con el conocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y de sus derechos sexuales y reproductivos, el acceso a educación inclusiva, actividades del cuidado y autocuidado, apoyos y ajustes razonables, atención en salud sexual y reproductiva, y experiencias en la atención a las violencias contra esta población. A su vez, por la participación en redes de apoyo y que gestionan la garantía de los derechos de las personas con discapacidad.

Recolección

La recolección de información se realizó entre el 1 y el 13 de diciembre de 2024, y entre el 13 de enero y el 5 de marzo de 2025. En cada municipio la identificación de líderes y personas de las organizaciones de y para personas con discapacidad y organizaciones de base comunitaria se hizo a través de Johanniter. Además, la identificación de las personas con discapacidad, de familiares o cuidadores de personas con discapacidad, así como de niños, niñas y adolescentes sin discapacidad asistentes a instituciones educativas se realizó mediante las organizaciones de base comunitaria.

El contacto inicial con funcionarios y funcionarias de los diferentes sectores también se hizo junto a las organizaciones. En cada municipio, el equipo de trabajo de campo acudió a las respectivas dependencias y estableció contacto con otros referentes y actores clave de los sectores. Es importante mencionar que en María la Baja no fue posible desarrollar las actividades del proyecto ya que no hubo respuesta de las dependencias de la Alcaldía consultadas dentro del periodo previsto para desarrollar el trabajo de campo. La tabla a continuación resume la distribución del número final de personas participantes por municipio, grupo poblacional y método de recolección de información.

Tabla 1. Número de personas participantes según municipio, grupo poblacional y método

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ENCUESTAS			ENTREVISTAS	GRUPO FOCAL
		PCD	NNA SIN PCD	FAMILIARES CUIDADORES	LÍDERES Y PERSONAS DE OBC	FUNCIONARIO (AS)
Arauca	Arauca	16	4	4	5	10
	Almaguer	17	4	4	4	17
Cauca	El Tambo	16	4	4	4	13
	Guapi	16	4	4	4	12
	Timbiquí	17	4	4	5	12
Caquetá	Belén de los Andaquíes	16	4	4	4	13
	Acandí	17	4	4	4	13
Chocó	Bahía Solano	16	4	4	5	13
	Nuquí	16	4	4	4	7
Nariño	Tumaco	16	4	4	5	12
Putumayo	Mocoa	16	4	4	5	7
	Puerto Leguizamo	16	4	4	5	12
TOTAL		195	48	48	54	141

Análisis

Para el análisis de las entrevistas y grupos focales, una vez transcritos los audios, la sistematización de la información se realizó con base en la matriz diseñada en la que se consideraron los seis ejes temáticos planteados y las subcategorías emergentes. Mientras que el análisis de las encuestas se hizo mediante técnicas estadísticas descriptivas en las que se identificaron frecuencias, patrones y tendencias en las respuestas. De acuerdo con el plan de análisis se siguieron, por orden, los temas mencionados.

Finalmente, se realizó una triangulación concurrente mediante la integración de los resultados cuantitativos obtenidos de la encuesta con los datos cualitativos recogidos en los grupos focales y entrevistas. Los datos cuantitativos ofrecieron una visión general y medible de las tendencias y patrones identificados, mientras que cualitativos proporcionaron contexto y detalles sobre las percepciones y experiencias de los participantes.

Como se mencionó anteriormente, el análisis fue temático, se buscaron los patrones de convergencia entre las fuentes para hallar referentes y categorías, y organizar y analizar todo el contenido hasta generar un panorama de conocimientos, percepciones, estigmas, estereotipos sobre la discapacidad, la sexualidad de las personas con discapacidad, sus derechos sexuales y reproductivos y el abordaje de las violencias de género contra las personas con discapacidad. De igual manera, se identificaron fortalezas y desafíos que se deben considerar para diseñar un plan de acción que promueva la participación social y el ejercicio de los derechos de esta población.

Consideraciones éticas

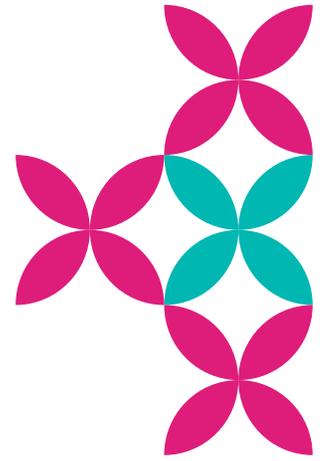
Con el fin de salvaguardar los derechos de las personas participantes, en el marco de la investigación se definieron los siguientes mecanismos:

- El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Profamilia (CEIP) el 5 de noviembre de 2024 a través del acta número CEIP-27-2024.
- A través de los consentimientos informados se informó a las personas participantes los objetivos, métodos y alcance de la investigación, y el uso de la información recolectada. El formato para personas con discapacidad fue de lectura fácil y, junto con el instrumento de encuesta, fueron revisados por expertas de la Asociación Colombiana de Síndrome de Down y la Liga Colombiana de Autismo, quienes dieron retroalimentación esencial para asegurar que fueran comprensibles, accesibles y respetuosos. También, contar con las asistencias y ayudas para la comunicación, y la manifestación de sus voluntades y preferencias.
- Confidencialidad y anonimización de la información: no se conservaron datos personales que permitieran identificar a las personas que brindaron la información y esta fue anonimizada a través de la asignación de

códigos para su transcripción, procesamiento y almacenamiento. A su vez, para salvaguardar la confidencialidad y anonimidad, todas las personas que participaron en el equipo de investigación firmaron un acuerdo de confidencialidad.

- Respeto a la privacidad: durante la investigación siempre se propició un espacio seguro. Una vez establecidas las condiciones de privacidad, las entrevistas y grupos focales solo se grabaron cuando se obtuvo el permiso de la persona. Ningún participante fue forzado a entregar información que prefiriera mantener en secreto.
- Seguridad y reserva de la información: los datos están protegidos durante la investigación, el análisis o en reposo cumpliendo tres objetivos: confidencialidad, integridad y disponibilidad. La información recolectada fue almacenada de forma segura y protegida durante y posterior a la terminación de la investigación en carpetas específicas a las que solo tienen acceso la investigadora principal y las coinvestigadoras de Profamilia.
- Ya que el conocimiento generado tiene implicaciones sociales y políticas, los mecanismos de divulgación serán claros, contextualizados y fundados en los datos obtenidos en el trabajo de campo.





2.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio organizados de acuerdo con los ejes temáticos propuestos. En primer lugar, se describen las características de las personas participantes en la investigación. En segundo lugar, se examina el marco legal, tanto nacional como internacional, que orienta el análisis de la discapacidad. En tercer lugar, se analizan los conocimientos y percepciones respecto a la implementación de dicho marco legal y de las políticas relacionadas con la discapacidad.

En cuarto lugar, se presentan los hallazgos sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, abarcando aspectos como las percepciones sobre la discapacidad y la sexualidad, la salud materna, la salud reproductiva y las experiencias de vulneración de estos derechos. En quinto lugar, se aborda la participación social y la presencia en espacios de incidencia.

En sexto lugar se examina la necesidad de ajustes razonables y apoyos que promuevan el ejercicio pleno de la capacidad legal y el derecho a una vida autónoma e independiente. Finalmente, se sintetizan las barreras y los facilitadores que inciden en el ejercicio efectivo de los derechos y en la inclusión social de las personas con discapacidad.

2.1. Características de las personas

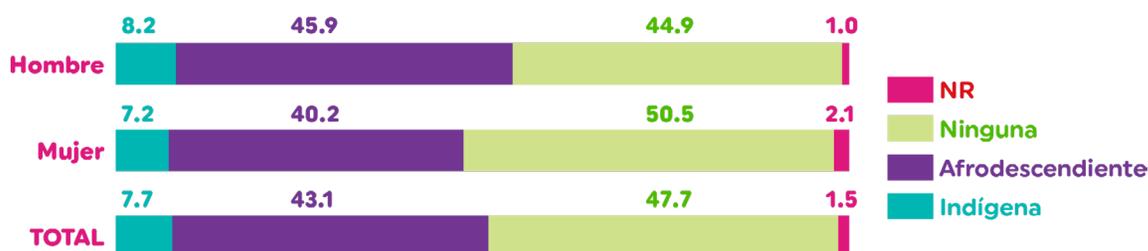
Este apartado presenta información sobre las características sociodemográficas que permiten describir a la población participante y aportan elementos para el análisis de los distintos temas y dimensiones abordados en el estudio. Para las personas con discapacidad se expone la distribución por edad y sexo, el nivel educativo alcanzado, la pertenencia étnica y la condición de discapacidad. Para las personas cuidadoras además de sus características básicas, se describen las características de las personas con discapacidad a cargo y aspectos relacionados con economía del hogar.

2.1.1. Personas con discapacidad

La distribución por edad y sexo de las 195 personas con discapacidad que contestaron la encuesta corresponde a la esperada en el diseño del estudio: el 50 % son hombres y 50 % son mujeres, 46,2 % tiene entre 10 y 17 años, 28,7 % entre 18 y 59 años y 25,1 % entre 60 y 90 años.

Con relación a la pertenencia étnica, el 7 % de las personas con discapacidad se reconoce como indígena, el 43,1 % como negro o afrodescendiente y el 47,7 % considera que no pertenece a un grupo étnico. Respecto al nivel educativo, entre cada siete personas con discapacidad entrevistadas, una no accedió a educación formal, dos cursaron primaria, tres secundaria y una alcanzó estudios técnicos o universitarios.

Gráfica 1. Pertenencia étnica de PCD según sexo



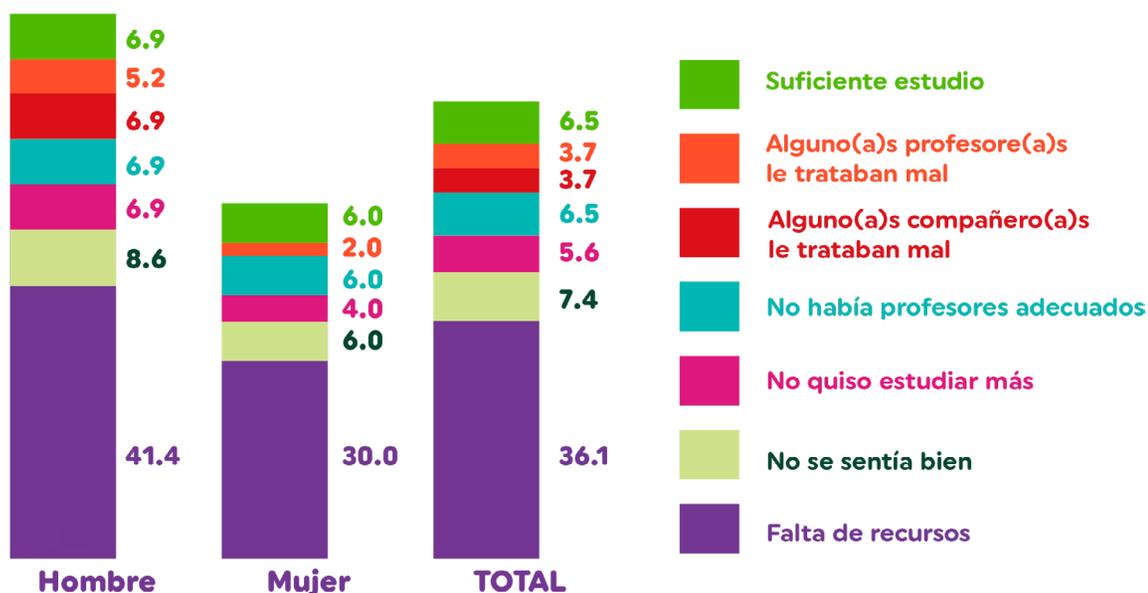
Según el nivel educativo, entre cada siete PCD entrevistadas, una no accedió a educación formal, dos cursaron primaria, tres secundaria y una alcanzó estudios técnicos o universitarios. Se destaca que el porcentaje de personas con discapacidad que alcanzó primaria y estudios técnicos o tecnológicos es mayor entre las mujeres.

Gráfica 2. Nivel educativo alcanzado por las PCD según edad y sexo



Junto a ello, el 40 % de las personas con discapacidad encuestadas asistió o está asistiendo a una institución educativa. Este porcentaje es mayor entre las mujeres (46,4 %) que entre los hombres (33,9 %) y llega al 85,7 % entre las personas con discapacidad menores de 18 años. Una gran parte dejó de asistir a una institución educativa por falta de recursos (36,1 %) y en menor medida porque no se sentían bien en la IE (7,4 %), no había profesores adecuados (6,5 %), tenían suficiente estudio (6,5 %) o no deseaban estudiar más (5,6 %). Entre los hombres es mayor el porcentaje que dejó de acudir porque no se sentía bien, algunos docentes o compañeros los trataban mal.

Gráfica 3. Asistencia a una institución educativa de PCD según sexo



Tipo de discapacidad

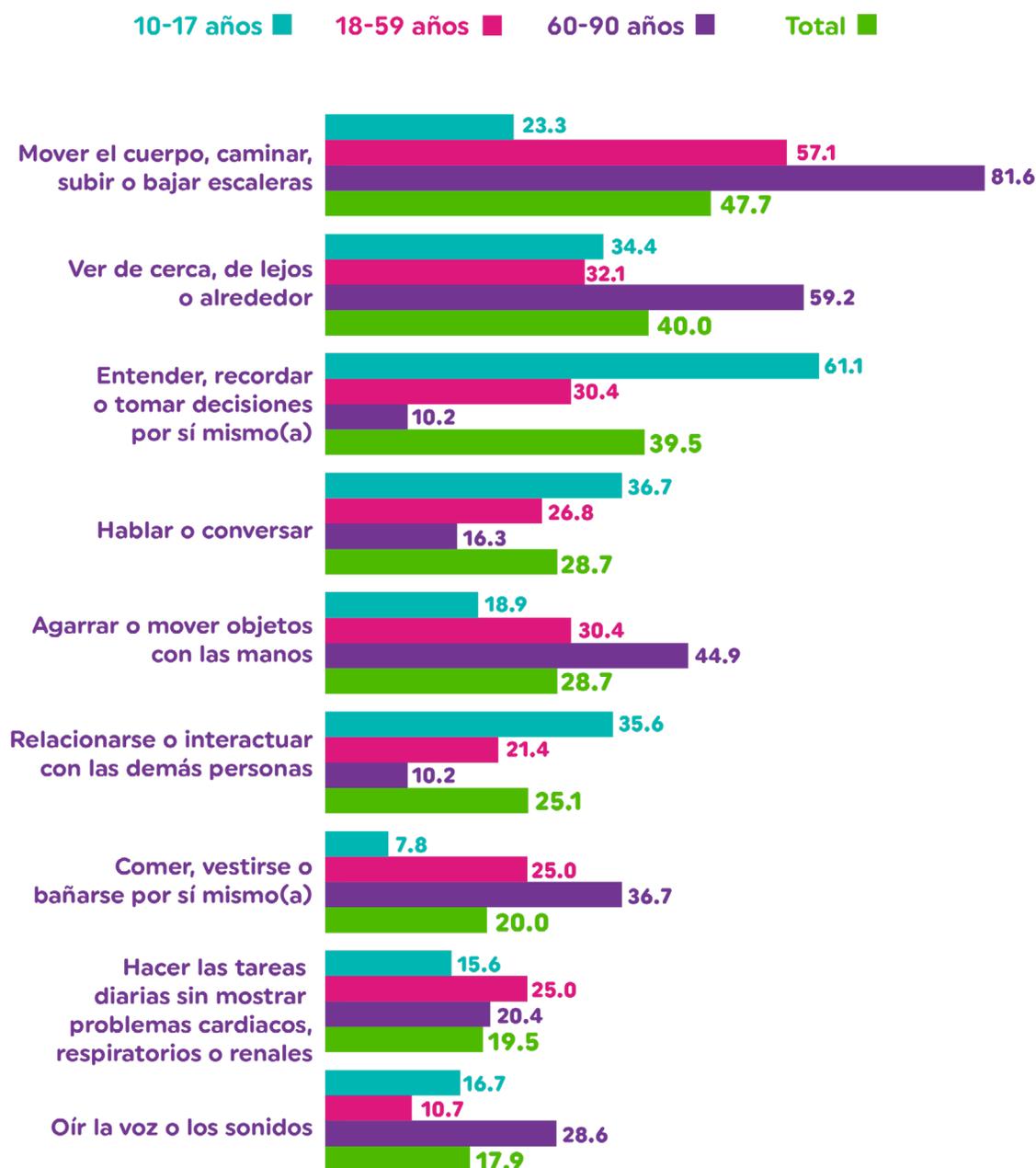
Siguiendo los lineamientos para la medición de la discapacidad en encuestas y censos del Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad acogidos por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE, 2022), en esta encuesta se preguntó a las PCD por el grado de dificultad que tienen para oír la voz o los sonidos; hablar o conversar; ver de cerca de lejos o alrededor; mover el cuerpo, caminar subir o bajar escaleras; agarrar o mover objetos con las manos; entender, recordar o tomar decisiones por sí mismo; comer, vestirse o bañarse por sí mismo; relacionarse o interactuar con las demás personas y hacer tareas diarias sin mostrar problemas cardiacos respiratorios o renales. También, se preguntó por la dificultad que más afecta el desempeño diario y su causa (nacimiento, accidente, enfermedad, edad avanzada o violencia).

El 47,7 % de las personas con discapacidad encuestadas tiene dificultad para mover el cuerpo, caminar, subir o bajar escaleras y llega a 81,6 % entre adultos mayores. El 40 % tiene problemas para ver de cerca, de lejos o alrededor, principalmente los adultos mayores (59,2 %). El 28,7 % presenta obstáculos para agarrar o mover objetos con las manos que entre adultos mayores llega al 44,9%. A su vez, el 20 % tiene dificultad para comer, vestirse o bañarse por sí mismo y llega al 36,7 % entre adultos mayores. El 17,9 % tiene inconveniente para oír la voz o los sonidos y este problema llega al 28,6 % entre adultos mayores. Asimismo, el 19,5 % presenta retos para hacer las tareas diarias debido a problemas cardiacos, respiratorios o renales, con mayor frecuencia entre adultos (25 %) y adultos mayores (20,4 %).

Junto a ello, el 39,5 % de las PCD tiene dificultad para entender, recordar o tomar decisiones por sí mismo, en mayor la frecuencia entre menores de 18 años (61,1%);

el 28,7 % presenta problemas para hablar o conversar y entre adolescentes llega al 36,7 %. Además, el 25,1 % tiene limitantes para relacionarse o interactuar con las demás personas que llega al 35,6 % entre adolescentes.

Gráfica 4. Dificultad de las PCD según grupos de edad

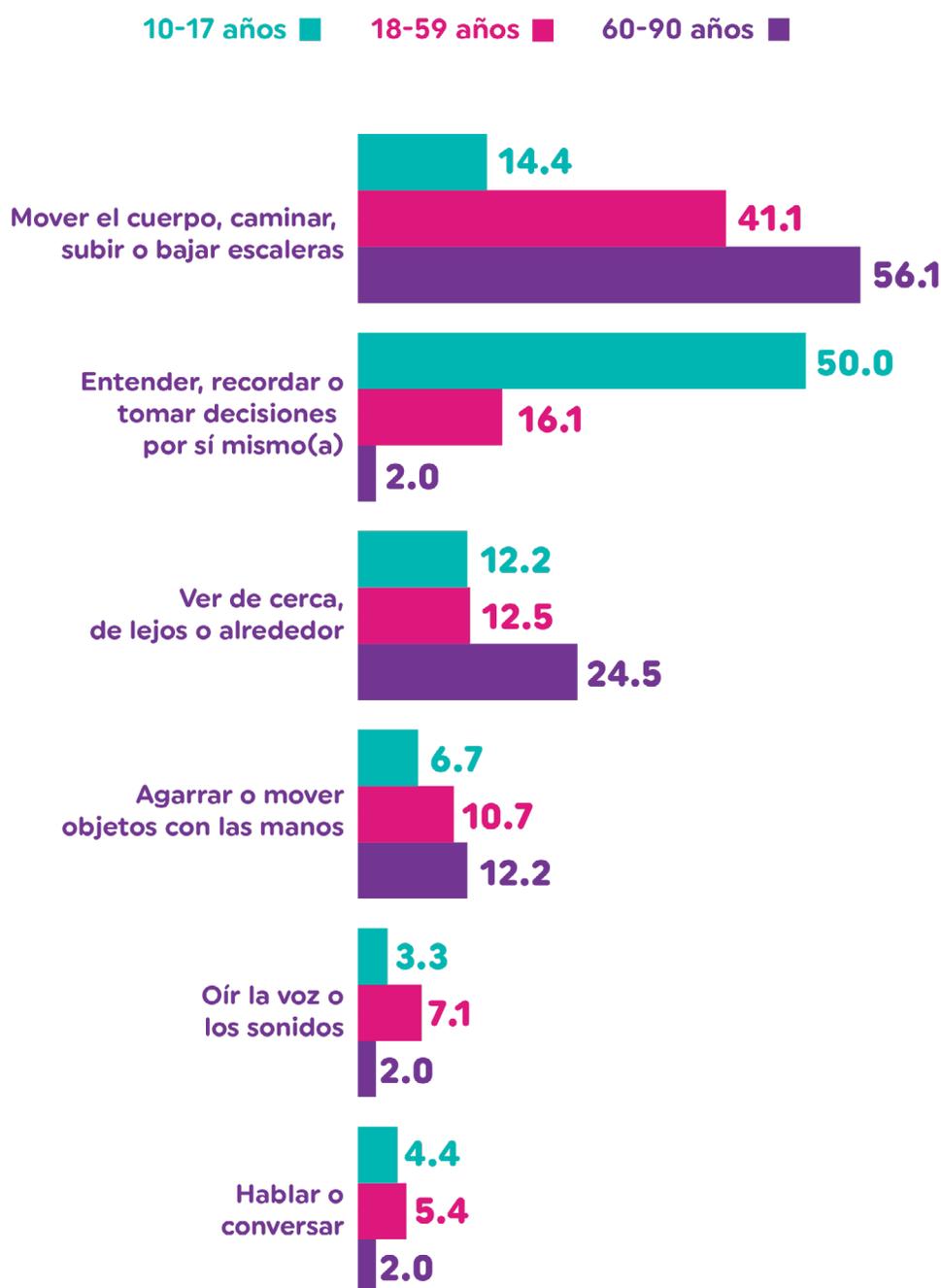


En síntesis, entre las PCD encuestadas, las más jóvenes (menores de 18 años) tienen 1,5 veces más probabilidad de tener dificultades asociadas con la discapacidad psicosocial o cognitiva y las mayores de 59 años tienen 1,5 veces más probabilidad de tener dificultades asociadas con la discapacidad física. En concordancia, el 45,1 % presenta simultáneamente tres o más de estas dificultades, el 26,7 % dos y el 28,2 % una.

Dificultad que más afecta el desempeño diario

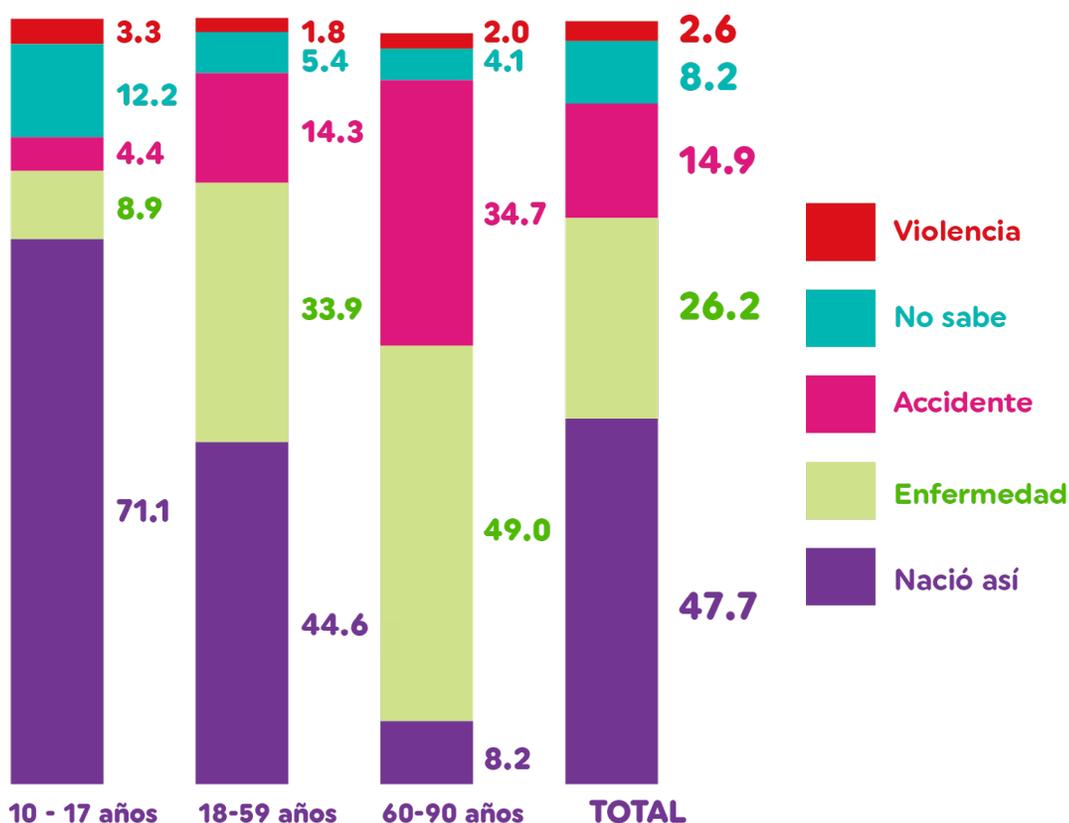
La dificultad para mover el cuerpo, caminar, subir o bajar las escaleras afecta el desempeño diario del 55,1 % de las personas de 60 años o mayores y del 41,1 % de las personas entre 18 y 59 años. Mientras que la dificultad para entender, recordar o tomar decisiones por sí mismo afecta el desempeño diario del 50 % de las personas menores de 18 años.

Gráfica 5. Dificultad que más afecta la vida cotidiana de las PCD según grupos de edad



El 47,7 % de las personas con discapacidad encuestadas reportó haber nacido con la dificultad que más afecta su desempeño diario. Este porcentaje es casi dos veces mayor entre menores de 18 años (71,1 %). En una menor proporción, el 26,2 % señaló que dicha dificultad fue causada por una enfermedad, el 14,9% la atribuyó a un accidente y el 2,6 % indicó que fue consecuencia de hechos violentos. Las probabilidades de que la causa principal de la discapacidad sea una enfermedad o un accidente se duplican entre las personas de 60 años o más.

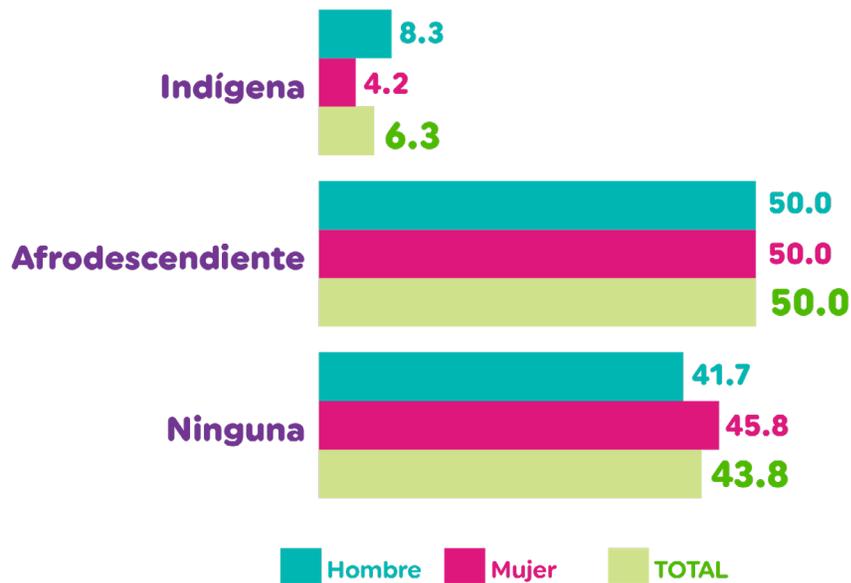
Gráfica 6. Causa de la dificultad que más afecta el desempeño diario según edad de la PCD



2.1.2. Adolescentes

Con relación a las características de los 48 niños, niñas y adolescentes sin discapacidad entrevistados, el 25 % tiene entre 10 y 13 años y el 75 % entre 14 y 17 años. El 10 % cursó los cinco años de educación primaria, el 54,2 % básica secundaria y el 35,4 % educación media. A su vez, el 50 % se reconoce como negro o afrodescendiente, el 6,3 % (3 casos) como indígenas y 43,8 % no pertenece a un grupo étnico

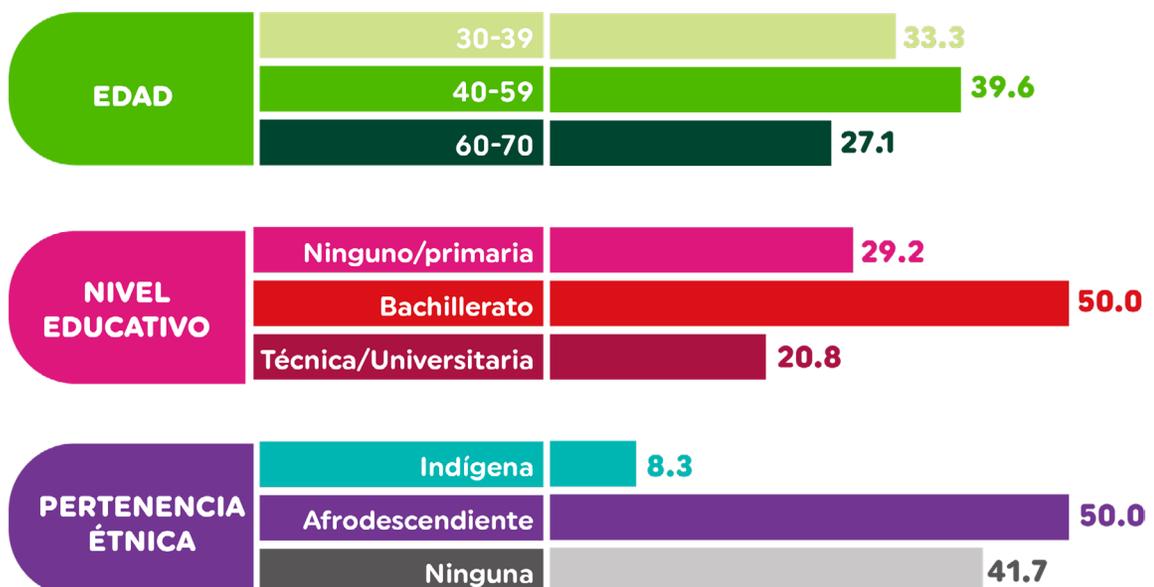
Gráfica 7. Pertenencia étnica de NNA según sexo



2.1.3. Cuidadores

Entre las 48 personas con responsabilidad de cuidado de PCD entrevistadas 47 son mujeres, por lo que en este informe se hablará de las cuidadoras. El 33,3 % tiene entre 39 y 39 años, 39,6 % entre 40 y 59 años y 27,1 % entre 60 y 70 años. Con relación al nivel educativo alcanzado, el 29,2 % cursó primaria, 50 % secundaria y 20,8 % educación técnica, tecnológica o universitaria. Además, el 50 % se reconoce como negra o afrodescendiente y 8,3 % (4 casos) como indígena y el 41,7 % no pertenece a un grupo étnico.

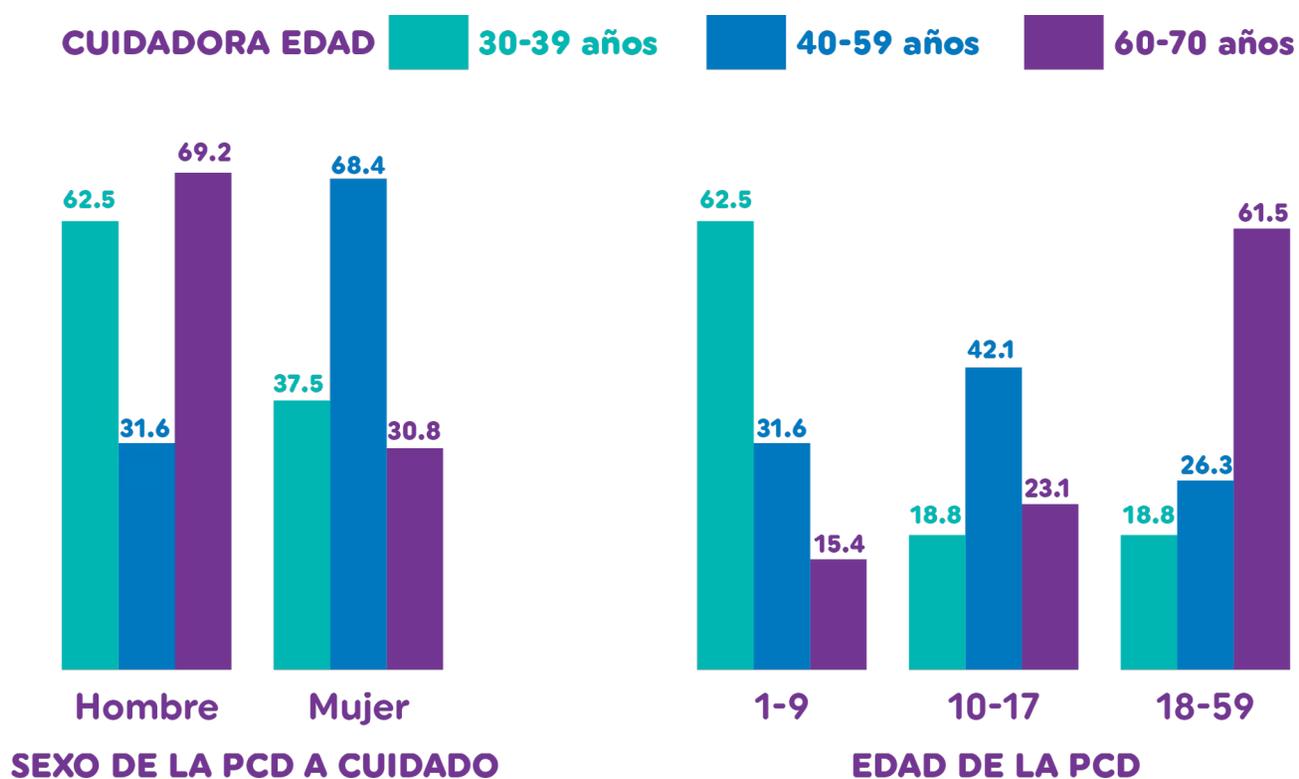
Gráfica 8. Edad, nivel educativo y pertenencia étnica de las cuidadoras



Características de las personas con discapacidad que tienen a cargo las cuidadoras

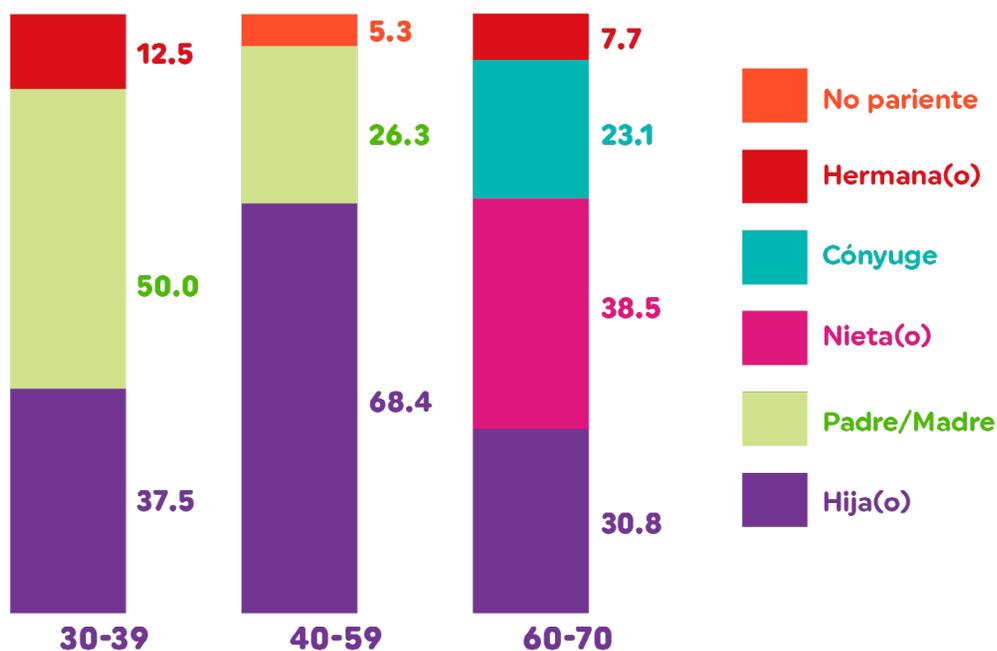
Se preguntó a las cuidadoras por las características básicas de la persona con discapacidad a su cuidado: sexo, edad, tipo de discapacidad y parentesco. El 52,1 % tiene a su cargo un hombre con discapacidad y el 47,9 % una mujer. El 37,5 % cuida a una PCD menor de 10 años, el 29,2 % entre 10 y 17 años y el 33,3 % mayor de 17 años. Las cuidadoras que tienen entre 30 y 39 años tienen a su cargo, en mayor porcentaje, personas con discapacidad menores de 10 años (62,5 %), aquellas que tienen entre 40 y 59 años en su mayoría son cuidadoras de adolescentes y quienes tienen más de 60 años se hacen cargo de mayores de 18 años.

Gráfica 9. Sexo y edad de la PCD a cargo según edad de la cuidadora



Con relación al tipo de discapacidad de las personas a cargo, se encontró que en similar porcentaje (39,6 %) las cuidadoras se encargan de PCD física e intelectual, el 29,2 % personas con discapacidad múltiple, el 18,8 % visual, el 10,4 % auditiva y el 4,2 % psicosocial. Mientras que el 47,9 % de las cuidadoras son madres de la persona con discapacidad a cargo, el 27,1 % son hijas, el 10,4 % abuelas y en igual porcentaje (6,1 %) son cónyuges o hermanas. Las cuidadoras que son adultas mayores de 59 años en mayor porcentaje tienen a su cargo nietos o nietas e hijos o hijas con discapacidad, las más jóvenes tienen en mayor porcentaje a su cargo padres y las cuidadoras entre 40 y 59 años se encargan de sus hijos.

Gráfica 10. Parentesco con la PCD según edad de la cuidadora



Economía del cuidado

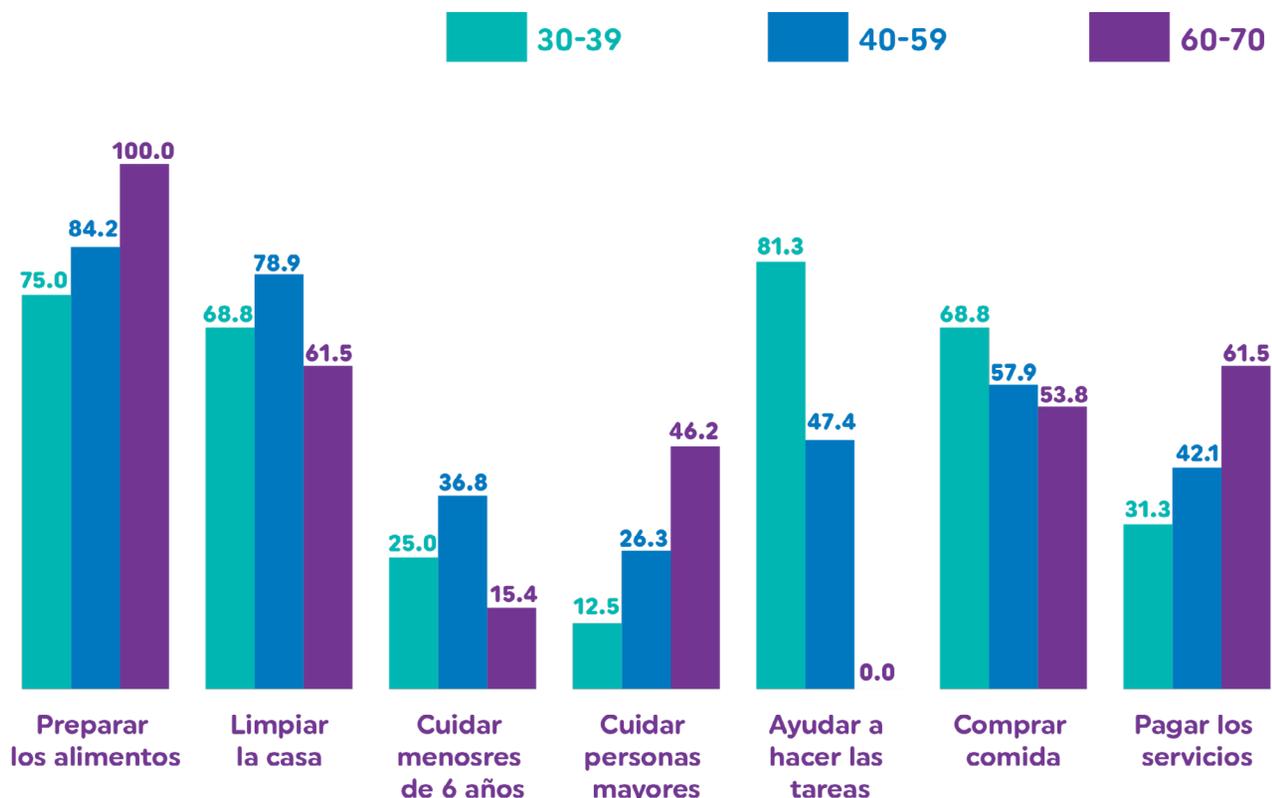
Para establecer si hay equilibrio en la carga de las actividades domésticas y las actividades de cuidado, se preguntó a las cuidadoras cuál es su principal actividad económica, quién se hace cargo del trabajo doméstico necesario para el funcionamiento del hogar y del cuidado de otros miembros del hogar, y si cuentan con el apoyo de otras personas para equilibrar sus actividades con las responsabilidades del cuidado.

La distribución de las tareas domésticas y de cuidado recae principalmente en las mujeres. Como se mencionó anteriormente, solo fue posible identificar un hombre cuidador. Nueve de cada diez cuidadoras viven con la PCD a cargo y siete de cada diez viven en hogares con cuatro o más personas.

Además de las actividades del cuidado de la persona con discapacidad, el 56,3 % de las cuidadoras se dedica a los oficios del hogar y el 33,3 % trabaja. El porcentaje que combina las actividades de cuidado con el trabajo doméstico llega al 69 % entre las cuidadoras mayores de 59 años, mientras que el 43,8 % de las cuidadoras menores de 40 años las combina con el trabajo formal.

Respecto a las actividades que comprenden el trabajo doméstico, el 85,4 % de las cuidadoras también tiene a su cargo la preparación de los alimentos y el 70,8 % la limpieza de la casa. A su vez, el 60,4 % se encarga de la compra de alimentos y el 43,8 % paga los servicios del hogar. En referencia al cuidado de otras personas del hogar, destaca que el porcentaje de cuidadoras de PCD que también debe hacerse cargo de los adultos mayores aumenta con la edad, mientras que el porcentaje que a su vez debe apoyar en las tareas escolares es más alto entre las cuidadoras más jóvenes.

Gráfica 11. Cuidadoras que se encargan de tareas específicas del cuidado según grupo de edad



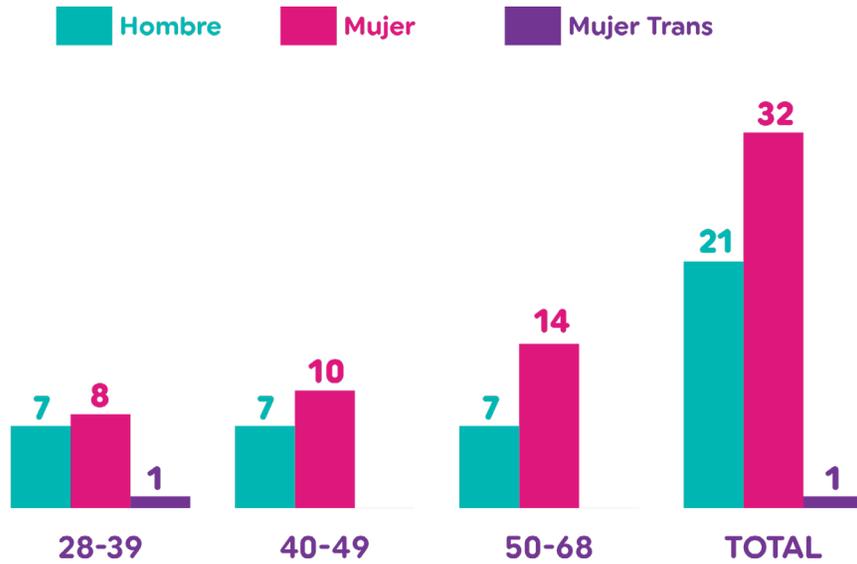
El 54,2 % de las cuidadoras no cuenta con el apoyo de otras personas para equilibrar sus actividades con las responsabilidades del cuidado, llegando al 100 % entre las cuidadoras que también son adultas mayores. Asimismo, el 68,8 % de las cuidadoras menores de 40 años y el 47,4 % de las cuidadoras entre 40 y 59 años sí cuentan con el apoyo de otros miembros del hogar para equilibrar sus actividades.

2.1.4. Líderes comunitarios

En las entrevistas semiestructuradas participaron 54 personas que son líderes o representantes de 33 organizaciones de base comunitaria, de las cuales seis están ubicadas en zona rural y 12 son organizaciones de y para personas con discapacidad,

Entre las personas entrevistadas el 38,9 % son hombres, el 59,3 % mujeres y una de ellas es trans. El 29,6 % tiene menos de 39 años, el 31,5 % entre 40 y 49 años y el 38,9 % 50 años o más.

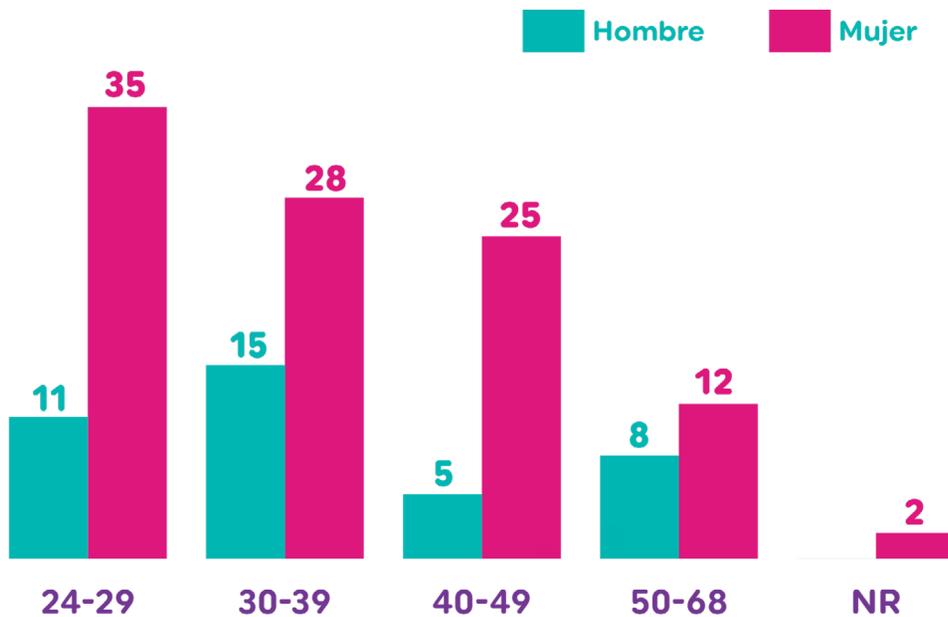
Gráfica 12. Número de líderes comunitarios entrevistados según edad y sexo



2.1.5. Funcionarios del estado

En los 24 grupos focales participaron 141 funcionarios del estado de los cuales 40 pertenecen al sector Educación, 61 al sector Protección y 40 al sector Salud. El 27% son hombres y el 72,3 % mujeres. El 63 % tiene menos de 40 años, el 21,3 % entre 40 y 49 años y el 14,2 % 50 años o más.

Gráfica 13. Número de funcionarios y funcionarias del estado participantes en los grupos focales según edad y sexo



2.2. Marco legal para el análisis de la discapacidad en Colombia

De acuerdo con el tratamiento social que se ha dado a las personas con discapacidad pueden distinguirse tres modelos para su análisis que están plasmados en el marco normativo sobre discapacidad (Palacios, 2008); (Zamora et al., 2018). El primer modelo, denominado de prescindencia, consideraba que la discapacidad tenía su origen en causas religiosas y que estas personas eran una carga para la sociedad. Además, que su vida no tenía valor por lo que se prescindía de estas personas mediante prácticas eugenésicas, como el infanticidio en la antigüedad, o se las excluía condenándolas a la pobreza y mendicidad en la Edad Media.

El segundo modelo es el rehabilitador, o médico, que considera que la discapacidad es una enfermedad y que las PCD pueden aportar a la comunidad si son rehabilitadas o normalizadas. La atención se centra en la discapacidad (aquello que la persona no es capaz de realizar) y el tratamiento social adopta una actitud paternalista, caritativa y sobreprotectora. Las personas con discapacidad son consideradas "minusválidas" y se crean instituciones para protegerlas. Bajo este modelo se analizan en este capítulo las normas colombianas promulgadas desde la Constitución Política de 1991 y antes de 2005.

En tercer lugar, se encuentra el modelo social en el cual se considera que las causas de la discapacidad son sociales. Las condiciones individuales de las PCD no son la causa del problema, sí lo son las limitaciones de la sociedad para prestar los servicios apropiados y para garantizar que participen y sean atendidas dentro de la organización social. En este marco las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en la misma medida que el resto de las personas. Toda vida humana es igualmente digna y lo que esta población pueda aportar a la sociedad depende de la inclusión y la aceptación plena de su diferencia.

En el modelo social las PCD pueden participar plenamente en la sociedad si cuentan con los apoyos y ajustes razonables necesarios. Bajo este marco se analizan en este capítulo las normas que se promulgaron después de la aprobación de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999) y de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). También, haciendo énfasis en el enfoque de derechos, se analizan las leyes 1996 de 2019 y 2297 de 2023 que marcaron un hito en la normatividad colombiana frente a la discapacidad.

2.2.1. Modelo médico-rehabilitador

El marco para la protección de los derechos de las PCD se encuentra en cuatro artículos de la Constitución Política de Colombia de 1991: el 13, 47, 54 y 68. El artículo 13 promueve la garantía del derecho a igualdad real y efectiva de las

personas con discapacidad, así como el deber del Estado de adoptar medidas para su cumplimiento. El artículo 47 se refiere a la atención especializada que deben recibir las personas con discapacidad y el artículo 54 establece lineamientos para la inclusión laboral de las personas con discapacidad. Mientras que el artículo 68 trata sobre su acceso a la educación (Constitución Política de Colombia, 1991).

Posterior a la Constitución, cuatro normas más regulan la protección a los derechos de las personas con discapacidad. La primera es el Decreto 2381 de 1993 "Por el cual se declara el 3 de diciembre de cada año como el día nacional de las personas con discapacidad" (Decreto 2381 de 1993). La segunda es la Ley 163 de 1994, que en su artículo 16 establece la posibilidad de que las PCD puedan ejercer el derecho al sufragio "acompañados"- Adicionalmente, la Ley 361 de 1997 establece mecanismos de integración social de las personas con limitación. Finalmente, la Ley 982 de 2005 guía la implementación de normas "(...) tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas". Si bien se debe resaltar el esfuerzo por reglamentar la protección de los derechos de las personas con discapacidad, también se observa un sesgo capacitista² en algunas reglas. Tanto en la Constitución como en las leyes 163 de 1994, 361 de 1997 y 982 de 2005 se evidencia un uso del lenguaje similar para tratar la discapacidad. Estas normas se refieren a las PCD como "disminuidos" o "limitados" o "ciudadanos que padecen limitaciones", y a la discapacidad, en general, como "minusvalía" o una condición que "les impide valerse por sí mismos".

Además, el objetivo principal de estas tres normas es fomentar medidas, planes, programas y acciones encaminadas a, entre otros, "la normalización social plena", a "disminuir y/o eliminar las distintas circunstancias causantes de limitación", y a promover "la prevención de aquellas condiciones generalmente causantes de limitación". Lo anterior, con el fin de que las personas con discapacidad puedan "alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento". En general, dichas normas fomentan la prevención con el fin de "impedir que se produzca un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial" (Ley 163 de 1994; Ley 361 de 1997; Ley 982 de 2005)

El uso de este tipo de lenguaje permite evidenciar la percepción de la discapacidad relacionada con la dependencia, en la que se habla de sujetos con problemas que requieren asistencia, protección o rehabilitación para su normalización y consecuente integración a la sociedad. Como ya se mencionó, a estas formas de ver la discapacidad, la academia las ha clasificado como modelo rehabilitador o médico. Sus narrativas coexisten muchas veces. Sobre el modelo médico, Rocío López (2011) señala que al sujeto con discapacidad se le asume como aquel que es objeto de asistencia y protección y que requiere ser tratado desde el ámbito médico-sanitario o religioso. Mientras que en un modelo rehabilitador el objetivo es que "alcance el estado más cercano a la 'normalidad' para luego incorporarse a la sociedad" (López Masís, 2011, pág. 102).

²De acuerdo con Gloria Álvarez (2023, pág. 9) "el capacitismo como sistema de opresión exige un único modo de entender el cuerpo humano y la relación de ese cuerpo con su entorno. Incrustado de manera profunda en las prácticas sociales, la exigencia de normalidad que se le hace al cuerpo determina a quién se le otorga el privilegio de que su cuerpo sí sea cuerpo, qué espacio puede ocupar y cómo lo ocupa; así como a quién se le reconoce o niega derechos e, incluso, la humanidad".

2.2.2. Modelo social

El primer instrumento internacional concentrado en las personas con discapacidad es la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999) que, además de la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, busca propiciar su plena integración en la sociedad, adoptando medidas legislativas, sociales, educativas, laborales o de cualquier otra índole (OEA, 2018). La convención fue aprobada por el Congreso de la República de Colombia en la Ley 762 de 2002 y ratificada el 11 de febrero de 2004.

En segundo lugar, está la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) que tiene como propósito "promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad" (Organización de las Naciones Unidas, 2006, pág. 4). La convención marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en sí mismos una discapacidad. En Colombia, la Ley 1346 de 2009 aprueba este tratado internacional y fue ratificada el 10 de mayo de 2011.

Posterior a la aprobación de las convenciones –y el surgimiento de otros instrumentos internacionales– se observa, en algunas normas, un cambio en el lenguaje para referirse a la discapacidad y a la población con discapacidad. Así mismo, algunas de las acciones que se promueven se encaminan a lograr autonomía. Por ejemplo, la Ley 1145 de 2007 que "organiza el Sistema Nacional de Discapacidad (SND)", resalta el principio de "autonomía" que implica el derecho de las PCD a tomar sus propias decisiones y ejercer control sobre las acciones que los y las involucran para una mejor calidad de vida y con mayor nivel de autosuficiencia. Además, reconoce que el ambiente o las barreras físicas, ambientales, culturales, sociales son limitantes y no que la persona "tiene o padece" limitaciones.

No obstante, el cambio no es rotundo y coexiste con normas que reflejan una percepción tradicional y médica de la discapacidad. Por ejemplo, las leyes 1306 de 2009 y 1618 de 2013 definen a las personas con discapacidad como aquellas que tienen una deficiencia "física, mental, intelectual o sensorial".

En el caso de la Ley 1306 de 2009, cuyo objeto es la protección de personas con discapacidad mental a través del régimen de representación legal de incapaces emancipados, resalta la necesidad de proteger y garantizar los derechos fundamentales de la población con discapacidad mental. Define a estas personas como aquellas que "padecen limitaciones psíquicas o de comportamiento, que no le permite comprender el alcance de sus actos o asumen riesgos excesivos o innecesarios en el manejo de su patrimonio" (Ley 1306 de 2009). Para su protección, hace énfasis en la necesidad de proteger sus derechos a la salud, la educación y la rehabilitación. Además, las clasifica como incapaces absolutos o relativos dependiendo si "sufren una afección o patología severa o profunda de

aprendizaje". En el caso de las personas con discapacidad mental absoluta, se concibe la interdicción como una medida de restablecimiento de derechos del discapacitado. De otra parte, para el caso de la discapacidad mental relativa, se conciben medidas como la inhabilitación.

La ley estatutaria 1618 de 2013 establece disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Lo anterior, a través de la atribución de responsabilidades al Estado y a la sociedad en términos de su inclusión real y efectiva. Para tal fin, señala obligaciones específicas de las autoridades en la implementación de políticas, planes y programas, así como la incorporación en el presupuesto y planes de inversiones de recursos destinados a la implementación de ajustes razonables (Ley 1618 de 2013).

Bajo este modelo social, el cambio más notorio se evidencia en el Decreto 1421 de 2017 mediante el cual se reglamenta la atención educativa a la población con discapacidad en el marco de la educación inclusiva en los niveles de preescolar, básica y media (Presidencia de la República, 2017). Esta es la primera norma que en Colombia empieza a hablar de la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, de movilidad o de comunicación con el fin de facilitar que las PCD puedan participar y ejercer su autonomía e independencia. Esta norma también reconoce que esta población enfrenta barreras actitudinales derivadas de falsas creencias o institucionales y de infraestructura que les impiden su aprendizaje, y la participación plena y efectiva en la sociedad.

2.2.3. Enfoque de derechos

Si bien la convención sobre los derechos de las PCD da inicio al abordaje de la discapacidad desde un enfoque de derecho, en Colombia este abordaje se hace tangible en el marco legal a partir de las leyes 1996 de 2019 y 2297 de 2023. Estas normas marcan un hito en la forma de ver la discapacidad. La primera, por ejemplo, dispone medidas específicas para la garantía del derecho a la capacidad legal plena de las PCD. A su vez, elimina la figura de la interdicción y reconoce la obligación del Estado y las instituciones de brindar todos los apoyos, ajustes necesarios y salvaguardas para que puedan ejercer de forma plena dicha capacidad. Por su parte, la Ley 2297 de 2023 reglamenta medidas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y sus cuidadores o asistentes personales. Esta norma señala específicamente que se estructura bajo el enfoque de derechos humanos y el biopsicosocial. Para garantizar el acceso al servicio de cuidador o la asistencia personal a las personas con discapacidad que lo requieran, dispone medidas como un sistema de registro y caracterización de cuidadores de PCD, la flexibilidad en el horario laboral para familiares cuidadores que tengan además calidad de trabajadores, la inclusión de los cuidadores en redes de emprendimiento, programas de orientación y formación, la priorización en el acceso a programas sociales del estado y participación en programas de promoción de la salud, entre otros.

2.2.4. Política pública de discapacidad

Tres documentos de política pública han abordado la Política Pública de Discapacidad en Colombia durante los últimos 30 años. En primer lugar, se encuentra el CONPES 80 de 2004 y, en segundo lugar, el CONPES 166 de 2013. El tercer documento es el Plan de Desarrollo Nacional (2022-2026) en su capítulo 7 "Discapacidad: Garantías hacia un mundo sin barreras para las personas con discapacidad".

El CONPES 80 de 2004 contiene los compromisos para la implementación de la política pública de discapacidad. Hace parte del Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006 "Hacia un Estado Comunitario" y plantea estrategias para la protección de los derechos de esta población. Este documento va más allá de la perspectiva biomédica y se enmarca en una visión amplia y de carácter social (integración social) que involucra al entorno, la sociedad y la cultura. No obstante, sus programas se dirigen a la superación de la situación de discapacidad y a reducir la potencial repercusión en caso de materializarse el riesgo de discapacidad (Consejo Nacional de Política Económica-Departamento Nacional de Planeación, 2004).

Por su parte, el CONPES 166 de 2013 precisa los compromisos necesarios para la implementación de la política como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 "Prosperidad para Todos". Se enmarca explícitamente dentro del enfoque de derechos establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas. Por tanto, plantea que las PCD deben gozar de autonomía e independencia individual, y que sus derechos humanos y libertades fundamentales deben ser promovidos y protegidos por el Estado. El CONPES 166 contiene siete estrategias para garantizar la igualdad de derechos: el uso y el disfrute del espacio y el transporte público, el acceso al arte, la cultura, el patrimonio, el deporte, la actividad física y el uso del tiempo libre (Consejo Nacional de Política Económica-Departamento Nacional de Planeación, 2013).

Actualmente, el Plan de Desarrollo Nacional (2022-2026) en su capítulo 7 "Discapacidad: Garantías hacia un mundo sin barreras para las personas con discapacidad" contiene siete estrategias para garantizar "la igualdad de derechos para el uso y el disfrute del espacio y el transporte público, el acceso al arte, la cultura, el patrimonio, el deporte, la actividad física y el uso del tiempo libre" (Ley 1996 de 2023, pág. 266). Si bien no señala el enfoque dentro del que se enmarca, sí reconoce que son las barreras actitudinales, físicas y comunicativas, y en general el entorno, las fuentes cotidianas de marginación y segregación de las PCD.

El carácter mandatorio de la Agenda 2030 y el seguimiento de los avances en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), compromete a los países a implementarlos a través de sus políticas y la asignación de recursos. En la Agenda 2030 global la discapacidad está contemplada en siete ODS, siete metas y en 10 indicadores (CEPAL, 2018). En Colombia a través del CONPES 3818 de 2018 se establecieron las metas, indicadores y estrategias priorizadas para el cumplimiento de ello (Departamento de Planeación Nacional, 2018).

Se destaca que en Colombia la discapacidad solo está contemplada explícitamente en el Objetivo 4 "Educación de Calidad", en la meta 4.5: "Eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad". En Colombia el indicador de logro para evaluar el cumplimiento de esta meta es la reducción de la brecha entre cobertura neta urbano-rural en educación preescolar, básica y media.

La otra meta de este objetivo que contempla la discapacidad es la 4.a: "Construir y adecuar instalaciones educativas que tengan en cuenta las necesidades de los niños y las personas con discapacidad y las diferencias de género, y que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos". En este caso, el indicador de logro para Colombia es el aumento en el porcentaje de matrícula oficial con conexión a internet (Ministerio de Educación Nacional, 2024).

La ausencia de un indicador específico en esta agenda sobre la matrícula y retención de personas con discapacidad en el sistema educativo, la implementación de adecuaciones razonables en las instalaciones, o la incorporación de apoyos que favorezcan la comprensión, la comunicación y el aprendizaje, no solo dificulta el seguimiento a los avances en la garantía de sus derechos, sino que también limita la posibilidad de asignar recursos adecuados para atender sus necesidades.

2.2.5. Derecho a la salud, y a la salud sexual y reproductiva

En el marco del modelo social de discapacidad, el Ministerio de Salud y Protección Social junto a otros organismos han establecido diversas normativas para abordar la salud de las PCD. Con esto, es esencial dar una primera mención a la Ley 1751 de 2015, denominada "Ley Estatutaria en Salud", por la cual se establece el derecho fundamental a la salud de todas las personas en Colombia incluyendo aquellas con discapacidad, lo que implica su garantía, regulación e implementación de mecanismos de protección. Específicamente, en el artículo 11 la normativa precisa que las personas con discapacidad son sujetos de especial protección por parte del Estado y, por lo tanto, debe regularse el acceso a los servicios de salud como parte de su derecho a recibir atención integral y sin barreras.

Con la Resolución 429 de 2016 se reglamenta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que orienta los objetivos del sistema y de la seguridad social en salud. La PAIS cuenta con un marco estratégico que responde a la atención primaria de toda la población que resalta el enfoque diferencial y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Este instrumento busca adoptar las herramientas para garantizar las acciones de atención integral en salud (Resolución 429 de 2016).

También, cabe mencionar la Resolución 113 de 2020, que fue primordial para implementar la Certificación de Discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, herramienta que permite visualizar los datos de las PCD en el país para poder generar acciones inclusivas a nivel departamental, distrital y municipal. Es esencial aclarar que el Ministerio de Salud ha impulsado estrategias para articularse con la población civil, especialmente las organizaciones de base comunitaria de personas con discapacidad. La estrategia más relevante es la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) que busca impulsar la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, sus familias, organizaciones y comunidades, y servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, pág. 3).

En materia de protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y del abordaje de las violencias de género, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014-2021) adoptó el enfoque diferencial, dando relevancia a la protección de los derechos de las personas o los grupos poblacionales inmersos en condiciones de vulnerabilidad incluyendo a las personas con discapacidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

La Resolución 1904 de 2017 es un avance normativo fundamental para garantizar que las PCD puedan acceder a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Señala la obligatoriedad de proveer los apoyos, ajustes y salvaguardias necesarias para que puedan tomar decisiones informadas y su anexo técnico establece las acciones que debe llevar a cabo el sector salud para eliminar las barreras en la atención a esta población. La resolución reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y su autonomía para decidir sobre sus derechos sexuales y reproductivos (Resolución 1904 de 2017).

Con relación a la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la Resolución 051 de 2023 reconoce que las personas con discapacidad pueden otorgar su consentimiento con el uso de apoyos y ajustes razonables. A su vez, que la información se debe proporcionar en formatos y medios accesibles y adecuados, utilizando ajustes razonables, apoyos y salvaguardas. También, que la IVE deberá prestarse teniendo en cuenta la edad, nivel de educación, nivel socioeconómico, etnia, identidad de género, condición de discapacidad o si se trata de población urbana o rural (Resolución 051 de 2023).

Frente a la violencia de género, aunque no existe un mecanismo exclusivamente dirigido a las personas con discapacidad, destacan algunas leyes que contemplan el enfoque diferencial. La Ley 1257 de 2008 que tiene como objetivo la "adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia" (pág. 1), establece medidas para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres. Pese a que no menciona específicamente a las personas con discapacidad, es fundamental en el marco de la violencia de género y hace énfasis en el enfoque diferencial. Señala el principio de Atención Diferenciada, el cual parte de garantizar la atención a necesidades y circunstancias

específicas de mujeres especialmente vulnerables o en riesgo, de manera que se asegure su acceso efectivo a los derechos de la ley.

El Protocolo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia de Género tiene puntos clave como la atención de emergencia, el acceso a los servicios de salud, las garantías de no revictimización, la coordinación interinstitucional, la asesoría y acompañamiento jurídico y las medidas de protección (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Otro de los mecanismos es el Comité Interinstitucional de Violencia de Género, el cual articula esfuerzos para la prevención, atención y protección de las víctimas de violencia de género. A su vez, trabaja en la implementación de políticas públicas y planes de acción en los que se reconoce la necesidad de incluir a las PCD y de garantizar que los servicios de salud sean accesibles para ellas (Ley 1257 de 2008).

Frente a la violencia sexual, se encuentra la Guía Defensorial para la Atención Integral a Mujeres Sobrevivientes de Violencia Sexual de la Defensoría del Pueblo, herramienta orientadora para brindar atención especializada a las víctimas con enfoque diferencial y de género. Allí se habla de las mujeres con discapacidad, señalando que pueden requerir asistencia especializada o ayudas técnicas que se deben proporcionar para garantizar la investigación en condiciones dignas y de igualdad (Defensoría del Pueblo, 2019).

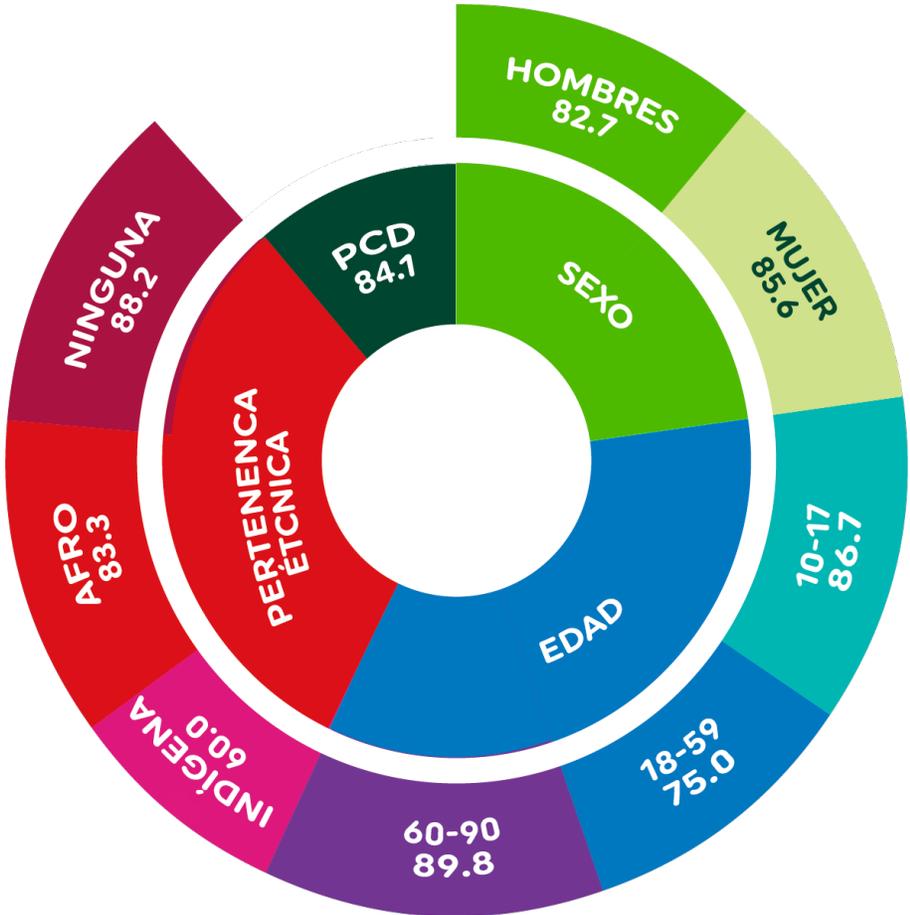
También, es relevante mencionar la Resolución 0459 de 2012, que establece el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, el cual es una herramienta metodológica y conceptual de 15 pasos para garantizar la atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas. En este mencionan explícitamente a las personas con discapacidad, en el paso número uno "Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual", advirtiendo que son poblaciones altamente vulnerables (Resolución 0459 de 2012).

2.3. Conocimiento del marco normativo

A partir de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el concepto de discapacidad trasciende la preocupación sobre el bienestar social y se consolida como una cuestión de derechos humanos (Palacios, 2008). La difusión y el conocimiento de los derechos entre las personas con discapacidad, sus familiares o cuidadores, las organizaciones comunitarias y funcionarios con competencia en la atención de sus necesidades, son esenciales para su protección y ejercicio y son un medio de protección y empoderamiento para poder enfrentar cualquier negligencia o abuso (Amnistía Internacional, 2024). En este sentido, se encontró que el 84,1 % de las personas con discapacidad encuestadas no conoce leyes que reconocen sus derechos. Este desconocimiento es mayor entre las mujeres, las personas con discapacidad que no pertenecen a un grupo étnico y entre mayores de 59 años.

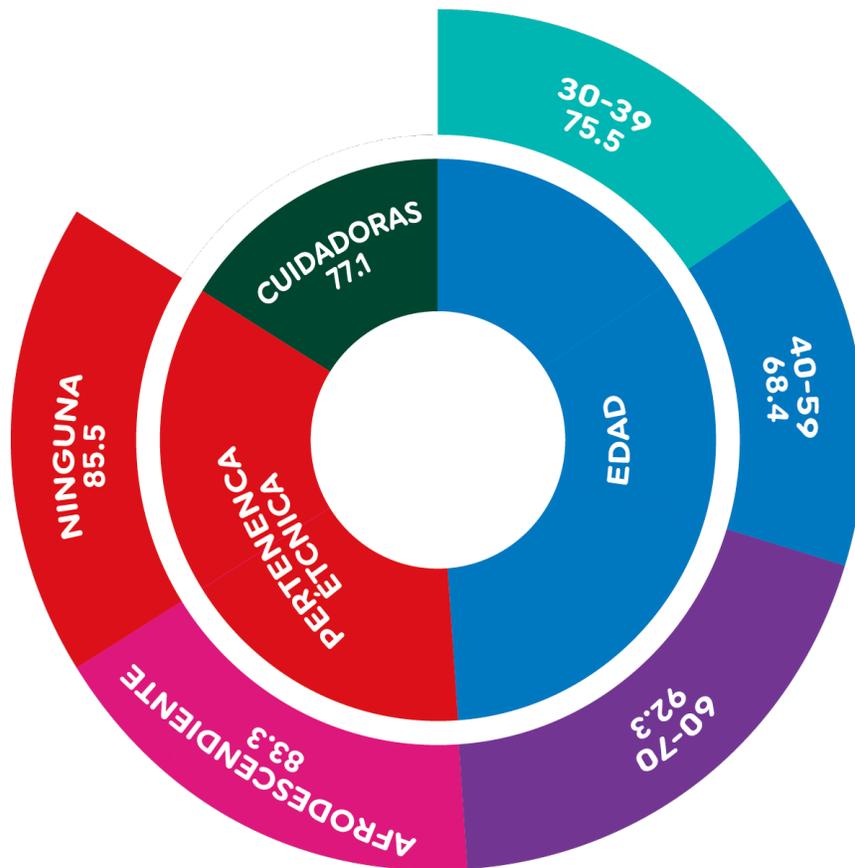
El 7,7 % reconoce la Ley 1618 de 2013 o Ley Estatutaria de Discapacidad; en igual porcentaje (6,7 %) tienen presente la Ley 1752 de 2015 que penaliza la discriminación por motivos de discapacidad, el Decreto 1421 de 2017 que reglamenta la atención educativa a personas con discapacidad, y la Ley 1996 de 2019 que elimina la interdicción y establece que las personas con discapacidad tienen capacidad legal para decidir. En igual porcentaje (5,6 %) conocen la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y la Ley 2297 de 2023 que establece medidas para garantizar el acceso al servicio de cuidado y medidas de acompañamiento a cuidadores y familias de PCD. Solo el 4,6 % de las personas con discapacidad encuestadas conoce la Resolución 1904 de 2017 que garantiza el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva.

Gráfica 14. Porcentaje de PCD que no conoce leyes que reconocen sus derechos



A su vez, entre las cuidadoras de personas con discapacidad, el 77,1 % no conoce leyes que reconocen los derechos de las personas con discapacidad. El desconocimiento es mayor entre cuidadoras mayores de 59 años (92,3 %), afrodescendientes (83,3 %) y que no pertenecen a un grupo étnico (85 %). Destaca que las cuatro mujeres indígenas encuestadas conocen alguna ley que reconoce los derechos de las personas con discapacidad.

Gráfica 15. Porcentaje de cuidadoras que no conocen leyes que reconocen los derechos de las PCD



En igual porcentaje (16,7 %) de las cuidadoras conocen la Ley 1618 de 2013 o Ley Estatutaria de Discapacidad, la Ley 1752 de 2015 y Ley 1996 de 2019. El 14,6 % tiene presente el Decreto 1421 de 2017. En igual porcentaje (12,5 %) las cuidadoras conocen la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Resolución 1904 de 2017. El 10,4 % sabe de la Ley 2297 de 2023 y solo el 4,2 % conoce la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra Personas con Discapacidad.

La forma en que se percibe la discapacidad también se refleja en cómo se adopta e interpreta la reglamentación en materia de protección a los derechos de las personas con discapacidad. Identificar las políticas públicas que se han implementado para la protección efectiva de sus derechos y los enfoques desde los que se acata dicha normatividad, aporta a la comprensión de la situación de sus derechos sexuales y reproductivos y del abordaje de las violencias a las que están expuestas.

Para ahondar en el conocimiento del marco normativo y su nivel de implementación en los territorios, en las entrevistas con líderes de organizaciones de base comunitaria y en los grupos focales con funcionarios de los sectores salud, educación y protección se preguntó por acciones desarrolladas en el marco del Decreto 1421 de 2017, la Resolución 1904 de 2017, la Ley 297 de 2023 y la Resolución 459 de 2012. A continuación, se presentan los principales hallazgos

sobre la implementación de estas normas teniendo en cuenta la perspectiva de los dos grupos consultados, líderes de organizaciones comunitarias y funcionarios estatales, cuándo fueron divergentes o, de manera global, cuándo no se encontraron patrones diferenciadores.

Decreto 1421 de 2017

Los líderes de las diferentes organizaciones de base comunitaria consultados coinciden en plantear que el Decreto 1421 de 2017 de educación inclusiva no se aplica correctamente: en las instalaciones educativas no hay infraestructura adecuada para recibir personas con discapacidad, no cuentan con docentes capacitados para atenderlas y las directivas de los colegios no priorizan su atención.

Llaman la atención sobre una situación compleja y común en los municipios relacionada con la interacción de los docentes y estudiantes con discapacidad: no les prestan la atención necesaria ya que si los atienden descuidan a los otros estudiantes, por lo que los excluyen de la actividad curricular buscando estrategias de entretención y no de aprendizaje. Así lo sintetiza una líder:

"Entonces, a veces, le ponía a hacer algo a él. Con él se buscaba, era como que resolviera rompecabezas o que transcribiera de un libro a otro. Pero mientras estaba ahí con él, los otros niños no estaban descuidados, entonces, hay como ese tema ahí" (Entrevistas).

Los líderes entrevistados que participan en los Comités Municipales de Discapacidad han realizado mesas con el personal docente para discutir sobre la situación educativa de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y poder concretar planes de trabajo para fortalecer su educación:

"A los comités asisten también los rectores de las instituciones o las personas encargadas de ese tema [...] se les hace saber las condiciones y cómo se está manejando la situación y ellos también nos dicen cuál es su plan de trabajo para estos niños. Pero pues, una cosa es lo que ellos dicen, otra cosa es lo que realmente hacen dentro de las instituciones" (Entrevistas).

Las organizaciones también han realizado mesas con las madres de personas con discapacidad intelectual para abordar las falencias del sistema frente a la educación inclusiva:

"Hicimos una mesa de trabajo con las mamás que tienen sus hijos digámoslos así estudiando que tienen su discapacidad cognitiva y realmente nos damos cuenta la falencia tan grande que hay en la parte educativa" (Entrevistas).

En otros casos más que realizar alguna acción concreta frente a la educación inclusiva, las organizaciones acompañan procesos para garantizar el ingreso de las personas con discapacidad a las instituciones educativas:

"Hemos acompañado de pronto, teniéndolos como en cuenta cuando salen algunas convocatorias de los colegios. En Puerto Refugio, por ejemplo, hay un internado, que se llevan los niños ahí y ellos se quedan ahí en la comunidad" (Entrevistas).

Estos esfuerzos dejan ver que no se han implementado estrategias para transversalizar la ruta para la atención educativa prevista por la norma ni para adaptar los planes de estudio y los materiales de enseñanza. Solo se está avanzando en recibir niños, niñas y adolescentes con discapacidad en las instituciones educativas. Que en sus relatos los líderes no consideren apoyos y ajustes razonables para mejorar la comprensión y la comunicación —como la traducción a lectura fácil o el uso de dispositivos de apoyo auditivo—, ni mencionen herramientas clave para la implementación del modelo de educación inclusiva —como el Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR) o el Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA)—, puede ser un indicio de que aún no existe una comprensión integral de la educación inclusiva ni del alcance de la Ley 1421 de 2017.

Cabe mencionar que cuando se abordó la Ley 1421 del 2017, los funcionarios del sector Educación tomaron la vocería en los grupos focales. El mayor consenso se encontró en la mención de que educación inclusiva consiste en aceptar a todos los estudiantes sin discriminación, retenerlos el mayor tiempo posible dentro del sistema escolar y desarrollar un proceso de flexibilización curricular:

"Sobre la educación inclusiva [...] la recomendación es que a todos los estudiantes debemos acogerlos, no podemos dejar estudiantes por fuera del sistema de educación. Y que hay estudiantes que por más discapacidad que tengan, que este estudiante tenga un problema que es así, no de problema, sino de dificultad, entonces, en base a eso lo que tenemos es que buscar estrategias cómo atenderlos para que este estudiante pueda continuar sus estudios" (Grupos focales).

No obstante, no plantean acciones específicas para implementar o hacer efectiva la educación inclusiva, indicando conocimiento parcial de la norma. Resaltan las alusiones a los pocos avances en este campo, la falta de implementación de estrategias para adaptar los planes de estudio o los materiales de enseñanza y el avance en recibir niños y niñas sin distinción alguna.

Solo en los grupos focales de dos municipios se aborda y explica la ruta de atención educativa para las PCD consistente en la identificación de la discapacidad, seguida de una valoración a través de psico-orientación, la posterior implementación de un Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR) y el Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA). Resaltan que se han capacitado para desarrollar estrategias pedagógicas inclusivas y currículos flexibles para mejorar la educación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

De otra parte, algunos participantes mostraron mayor desconocimiento de la norma, resistencia a su implementación y una percepción negativa de la discapacidad, ligadas a las prácticas pedagógicas denunciadas por los líderes:

"[...] la capacitación como así, sentarse uno y hacer un plan de clase diferente para esas personas no, no. Solo te digo sinceramente aceptarlo en el colegio, tenerlo en el colegio. Porque no podemos darle un conocimiento para que él se desenvuelva como un ciudadano más con conocimiento, que sepa sumar, que sepa restar, que mejore su condición de habla"
(Grupos focales).

"Pero es bastante complejo trabajar con esta clase de personas que presentan alguna discapacidad en una institución donde los docentes, mire, no conocemos ni las normas, ni nos han preparado para ese trabajo" **(Grupos focales).**

Resolución 1904 de 2017 y Ley 1996 de 2019

La Resolución 1904 de 2017 reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y su derecho a decidir sobre sus derechos sexuales y reproductivos con base en información adecuada y suficiente. Establece acciones para eliminar las barreras en la atención de esta población.

En los grupos focales se evidencia desconocimiento de esta resolución y no hay menciones a ajustes o apoyos específicos que permitan a las personas con discapacidad ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos. Tampoco alusiones al derecho al consentimiento informado en los servicios de salud ni a adaptaciones para la comunicación o comprensión de la información en el caso de pacientes con discapacidad.

Cuando se habla de personas con discapacidad que acceden a atenciones en salud sexual y reproductiva se menciona que "van acompañadas por sus mamitas", lo que sugiere que el consentimiento lo otorgan los familiares y no las propias personas con discapacidad. Se encuentra más información sobre las decisiones reproductivas conectada con interdicción, específicamente con la Ley 1996 de 2019 que la elimina, como lo mencionó un funcionario del sector Protección:

"La nueva ley que los acoge a ellos, les da la autonomía para que ellos puedan también tomar decisiones frente a su sexualidad, a decidir si quieren o no quieren procrear, porque anteriormente, las hacían operar con el consentimiento de las mamás, ahora, actualmente ya entran a hablar con ellas, a preguntar y a discutir sobre este tema y a mirar a ver si ellas quieren o no quieren, entonces pues me parece perfecto porque pues las estamos incluyendo" (Grupos focales).

Puede plantearse que la interdicción solapó el reconocimiento y la aceptación del derecho de las personas con discapacidad a decidir sobre su sexualidad y sobre sus derechos sexuales y reproductivos primando su imagen de medida protectora. En los grupos focales, los funcionarios del sector Protección coincidieron en que esta directriz pudo haber sido de prevención, pero no fue de protección:

"[...] en el colegio donde trabajé antes, la niña tenía una discapacidad cognitiva y la mamá optó, cuando la niña cumplió 13 años, por hacerle colocar el dispositivo, el que va acá en el brazo, que para que la niña no fuera a quedar embarazada. La estaba protegiendo del embarazo, pero no la estaba protegiendo de que fuera abusada. Y yo con la señora algún día hablé y yo le dije, pero usted de que la está protegiendo, y dijo "pues que no quede en embarazo", le dije "pero es que tiene es que protegerla de que no sea abusada", y dijo "no, es que eso yo no lo puedo hacer porque la niña yo la dejo sola muchas veces" (Grupos focales).

En contraste, algunos funcionarios plantean que la eliminación de la interdicción puede ser buena en algunos casos de discapacidad mental o cognitiva. Los relatos de los líderes de las organizaciones de base comunitarias muestran que aún es común que otras personas decidan por esta población, especialmente si son mujeres y que, aunque esta sea una violación al derecho a la autonomía y una negación de su capacidad legal, sigue siendo una práctica socialmente aceptada:

"Sí la persona quiere tener hijos cae la responsabilidad bajo el cuidador. Así digamos que no, así digamos el papá va a ayudar, cae la responsabilidad bajo el cuidador" (Grupos focales).

"[...] yo tengo una comadre que tuvo un hijo y el papá la hizo ligar, porque vea que ella no habla bien, entonces para no estar jodiendo con pelaos" (Entrevistas).

"Bueno, yo pienso que no le vulnera los derechos. ¿Sabe por qué? Porque esas personas, esas personas deben tener a alguien que los guíe. Deben, por más inteligente que ellos sean o porque hay unos que aparentan estar bien, pero que tiene uno sabe que tiene alguna falencia" (Entrevistas).

Ley 2297 de 2023

En las entrevistas y grupos focales se identificó un bajo nivel de conocimiento y comprensión de la Ley 2297 de 2023 o Ley del Derecho al Cuidado. Algunos participantes nunca han oído hablar de ella, otros la han escuchado, pero no conocen sus alcances ni cómo aplicarla y coinciden en que las instituciones aún no han desarrollado acciones para difundirla. En general, tanto líderes como funcionarios mencionan su participación en capacitaciones, asistencia técnica y certificación, acompañamiento psicológico, talleres familiares y planes caseros como parte del apoyo a cuidadores:

"Entonces [...] desde el año pasado están publicando la nueva línea que se está sacando sobre personas cuidadoras, como que certificarlo. En este momento estamos haciendo el acompañamiento cuando recogimos las cédulas para certificarlo por medio de Sena como cuidadores de esa persona" (Entrevistas).

"Sí, nosotros en las líneas del proyecto acompañamos también a los cuidadores. A través del acompañamiento psicológico, tenemos también talleres familiares que incluyen actividades para fortalecer la comunicación, el ocio y la recreación y aspectos socioafectivos y espirituales" (Entrevistas).

"Trabajamos el equilibrio emocional, aparte la salud mental también se revisa porque pues sabemos que no es fácil estar a cargo de una persona con discapacidad, a veces no sabemos cómo abordar o cómo en pocas palabras tener la paciencia necesaria" (Grupos focales).

"La Secretaría de Desarrollo también ha realizado atención casa a casa, visitas domiciliarias, a ver el ambiente sociofamiliar de la persona con discapacidad y de la familia" (Grupos focales).

Tuvieron menor reconocimiento las acciones orientadas a fortalecer las habilidades de los cuidadores para atender situaciones de las personas con discapacidad o la gestión de espacios de educación sobre los derechos de esta población, haciendo énfasis en la autonomía y toma de decisiones.

"Se pone en conocimiento a la persona de cómo debe ser la forma de tratar o de entrar en el ambiente con la persona discapacitada. Y también respetando las preferencias la autonomía y también la toma de decisiones" (Grupos focales).

"Se hace un fortalecimiento a esa persona, al cuidador, para que de cierta forma sea como más llevadera la situación y tenga diferentes elementos para que pueda brindarle acompañamiento a la persona con discapacidad, especialmente ha sido con señores adultos mayores" (Grupos focales).

A su vez, cuando se indagó sobre acciones en beneficio de los cuidadores, los funcionarios del sector Educativo mencionaron la necesidad de que algunos niños con discapacidad cuenten con un acompañamiento continuo, pero no hicieron referencia a acciones concretas dirigidas al bienestar de los cuidadores ni a la implementación de servicios específicos para su apoyo.

Resolución 1239 de 2022 y Resolución 1197 de 2024

La Resolución 1239 de 2022 establece el procedimiento de certificación de la discapacidad y la inscripción en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPC). Por su parte, la Resolución 1197 de 2024 plantea un nuevo procedimiento para certificar la discapacidad y la inscripción

en el RLCPC. La certificación y registro de las personas con discapacidad les facilita acceder a programas, servicios y apoyos, y posibilita su caracterización, la identificación de sus necesidades específicas, su distribución geográfica y la implementación de programas y servicios en su área de residencia.

En las entrevistas y grupos focales se indagó por el conocimiento de estas normas y por las actividades y avances en la caracterización y registro de las PCD. En las respuestas no hubo alusiones específicas a la Resolución 1239 ni a la reciente norma que la deroga y actualiza el registro.

Entre los líderes se menciona la contribución desde sus organizaciones a la caracterización de las personas con discapacidad del municipio destacando la importancia de la certificación y el registro para gestionar el acceso a apoyos y recursos. A su vez, los funcionarios del sector Salud aportaron detalles sobre el proceso de certificación y los del sector Educación destacaron la importancia de la certificación para definir estrategias que contribuyan a su proceso educativo sin hacer mención específica al Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR).

"Nosotros pedimos historia clínica, fotocopia del documento, y yo los hacía llegar a la Coordinación de Salud. La Coordinación de Salud pues armaba los paqueticos y ya luego cuando se hacía convenio, el Ministerio de Salud enviaba presupuesto para eso pues lo hacíamos directo con el ministerio"
(Entrevistas).

"[...] tú tienes que ser consciente que la niña tiene una discapacidad y para que la niña pueda avanzar en el aspecto educativo, debe tener la certificación y debemos saber qué tipo de discapacidad tiene para que así mismo los docentes puedan tratarla" **(Grupos focales).**



2.4. Derechos sexuales y reproductivos

Las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento de su personalidad y capacidad jurídica en igualdad de condiciones con cualquier ciudadano y en todos los aspectos de la vida (Organización de las Naciones Unidas, 2006). Esta igualdad legal garantiza que puedan ejercer, sin restricciones, todos los derechos y obligaciones establecidos en la Constitución. Esto implica tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, orientación sexual, salud sexual y salud reproductiva (Ley 1618 de 2013). No obstante, en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, las PCD están expuestas a barreras actitudinales y a diferentes formas de discriminación como la negación de su sexualidad, la infantilización, la humillación o el rechazo a sus cuerpos (Profamilia, 2019, 2022).

Las formas en que se percibe la discapacidad y la sexualidad de las personas con discapacidad pueden propiciar entornos con barreras, negando su autonomía o coartando el ejercicio de sus derechos. En este sentido, el siguiente apartado presenta la percepción que tienen los niños, niñas y adolescentes escolarizados, las personas cuidadoras, los líderes de organizaciones comunitarias de base y los funcionarios del estado sobre la discapacidad y la sexualidad de las PCD. Lo anterior, desde tres dimensiones clave: la educación para la sexualidad, la salud materna y reproductiva, y las violencias.

2.4.1. Percepción sobre la discapacidad

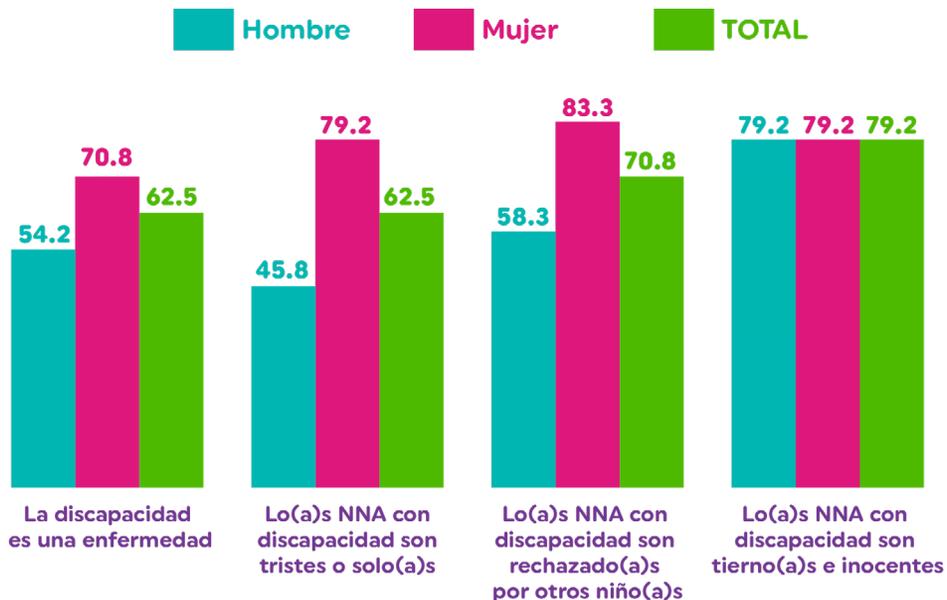
Donde hay barreras para la implementación de la educación inclusiva, los y las estudiantes con discapacidad se enfrentan a actitudes negativas, acoso, exclusión y aislamiento. Esto afecta los aspectos sociales y académicos de su vida, salud y bienestar (Babik et al., 2021). Si se implementa la educación inclusiva, uno de los factores de éxito es la aceptación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad por parte de sus compañeros y su interacción positiva. Entender cómo perciben los niños, niñas y adolescentes escolarizados la discapacidad permite construir estrategias para introducir los ajustes necesarios para promover una buena relación entre todos los estudiantes y favorecer su desarrollo social y emocional.

Para identificar la existencia de imaginarios potencialmente discriminatorios, la encuesta a niños, niñas y adolescentes de instituciones educativas incluyó afirmaciones orientadas a establecer sus percepciones sobre los pares con discapacidad. Se solicitó que seleccionaran entre tres opciones según su afinidad con cada afirmación: "de acuerdo", "ni de acuerdo, ni en desacuerdo" y "en desacuerdo".

Los resultados revelan que los niños, niñas y adolescentes escolarizados perciben a sus pares con discapacidad como vulnerables: el 62,5 % de los está de acuerdo con la afirmación "la discapacidad es una enfermedad"; el 62,5 % con "los niños,

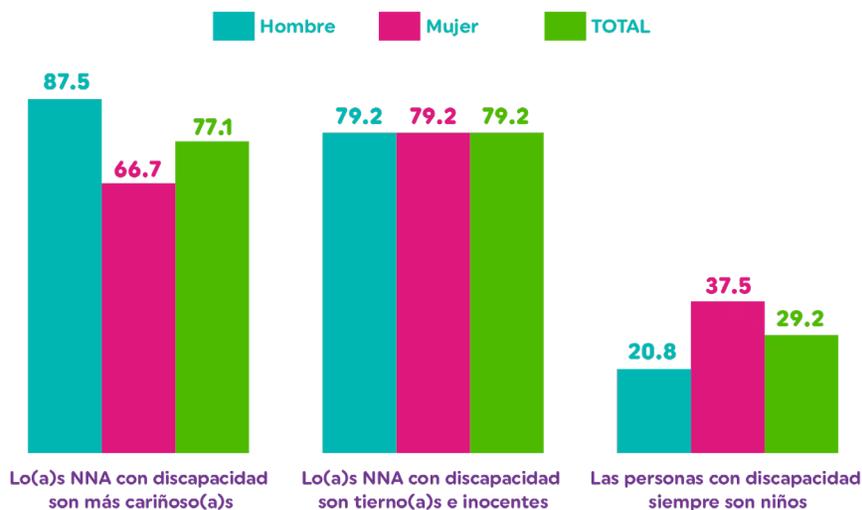
niñas y adolescentes con discapacidad son tristes o solo(a)s" y el 70,8 % con "los niños, niñas y adolescentes con discapacidad son rechazados por otros niños(as)". En las tres afirmaciones el porcentaje que está de acuerdo es mayor entre las mujeres. Adicionalmente, el 98 % aprueba la afirmación "los niños, niñas y adolescentes con discapacidad necesitan ayuda".

Gráfica 16. Porcentaje de NNA en instituciones educativas que está de acuerdo con afirmaciones relacionadas con la vulnerabilidad en la discapacidad



También, contribuyen a la percepción de vulnerabilidad y necesidad de protección la ternura, inocencia o cariño como calificativos hacia los niños, niñas y adolescentes con discapacidad: el 77,1 % de los menores escolarizados está de acuerdo con la afirmación "los niños, niñas y adolescentes con discapacidad son más cariños(as)" y el 79,2 % con "los niños, niñas y adolescentes con discapacidad son tiernos(as) e inocentes".

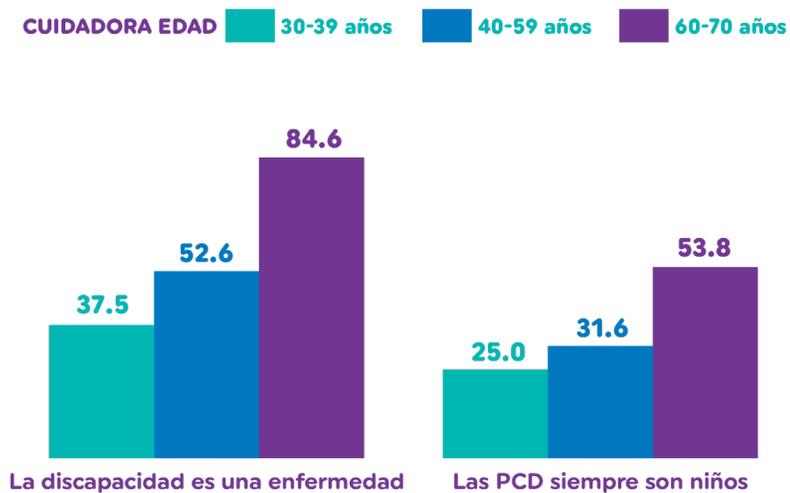
Gráfica 17. Porcentaje de NNA que está de acuerdo con afirmaciones relacionadas con la necesidad de protección en la discapacidad



Es importante considerar que en las edades estudiadas (10 a 17 años), las actitudes de los menores escolarizados hacia sus pares con discapacidad no solo dependen de lo que saben y comprenden sobre la discapacidad, también de su percepción sobre las expectativas de sus pares, familiares y docentes frente a este tema (Babik et al., 2021).

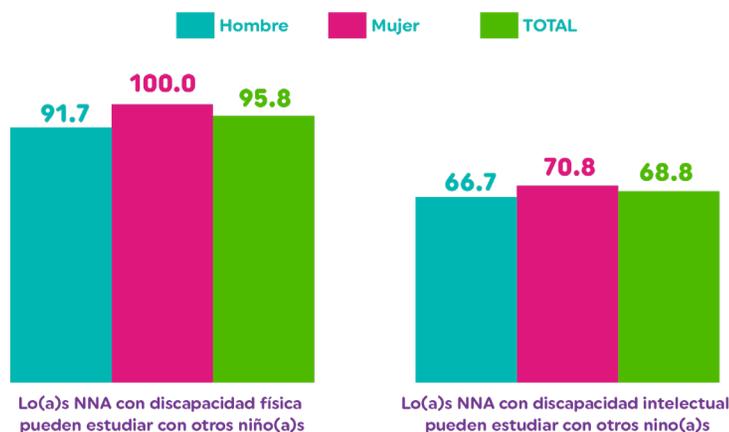
A su vez, en la encuesta a cuidadoras se indagó por el acuerdo o desacuerdo con el imaginario de mayor vulnerabilidad de las PCD y se encontró que el 56,3 % está de acuerdo con la afirmación "la discapacidad es una enfermedad" y el 35,6 % con "las personas con discapacidad siempre son niños". Frente a las dos creencias el porcentaje que está de acuerdo aumenta con la edad de la cuidadora y es más alto entre las que tienen a su cargo personas mayores de 17 años.

Gráfica 18. Percepción de las cuidadoras sobre las PCD



Entre los menores escolarizados sus pares con discapacidad intelectual (psicosocial y cognitiva) son percibidos de forma más negativa que sus pares con discapacidad física. El porcentaje que está de acuerdo con la afirmación "los niños, niñas y adolescentes con discapacidad física pueden estudiar con otros niño(a)s" es 1.4 veces mayor que el porcentaje que está a favor de "los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual pueden estudiar con otros niño(a)s".

Gráfica 19. Porcentaje de NNA escolarizados que está de acuerdo con la asistencia escolar de NNA según tipo de discapacidad



En las entrevistas con líderes de las organizaciones de base comunitaria y los funcionarios de los diferentes sectores también se encontró que la discapacidad está ligada a la vulnerabilidad y la exclusión. Las personas con algún tipo de discapacidad son consideradas vulnerables e indefensas y, por tanto, objeto de mayor protección y atención:

"... a las personas con discapacidad siempre las excluyen de la sociedad [...], son a las que más se les vulnera, más se les discrimina, más les hacen bullying". (Entrevistas).

Perciben que la discapacidad obstaculiza el pleno desarrollo de la vida de las personas dificultando su autonomía e independencia:

"... la discapacidad es una barrera [...], las personas con discapacidad no pueden sobrevivir por sus propios medios, ósea, necesitan de otra persona para poderlo hacer". (Entrevistas).

"Son personas vulnerables, son personas que no pueden tener toma de decisiones, son personas que todo el tiempo son maltratadas, abusadas" (Grupos focales).

También se encontraron referencias a las personas sin discapacidad como "personas normales", lo que sugiere que se considera que la discapacidad es una desviación o anomalía en lugar de una expresión más de la diversidad humana:

"Claro que ellos pueden sentir cosas. Pero como uno cuida a sus hijos, digamos, las personas normales también sentimos cosas. Entonces, cuando yo estoy cuidando a mi niña que tiene 16 años, con una niña que tiene una discapacidad debo ser más protectora todavía" (Entrevistas).

A su vez, coinciden en que las personas con discapacidad, particularmente intelectual, psicosocial y cognitiva no tienen capacidad para decidir y otorgan a los cuidadores la potestad para hacerlo por ellas:

"[...] por sus condiciones, a veces no pueden tomar decisiones y debe haber personas que toman esas decisiones, como los cuidadores". (Entrevistas)

Interpretar la discapacidad desde la necesidad de ayuda y protección da lugar a que se desconozca la capacidad para decidir y que no se tengan en cuenta sus intereses o sus experiencias. Esta sustitución de la voluntad de las PCD puede abarcar decisiones patrimoniales y financieras, vulnerar sus derechos sexuales y reproductivos, y propiciar violencias intrafamiliares y de género. Durante las entrevistas los líderes y funcionarios perciben a las cuidadoras como personas con limitaciones y plantean que el acompañamiento continuo a las PCD y los esfuerzos del cuidado le impiden tener una vida independiente y autónoma:

“Debido a la cantidad de fuerza física que requieren el cuidador de una persona con discapacidad múltiple para poder movilizarla, se percibe que el cuidador también adquiere una discapacidad física por las dolencias que se le generan con el transcurrir del tiempo y prefieren estar en casa sin salir a la calle, para evitar la dificultad de trasladar a la persona con discapacidad” (Entrevistas).

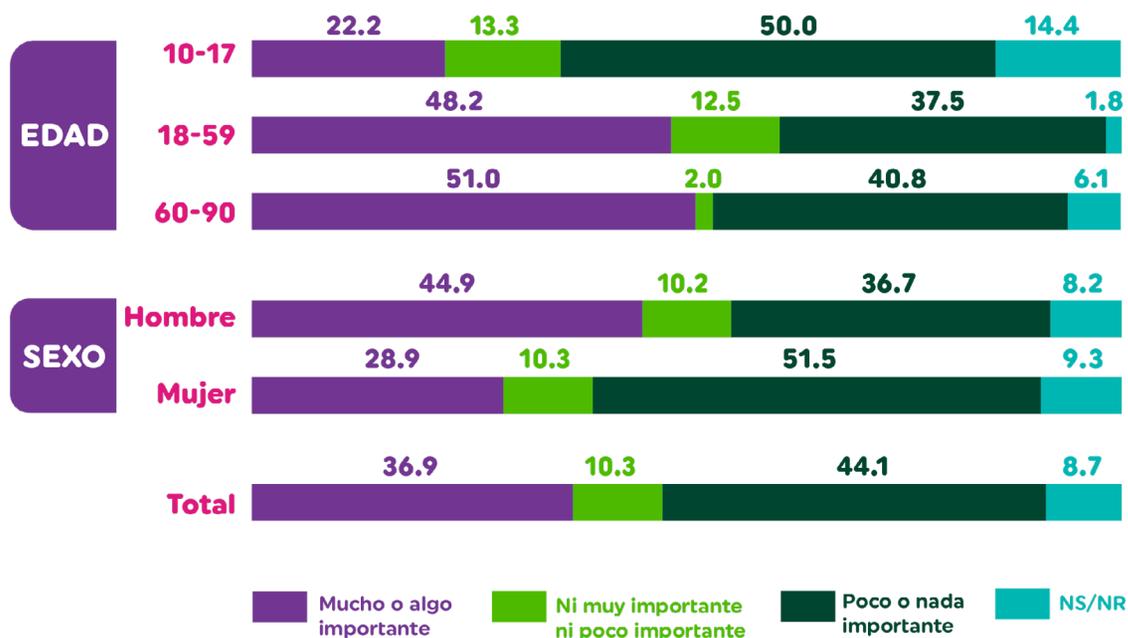
“ [...] a veces sus papitos no los sacan, el papá o el cuidador se convierte en una persona más con discapacidad, porque para levantarlos, para bañarlos, para darles de comer todo, entonces ya sufren un problema de columna” (Entrevistas).

2.4.2. Percepción sobre la sexualidad

Reconocer a las personas con discapacidad como personas sexuadas contribuye a que se fortalezca su autonomía, se garanticen sus derechos y puedan vivir una vida sexual sana y satisfactoria (Profamilia, 2019); (Profamilia, 2022). A su vez, los mitos en torno a la sexualidad de esta población impactan negativamente el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Estas falsas creencias propician la falta de educación sexual, la sobreprotección familiar, el no reconocimiento de la necesidad de intimidad sexual, y la reducción de las interacciones sociales de las personas con discapacidad, lo que dificulta su desarrollo de habilidades socio-sexuales (Posada, Rodríguez, & Iglesias, 2024).

En la encuesta a las personas con discapacidad se preguntó qué tan importante es la sexualidad en su vida. El 36,9 % respondió que es importante o muy importante, para el 10,3 % no es ni muy importante ni poco importante, para el 44,1 % la sexualidad es poco o nada importante en su vida y el 8,7 % no supo qué responder o no respondió la pregunta.

Gráfica 20. Importancia de la sexualidad para la vida de las PCD



El porcentaje de personas que consideran la sexualidad un aspecto importante o muy importante en su vida es más alto entre los mayores de 17 años y entre los hombres. En contraste, la proporción de quienes la consideran poco o nada importante es mayor entre los menores de 18 años y entre las mujeres. Además, el 14,4 % de las personas con discapacidad más jóvenes no supieron qué responder o no respondieron a esta pregunta.

Para identificar percepciones sobre la sexualidad de las personas con discapacidad que les impiden vivir una vida sexual satisfactoria, la encuesta incluyó afirmaciones sobre su derecho a la sexualidad, de mitos sobre este tema y respecto a su autonomía sexual. Las afirmaciones se respondieron en una escala con tres opciones: "de acuerdo", "ni de acuerdo ni en desacuerdo" y "en desacuerdo". El acuerdo o desacuerdo con cada afirmación permitió evidenciar la existencia de imaginarios potencialmente discriminatorios.

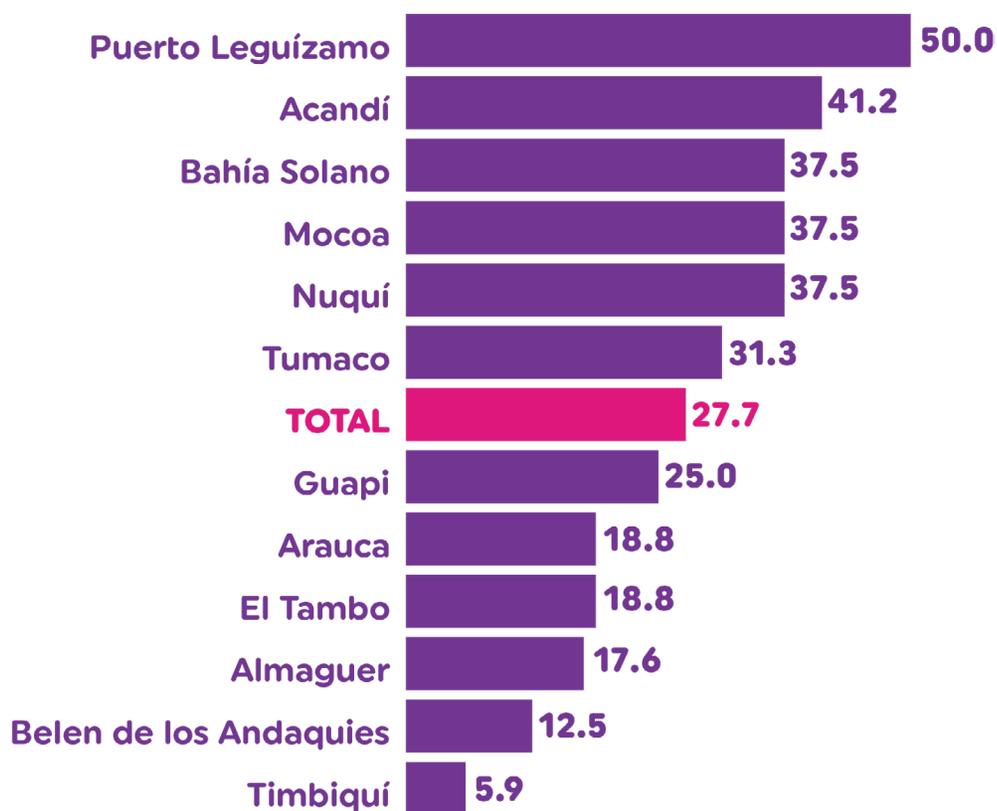
Desconocimiento del derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad

La primera afirmación sobre el derecho a la sexualidad de las PCD indagada fue: "la sexualidad es parte integral de todas las personas, incluso las personas con discapacidad". El 64,6 % de las personas con discapacidad estuvo de acuerdo; el 19 % no tomó posición frente a la afirmación (respondió que no está de acuerdo ni en desacuerdo o prefirió no responder) y el 16,4 % estuvo en desacuerdo. El mayor porcentaje que estuvo en desacuerdo se encontró en Acandí (41,2 %) y el porcentaje que no tomó posición llegó al 24,4 % entre personas con discapacidad menores de 18 años.

La segunda afirmación fue: "las personas con discapacidad tienen derecho al amor y la vida sexual". El 75,9 % de las personas con discapacidad estuvo de acuerdo, el 15,9% no tomó posición y el 8,2% estuvo en desacuerdo. Puerto Leguízamo registró el mayor porcentaje de PCD que estuvo en desacuerdo y el 20 % de los menores de 18 años no tomó posición.

La tercera afirmación fue: "las personas con discapacidad pueden tener relaciones sexuales como cualquier otra persona". El 62,1 % de las personas con discapacidad estuvo de acuerdo, el 25,1 % no tomó posición y el 12,8 % estuvo en desacuerdo. El mayor porcentaje que estuvo en desacuerdo se encontró en Nuquí y Puerto Leguízamo (31,3 %) y el 28,9 % de los menores de 18 años no tomó posición.

Gráfica 21. Porcentaje de PCD que desconocen su derecho a la sexualidad

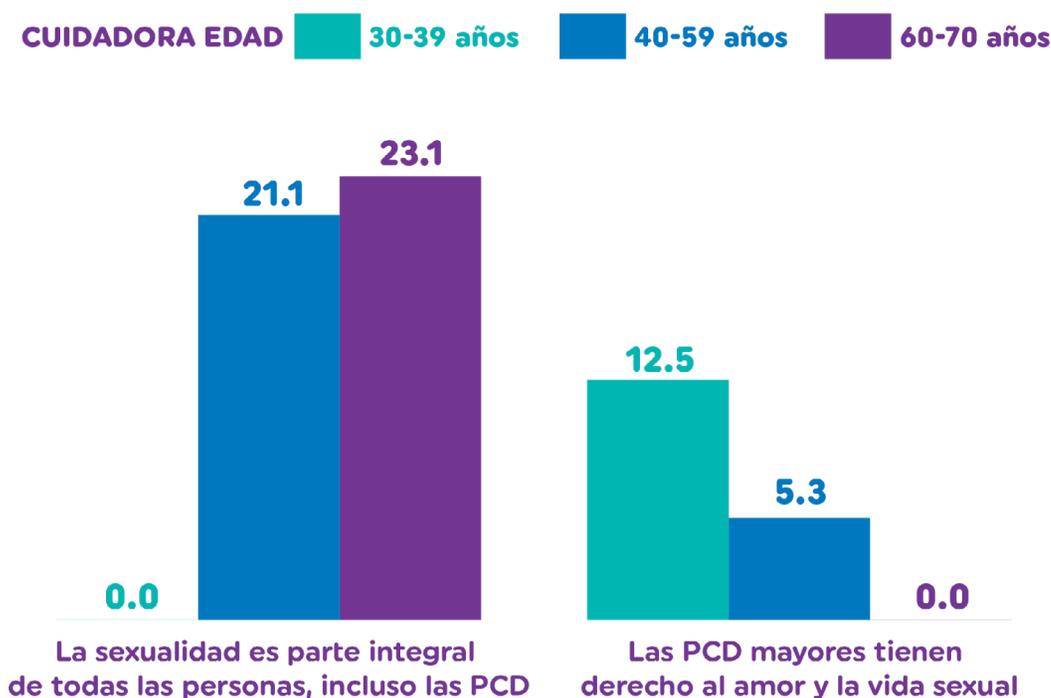


El desacuerdo con estas afirmaciones revela desconocimiento o falta de reconocimiento del derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad. En síntesis, el 27,7 % de las PCD está en desacuerdo con al menos una de estas tres afirmaciones. Este desconocimiento es mayor en Puerto Leguízamo y Acandí, y menor en Timbiquí. Los porcentajes de PCD que no tomaron posición frente a las afirmaciones, particularmente entre los menores de 18 años, también revelan falta de información para adoptar una postura sobre la sexualidad.

Por su parte, la encuesta a cuidadoras incluyó dos afirmaciones sobre el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad. Con relación a la afirmación "la sexualidad es parte integral de todas las personas, incluso las personas con

discapacidad", el 70,8 % está de acuerdo, el 14,6 % no tomó posición y el 14,6 % está en desacuerdo. La otra afirmación considerada fue: "las personas con discapacidad mayores tienen derecho al amor y la vida sexual"; el 79,2 % está de acuerdo, el 14,6 % no tomó posición y el 8,3 % está en desacuerdo. El desacuerdo en estas dos afirmaciones desconoce el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad.

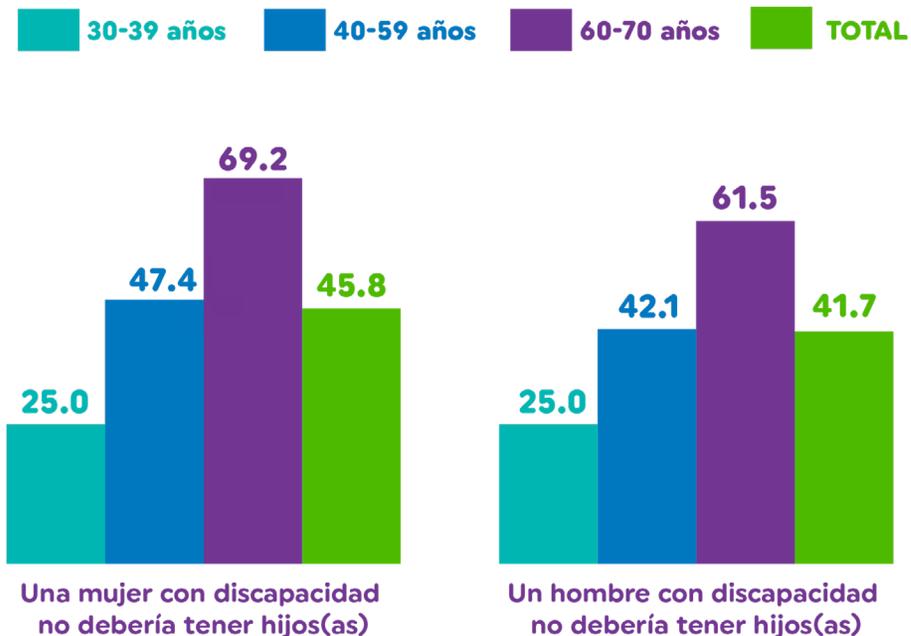
Gráfica 22. Porcentaje de cuidadoras que está en desacuerdo con afirmaciones sobre el derecho a la sexualidad de PCD según edad de la cuidadora



Por grupos de edad, ninguna cuidadora joven (30 a 39 años) estuvo en desacuerdo con que la sexualidad es parte integral de todas las personas, pero el 12,5 % sí estuvo en desacuerdo con el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad adultas mayores, revelando la existencia de tabúes relacionados con la sexualidad en la vejez. A su vez, el 23,1 % de las cuidadoras mayores de 59 años estuvo en desacuerdo con que la sexualidad hace parte integral de la vida de todas las personas. Sin embargo, ninguna estuvo en desacuerdo con el derecho a la sexualidad de los adultos mayores, lo cual puede ser indicio de una percepción negativa o protectora sobre el ejercicio de los derechos reproductivos de las PCD más jóvenes.

Al respecto, más del 40 % de las cuidadoras está de acuerdo con las afirmaciones "una mujer con discapacidad no debería tener hijos(as)" y "un hombre con discapacidad no debería tener hijos(as)". Para las dos afirmaciones el porcentaje a favor supera el 61 % entre las cuidadoras mayores de 59 años.

Gráfica 23. Porcentaje de cuidadoras que está de acuerdo con que las PCD no deben tener hijos(as) según edad de la cuidadora



En la encuesta a NNA escolarizados también se incluyó la afirmación “la sexualidad es parte integral de todas las personas, incluso las personas con discapacidad”. El 62,5 % estuvo de acuerdo, el 14,6 % no tomó posición y el 22,9 % estuvo en desacuerdo. El porcentaje que estuvo de acuerdo fue mayor entre los hombres mientras que el porcentaje que estuvo en desacuerdo o no tomó posición fue mayor entre las mujeres.

Gráfica 24. Porcentaje de NNA escolarizados que está en desacuerdo en que la sexualidad es parte integral de todas las personas según sexo del NNA



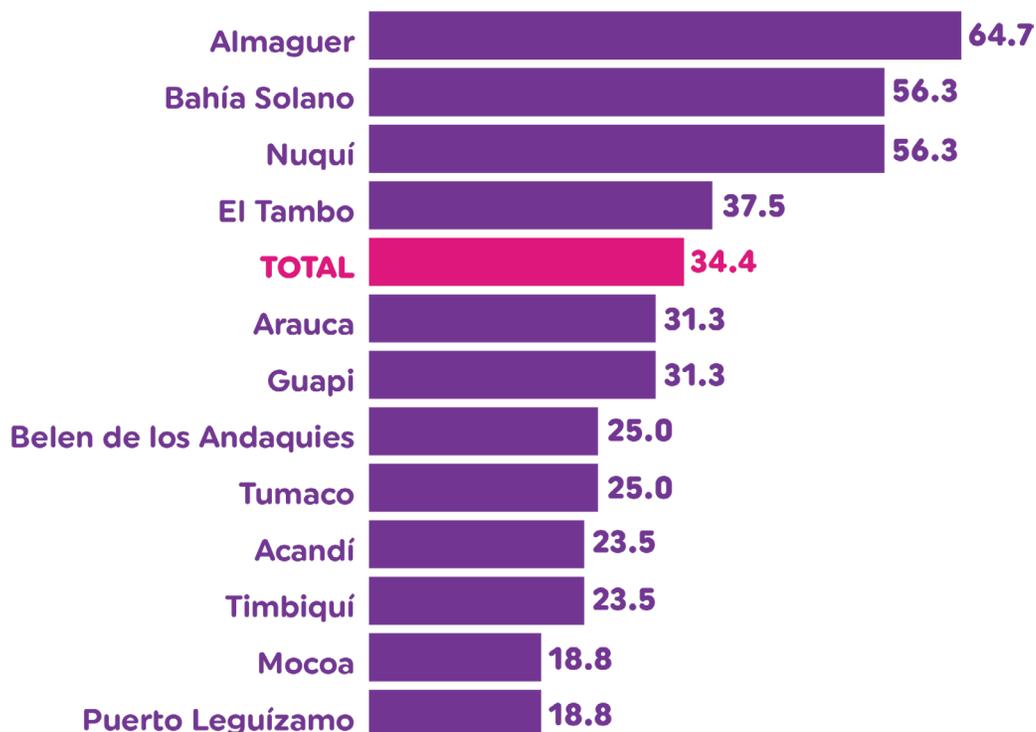
Mitos sobre la sexualidad de personas con discapacidad

En la encuesta a personas con discapacidad se consideraron dos afirmaciones relacionadas con mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad. La primera fue: "las personas con discapacidad no sienten deseo sexual". El 23,1 % estuvo de acuerdo, el 24,6 % no tomó posición y el 52,3 % estuvo en desacuerdo. El mayor porcentaje que estuvo de acuerdo se encontró en Almaguer (52,9 %) y el porcentaje que no toma posición llega al 36,7 % entre los menores de 18 años.

La segunda afirmación fue: "está mal que las personas con discapacidad demuestren el amor". Entre las personas con discapacidad el 17,9 % estuvo de acuerdo, el 67,2 % en desacuerdo y el 14,9 % no tomó posición frente a la afirmación. Bahía Solano registró el mayor porcentaje de PCD que estuvo de acuerdo (43,8 %).

Estar de acuerdo en estas afirmaciones indica la persistencia de imaginarios negativos sobre la sexualidad de esta población. El 34,4 % de las personas con discapacidad está de acuerdo con alguna de estas dos afirmaciones, este porcentaje supera el 50 % en Almaguer, Bahía Solano y Nuquí, y es inferior al 20 % en Mocoa y Puerto Leguízamo.

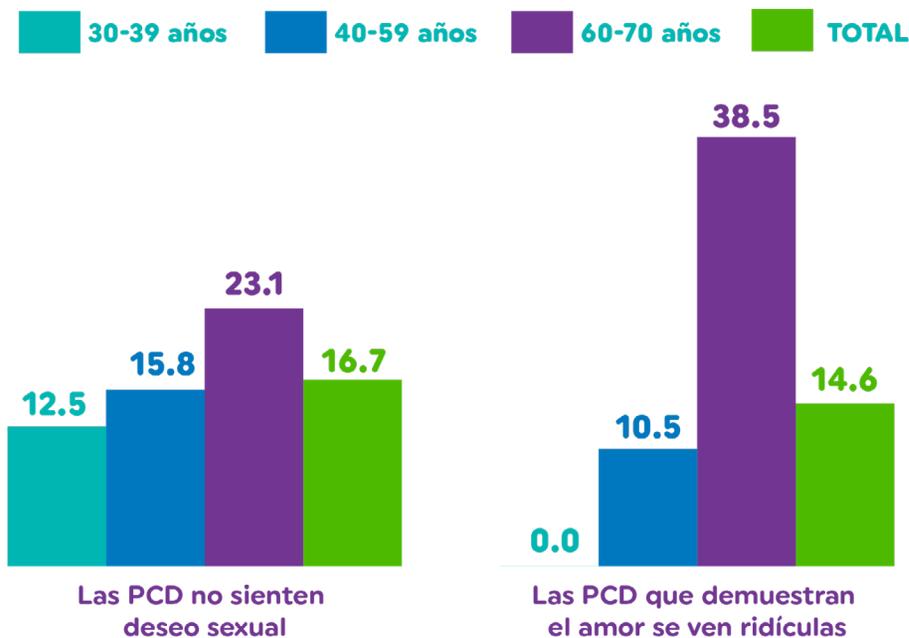
Gráfica 25. Porcentaje que está de acuerdo con afirmaciones que reflejan mitos sobre la sexualidad de PCD



La encuesta a cuidadoras también incluyó las dos afirmaciones relacionadas con mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad. Frente a la afirmación "las personas con discapacidad no sienten deseo sexual", el 16,7 % de las cuidadoras estuvo de acuerdo, el 77,1 % en desacuerdo y el 6,3 % no tomó posición. La otra afirmación considerada fue: "las personas con discapacidad que

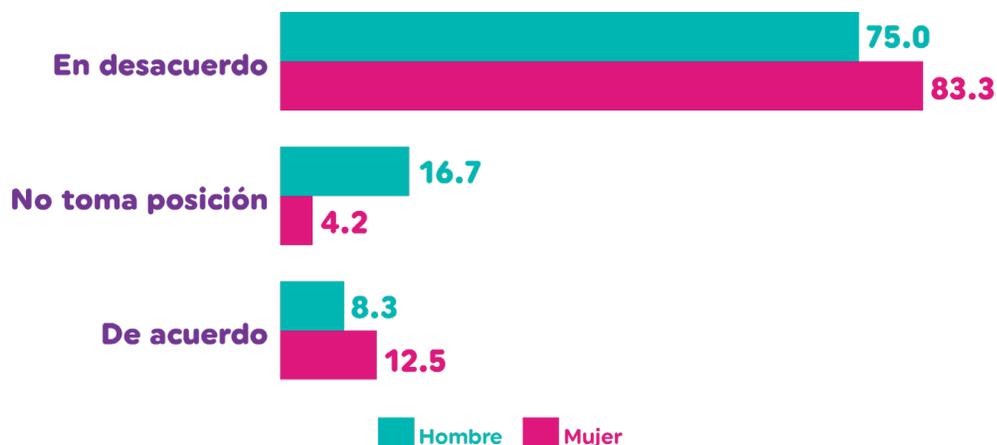
demuestran el amor se ven ridículas" y se encontró que el 14,6 % de las cuidadoras estuvo de acuerdo, el 83,3 % en desacuerdo y el 2,1 % no tomó posición. Como se mencionó anteriormente, estar de acuerdo con estas afirmaciones revela la persistencia de imaginarios negativos sobre la sexualidad y, en los dos casos, el porcentaje con esta percepción es más alto entre las cuidadoras mayores de 59 años.

Gráfica 26. Porcentaje de cuidadoras que está de acuerdo con afirmaciones que reflejan mitos sobre la sexualidad de las PCD según edad de la cuidadora



Entre niños, niñas y adolescentes escolarizados también se preguntó por la posición frente a la afirmación "Las personas con discapacidad que demuestran el amor se ven ridículas". El 10,4 % está de acuerdo, el 10,4 % no tomó posición y el 79,2 % está en desacuerdo. Por sexo destaca que el porcentaje de hombres que no toma posición frente a la afirmación es cuatro veces mayor que el de las mujeres.

Gráfica 27. Porcentaje de NNA escolarizados que está de acuerdo en que las PCD que demuestran amor se ve ridículas según sexo del NNA



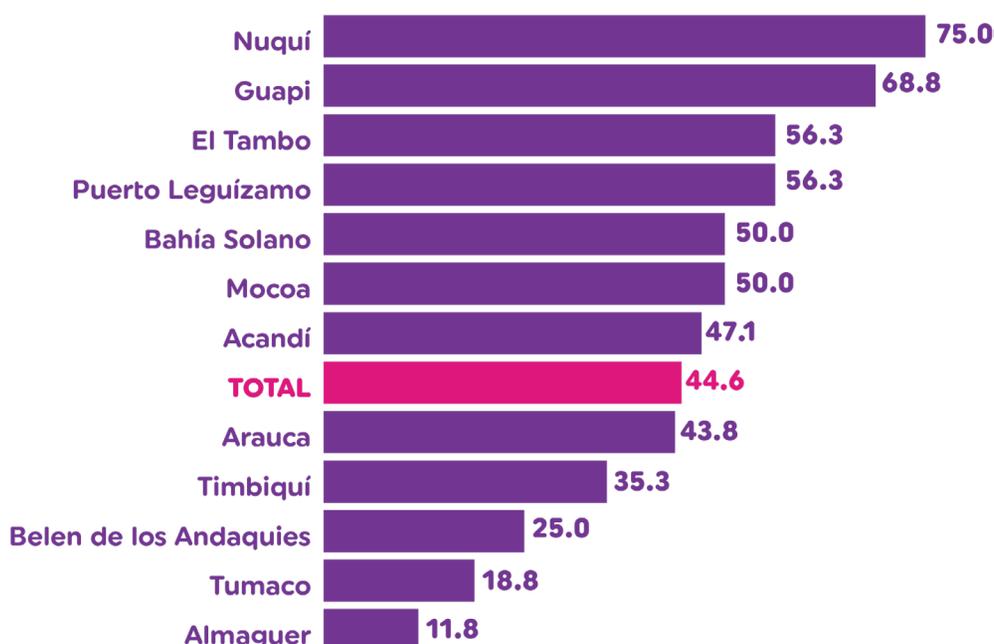
Negación de la autonomía sexual de las personas con discapacidad

En la encuesta a personas con discapacidad se consideraron dos afirmaciones sobre su autonomía sexual. La primera fue: "la familia debería ser quien decida sobre la sexualidad de las personas con discapacidad". Entre las PCD encuestadas el 23,1 % estuvo de acuerdo con la afirmación, el 24,6 % no tomó posición y el 52,3% estuvo en desacuerdo. El mayor porcentaje que estuvo de acuerdo supera el 50 % en Guapi y El Tambo. Mientras el porcentaje que no tomó posición llega al 52,9 % en Almaguer y al 32,2 % entre las personas con discapacidad menores de 18 años.

La otra afirmación considerada fue "los cuidadores deben permitir que las personas con discapacidad ejerzan su sexualidad". El 40,5 % de las personas con discapacidad estuvo de acuerdo con la afirmación, el 31,8 % no tomó posición y el 27,7 % estuvo en desacuerdo. El porcentaje de PCD que estuvo de acuerdo con la afirmación supera el 60 % en Acandí y Tumaco. Quienes no tomaron posición representan el 52,9 % en Timbiquí, el 70,6 % en Almaguer y el 35,6 % entre las personas con discapacidad menores de 18 años.

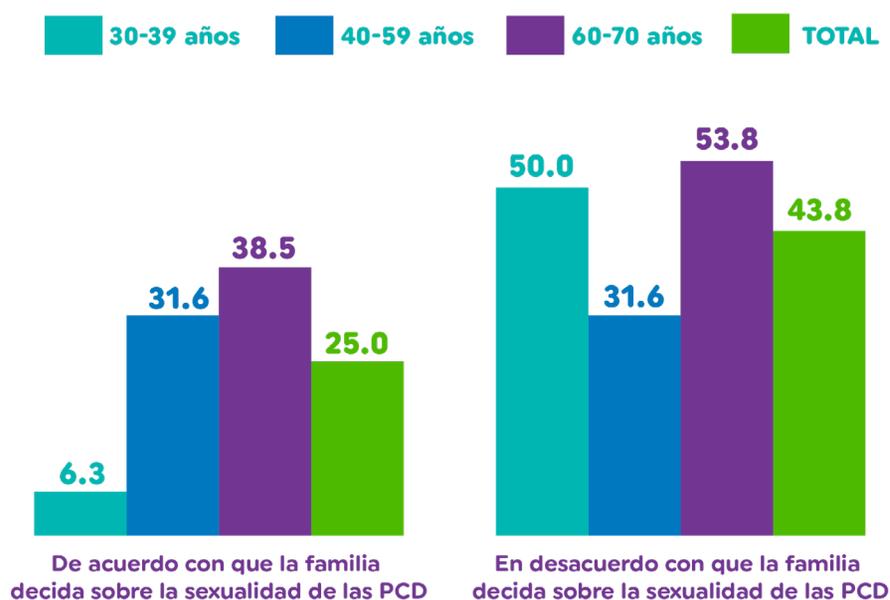
Que las personas con discapacidad estén de acuerdo con estas afirmaciones revela que se ha vulnerado o se vulnera su autonomía sexual. De igual manera, que eviten tomar posición es indicio de temor a abordar este tema. El 44,6% de las personas con discapacidad estuvo de acuerdo con alguna de las dos afirmaciones; este porcentaje supera el 55% en Puerto Leguízamo, El Tambo, Guapi y Nuquí. En Almaguer y Timbiquí el bajo porcentaje que está de acuerdo con alguna de las afirmaciones se explica por el alto número de personas que no tomó posición.

Gráfica 28. Porcentaje de PCD que está de acuerdo con afirmaciones que niegan su autonomía sexual



En la encuesta a cuidadoras también se indagó por su acuerdo o desacuerdo con afirmaciones relacionadas con la autonomía de las personas con discapacidad. Se encontró que el 25 % está de acuerdo con la afirmación: "la familia debería ser quien decida sobre la sexualidad de las personas con discapacidad". El 16,7 % no toma posición y el 58,3 % está en desacuerdo. La otra afirmación considerada fue: "los cuidadores deben permitir que las personas con discapacidad adultas mayores ejerzan su sexualidad" y el 43,8 % de las cuidadoras está de acuerdo, el 12,5 % no toma posición frente a la afirmación y el 43,8 % está en desacuerdo.

Gráfica 29. Posición de las cuidadoras frente a afirmaciones relacionadas con la autonomía sexual de PCD según edad de las cuidadoras



Estar de acuerdo con que la familia sea la que decide sobre la sexualidad de las personas con discapacidad niega su autonomía sexual. También, se niega al estar en desacuerdo al permitir que las personas adultas mayores con discapacidad ejerzan su sexualidad. La posición frente a la primera afirmación revela que prevalecen imaginarios sobre la capacidad de las PCD para decidir autónomamente, particularmente entre las cuidadoras de 40 años y más. La posición frente a la segunda afirmación revela que, adicionalmente, las cuidadoras encuestadas menores de 40 años y mayores de 59 años tienen tabúes relacionados con la sexualidad en la vejez de las personas con discapacidad.

En los grupos focales con funcionarios de distintos sectores se evidenció un consenso: la sexualidad de las personas con discapacidad continúa siendo un tema tabú. Coincidieron en que la sobreprotección por parte de familiares y cuidadores suele estar motivada por el temor a embarazos o a la maternidad, lo que lleva a negar la capacidad de estas personas para expresar sus deseos y necesidades, así como a limitar su autonomía sexual y reproductiva.

"Yo por ejemplo conozco una joven que ella tiene una discapacidad, entonces, un día fui a saludar y me comenta "ay, a mí me gustan tanto los niños, a mí me gustaría tener un hijo, y dice la mamá, "¿quién va a tener niños? ¿Tú? ¿Tú crees que yo voy a aceptar que tú tengas hijos viendo que me va a tocar cuidarlos a mí?" (Grupos focales).

"Claro, en esa parte sí todavía toca fortalecer a los padres de familia, principalmente en el tema de salud sexual y reproductiva, porque [...] mantienen un tabú y como que los tienen ahí y como que ellos no pueden desarrollarse en esa parte sexual, porque los padres tienen temor de que ellos puedan quedar en embarazo y puedan reproducirse" (Grupos focales).

"Muchas veces los cuidadores tienden a tomar la decisión por la misma paciente. Si hablamos de mujeres los cuidadores son los que toman esa iniciativa de decir, no [...] ella no necesita planificar. Y muchas veces vamos a ver que esa persona con discapacidad quedó en embarazo porque hubo una violencia dentro del entorno familiar" (Grupos focales).

En las entrevistas con líderes y representantes de organizaciones de base comunitaria también hubo alusiones a que las personas con discapacidad no deberían tener hijos:

"Yo pienso que así una mujer tenga la autonomía para decidir si va a tener hijos o no, pienso que eso no debe hacerse. Así tenga la autonomía la persona con discapacidad, [sus hijos] podrían venir con malformaciones congénitas" (Entrevistas).

El embarazo en mujeres con discapacidad no es leído desde el derecho a decidir, a materner o a ser protegidas, sino como una fuente de preocupación, una carga o un "problema adicional". De acuerdo con lo planteado por María Míguez (2020), considerar "problemática" la sexualidad de las personas con discapacidad, particularmente la de las mujeres en edad reproductiva, propicia la vulneración de sus derechos. Por ejemplo, a través de la negación de métodos anticonceptivos cuando los necesita, la planificación familiar o las esterilizaciones forzadas, la desatención de las violencias sexuales concentrando la preocupación en el embarazo y no en el abuso, y la negación de sus intenciones reproductivas (Míguez Possada, 2020).

2.4.3. Información sobre sexualidad

La educación integral para la sexualidad es tanto una estrategia como un derecho que debe garantizarse desde el nacimiento y en todos los entornos. Esta debe promover la equidad, basarse en evidencia científica y orientarse al desarrollo de competencias en todas las personas, sin distinción de edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión, situación económica u otra condición. Su implementación contribuye al fortalecimiento de habilidades clave para la toma de decisiones informadas sobre el ejercicio de la sexualidad a lo largo de la vida, incluidas las opciones reproductivas (UNESCO, 2014).

Para Elvia Vargas (2015), la educación integral para la sexualidad abarca conocimientos sobre el propio cuerpo y el de los otros, cómo funciona y se cuida, métodos anticonceptivos, normas sociales y cuándo son o no equitativas con respecto a lo que significa ser hombre o mujer. También, sobre los derechos y los servicios a los cuales tiene derecho, y las situaciones que afectan el bienestar y cómo prevenirlas, evitarlas, manejarlas o atenderlas. A su vez, incluye las actitudes frente al cuerpo, a los órganos sexuales y a la atracción emocional o sexual que se siente hacia determinadas personas (Vargas, 2015).

Un aspecto poco considerado en la educación integral para la sexualidad de las personas con discapacidad es el desarrollo afectivo-sexual. También se debe abordar lo que significa tener una relación de pareja, los compromisos, la gestión y resolución de conflictos dentro de las relaciones (Posada, Rodríguez, & Iglesias, 2024).

El 27,2 % de las personas con discapacidad conoce sus derechos y solo el 5,6 % sabe que tienen derecho a recibir información y atención sobre su salud sexual y reproductiva. Para identificar el acceso a educación sexual se preguntó a las PCD a quién acuden cuando tienen preguntas sobre su sexualidad o la razón de no consultar a nadie. A su vez, se indagó por la principal fuente de información sobre sexualidad que han tenido y si consideran que la información recibida ha sido de utilidad.

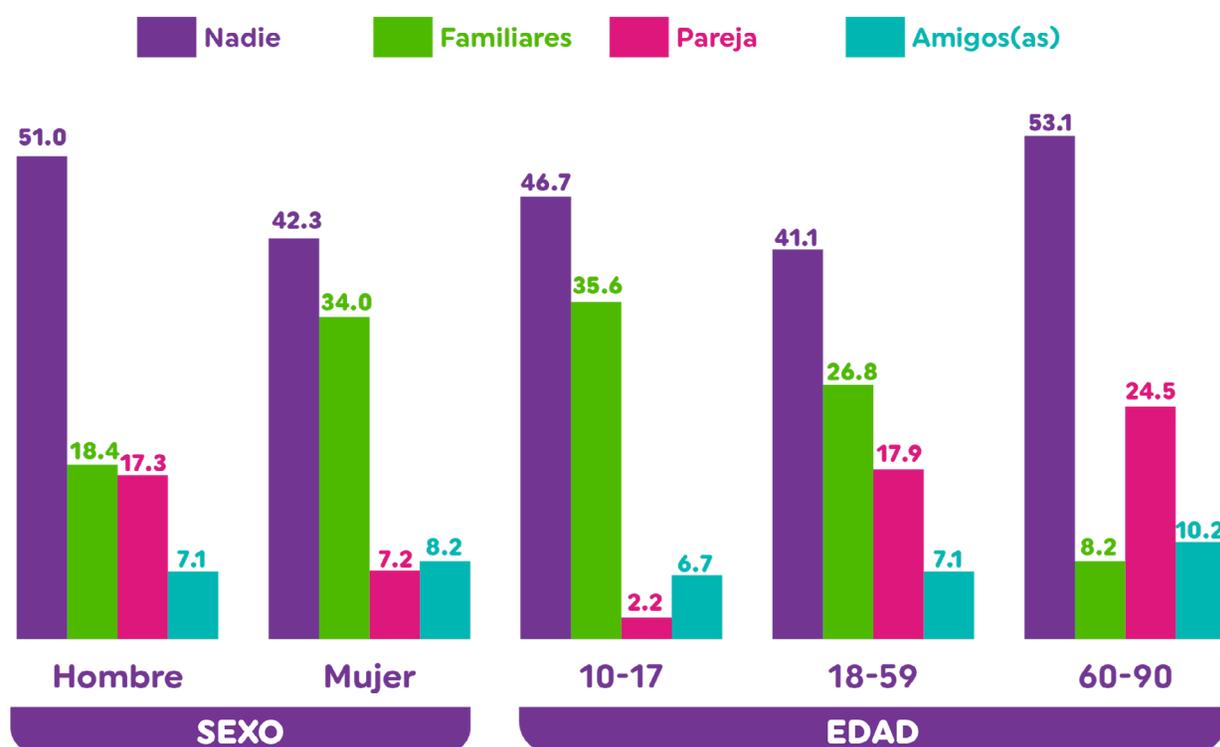
Gráfica 30. Persona a la que acuden las PCD cuando tienen preguntas relacionada con su sexualidad



Cuando las personas con discapacidad tienen una pregunta relacionada con su sexualidad el 46,7 % no acude a nadie, el 26,2 % se acerca a familiares y el 12,3 % a la pareja. El 7,7 % recurre a amigos y el 7,2 % a otras personas entre las que se cuentan profesionales de la medicina o la psicología, los cuidadores, y profesores.

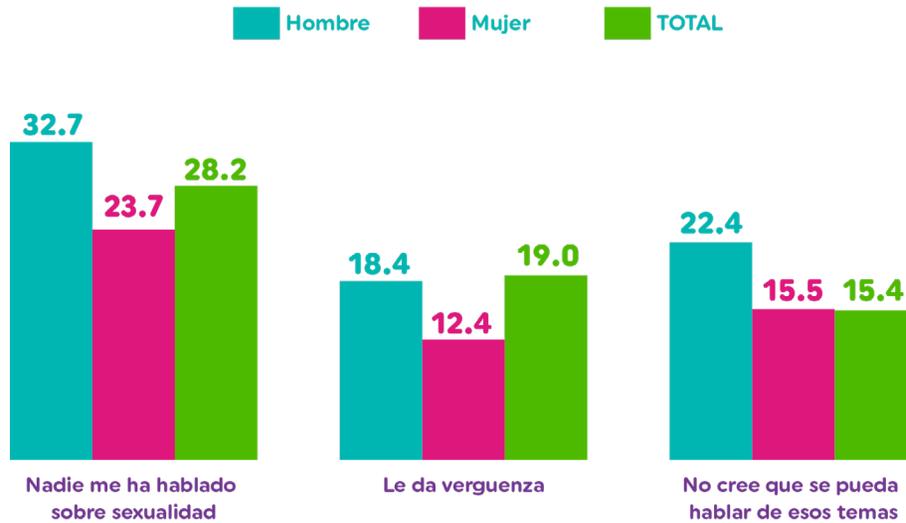
El porcentaje de PCD que no habla con nadie cuando tiene preguntas sobre su sexualidad es mayor entre los hombres (51 %) y entre adultos mayores (53,1 %); el porcentaje que habla con la pareja también es mayor entre hombres (17,3 %) y adultos mayores (24,5 %). Quienes hablan con mayor frecuencia con sus familiares son las mujeres (34 %) y las personas con discapacidad más jóvenes (35,6 %).

Gráfica 31. Persona a la que acuden las PCD cuando tienen preguntas sobre su sexualidad según sexo y edad de las PCD



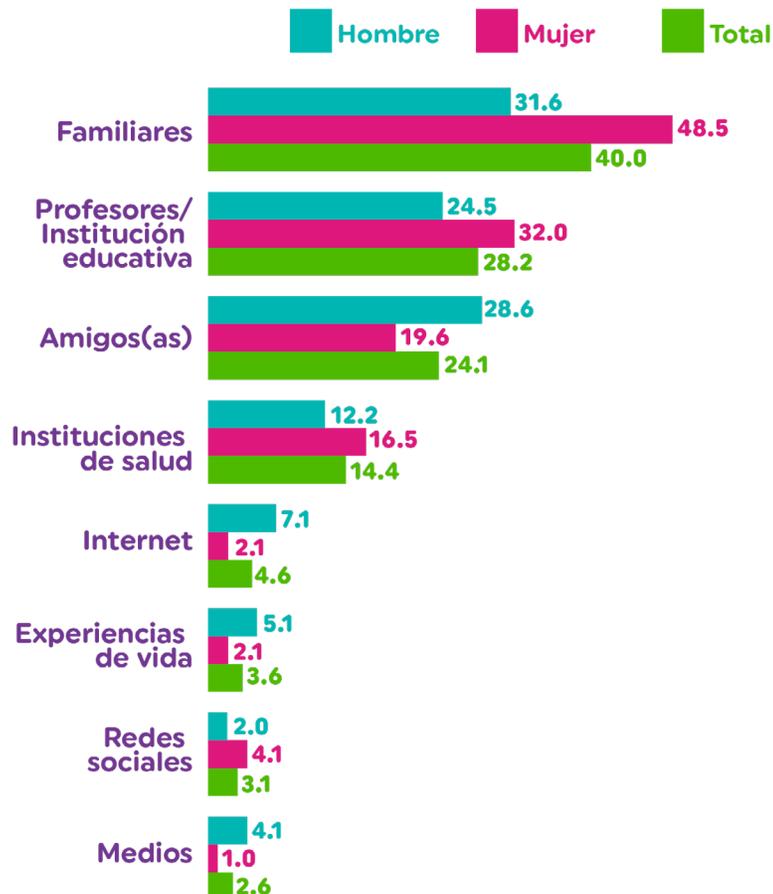
A las personas con discapacidad que no hablan con nadie cuando tienen preguntas sobre la sexualidad se les preguntó la razón por la que no acuden a otra persona. El 28,2 % respondió que esto sucede porque nadie les ha hablado sobre sexualidad; este porcentaje llega al 64,7 % en Almaguer y al 55,6 % entre personas que no cursaron estudios. Además, el 15,4 % de las PCD no habla con nadie cuando tiene preguntas sobre su sexualidad porque cree que no puede hablar de esos temas y al 19 % le da vergüenza. En los tres casos la mención es mayor entre los hombres, aunque no se identificaron diferencias considerables por grupos de edad.

Gráfica 32. Razón por la que las PCD no acuden a otra persona cuando tiene preguntas sobre su sexualidad según sexo de la PCD



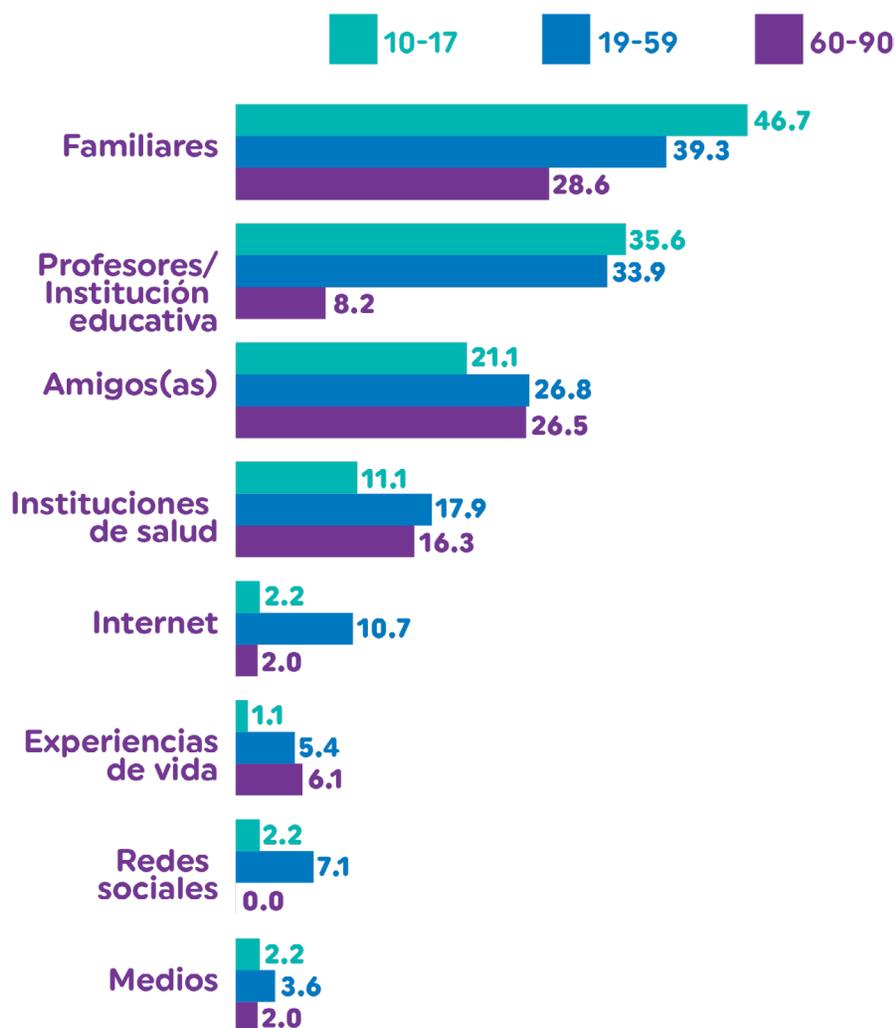
La principal fuente de información sobre sexualidad de las personas con discapacidad han sido sus familiares (40 %), en menor orden profesores o en las instituciones educativas (28,2 %), amigos o amigas (24,1 %) y funcionarios de instituciones de salud (14,4 %).

Gráfica 33. Fuente de información sobre sexualidad según sexo de la PCD



Por sexo, es mayor el porcentaje de mujeres con discapacidad que han tenido como fuente de información sobre sexualidad a familiares (48,5 %), instituciones educativas (32 %) y de salud (16,5 %). Mientras que la mención de amigos (28,6 %) o internet (7,1 %) como principal fuente de información sobre sexualidad es mayor entre los hombres.

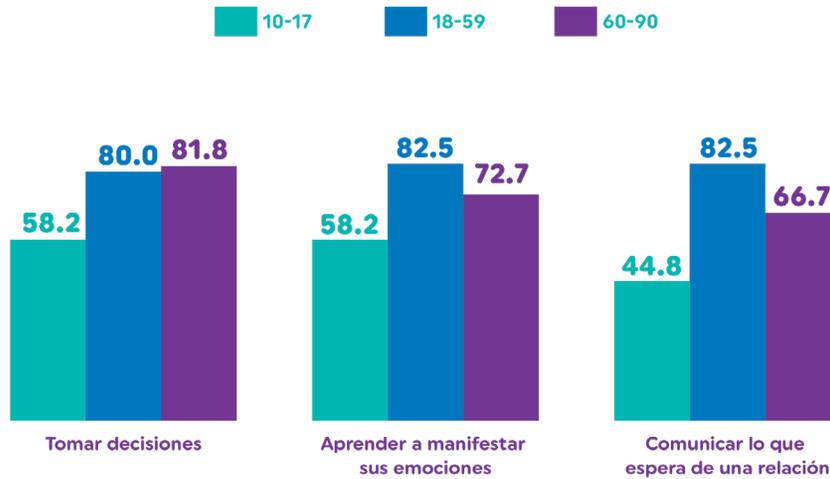
Gráfica 34. Fuente de información sobre sexualidad según edad de la PCD



A su vez, entre las personas con discapacidad menores de 18 años es mayor la mención de familiares (46,7 %) e instituciones educativas (35,6 %) como principal fuente de información sobre sexualidad mientras que entre las personas con discapacidad de 18 años o más la mención de instituciones de salud supera el 16%.

Cuando se preguntó sobre la utilidad de la información recibida, el 70 % considera que le ha sido útil para tomar decisiones, al 68,6 % le ha ayudado a aprender a manifestar sus emociones y al 60,7 % a comunicar lo que espera de una relación. En los tres casos la utilidad de la información sobre sexualidad recibida no superó el 60 % entre las personas con discapacidad más jóvenes y en los municipios de Bahía Solano y Guapi fue inferior al 42 %.

Gráfica 35. Utilidad de la información sobre sexualidad recibida según edad de la PCD



En la encuesta a las personas cuidadoras también se preguntó a quién acuden cuando tienen preguntas relacionadas con la sexualidad de la PCD a su cargo. El 41,7 % reportó que no acude a nadie; el 35,4 % acude familiares, el 10,4 % a profesionales de la salud y el 4,2 % habla con la persona con discapacidad. En un 8,3 % se agrupan otras menciones.

Gráfica 36. Persona a la que acuden las cuidadoras cuando tienen preguntas relacionadas con la sexualidad de las PCD

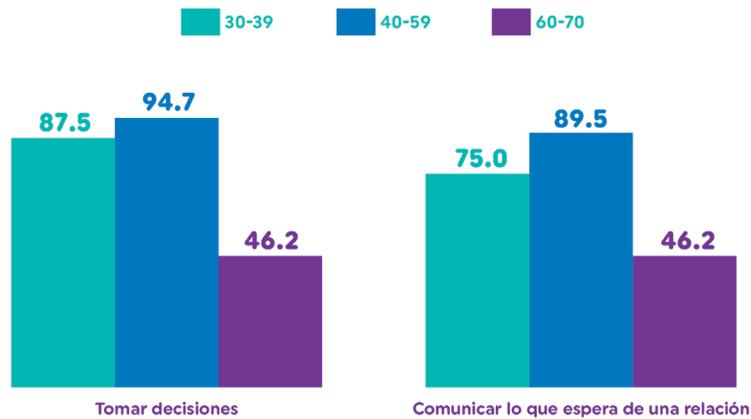


Las cuidadoras que no hablan con nadie cuando tienen preguntas sobre la sexualidad de la persona con discapacidad a su cargo, no lo hacen porque sienten vergüenza o miedo a las burlas (10,4 %), no creen que sea apropiado discutir esos temas con otras personas (10,4 %), no han sentido la necesidad (10,4 %) o porque no han encontrado una persona de confianza para hablar del tema (8,3 %).

A su vez, las fuentes de información sobre la sexualidad más frecuentes entre cuidadoras fueron familiares (43,8 %), profesores/institución educativa (37,5 %) y las experiencias de vida (20,1 %). Para más del 75 % de las cuidadoras encuestadas

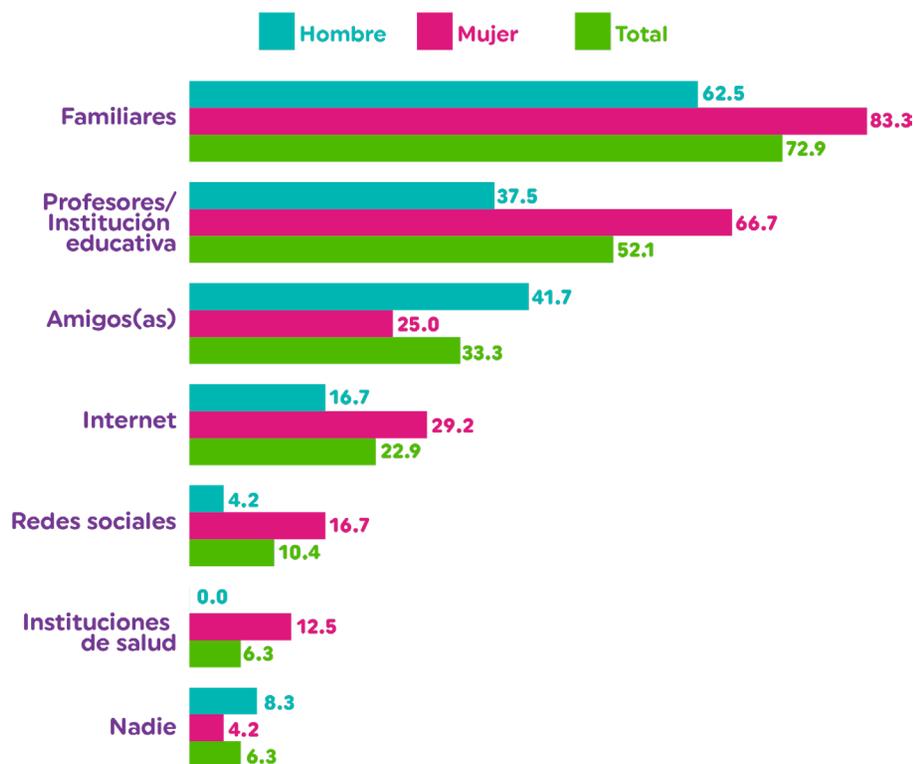
la información recibida les ha servido para desarrollar habilidades para tomar decisiones y aprender a comunicar sus opiniones y expectativas a otras personas. En los dos casos considerar útil la información sobre sexualidad recibida entre las cuidadoras mayores de 59 años no supera el 47 %.

Gráfica 37. Utilidad de la información sobre sexualidad recibida según edad de la cuidadora



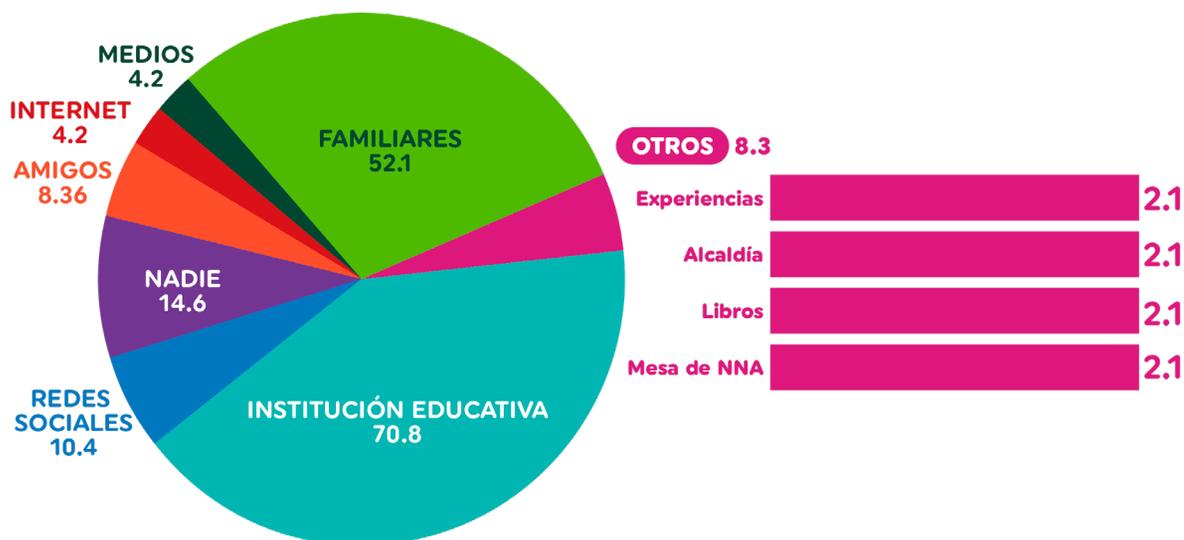
En la encuesta a niños, niñas y adolescentes escolarizados también se preguntó con quién han hablado cuando tienen alguna pregunta sobre sexualidad y se encontró un patrón similar al ya expuesto para personas con discapacidad: las principales fuentes de información fueron familiares (72,9 %), instituciones educativas (52,1 %), amigos o amigas (33,3 %), internet (22,9 %) y redes sociales (10,4 %).

Gráfica 38. Fuente de información sobre sexualidad según sexo de NNA escolarizados



Se preguntó por las fuentes de información sobre derechos de las NNA y el mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes escolarizados ha recibido información sobre sus derechos en la institución educativa (70,8 %) seguido por familiares (52,1 %) y redes sociales (10,4 %). Al 14,6 % nadie le ha informado sobre sus derechos.

Gráfica 39. Fuente de información sobre derechos de NNA escolarizados



Junto a ello, al 54,2 % de los niños, niñas y adolescentes escolarizados encuestados nadie les ha hablado sobre los derechos de sus pares con discapacidad. Nuevamente son las instituciones educativas (35,4 %) y los familiares (16,7 %) las principales fuentes.

De acuerdo con estos resultados, las PCD tienen limitado acceso a información integral para la sexualidad en su entorno familiar y educativo. En el ámbito familiar, los principales referentes en temas de sexualidad para las personas con discapacidad suelen ser sus propios cuidadores, quienes, en la mayoría de los casos, son también sus familiares. Tal como se analizó en el apartado anterior, las concepciones que estos tienen sobre la discapacidad y la sexualidad generan entornos que restringen la autonomía y limitan el ejercicio pleno de los derechos sexuales. Por su parte, las instituciones educativas, que podrían desempeñar un papel clave en el desarrollo de competencias para la toma de decisiones informadas en torno a la sexualidad, enfrentan barreras estructurales que dificultan la implementación efectiva del modelo de educación inclusiva.

Esos resultados concuerdan con los hallazgos de las entrevistas y grupos focales. Los líderes y representantes de organizaciones sociales y los funcionarios de los diferentes sectores plantean que la principal barrera para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad es que su sexualidad sigue siendo un tabú, y que esto dificulta su acceso a información clara y adecuada sobre su sexualidad limitando su autonomía y toma de decisiones:

"El tabú y el tradicionalismo limitan el acceso a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos, ya que es considerado un tema que no debe salir a la luz, por lo que no se debe informar a la población ya que esto incitaría a que las personas con discapacidad puedan ejercer su derecho libre al desarrollo de su sexualidad [...] (Grupos focales).

"Una barrera puede ser que esa persona con discapacidad la lleven o a esa persona le impidan que la eduquen respecto a lo que es la educación sexual o que le prohíban porque supuestamente es enfermo que no le hablen de la educación sexual y reproductiva. Creo que esa es una barrera, ciertos tabúes que hay, es una barrera, esos tabús." (Entrevistas).

Sus relatos también indican que han percibido las dificultades que tienen las personas con discapacidad para expresar sus necesidades en salud por vergüenza, miedo o falta de información:

"Yo pienso que [...] no son libres, no, o sea, no son capaces de expresar y decir yo tengo esto o me está pasando esto. Entonces comienzan como a tapar y a tapar, entonces solo cuando uno puede darse cuenta puede preguntar ¿y cómo te ayudo?" (Entrevistas).

2.4.4. Salud sexual y reproductiva

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) se llegó a un consenso sobre el concepto ampliado de salud reproductiva que incluía la salud sexual: "La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia" (ONU, 1994).

La estrecha relación de la salud sexual y la reproductiva está presente en esta encuesta en lo referente a las relaciones afectivas, la actividad sexual, la necesidad de métodos anticonceptivos y el acceso a los servicios de salud materno infantil.

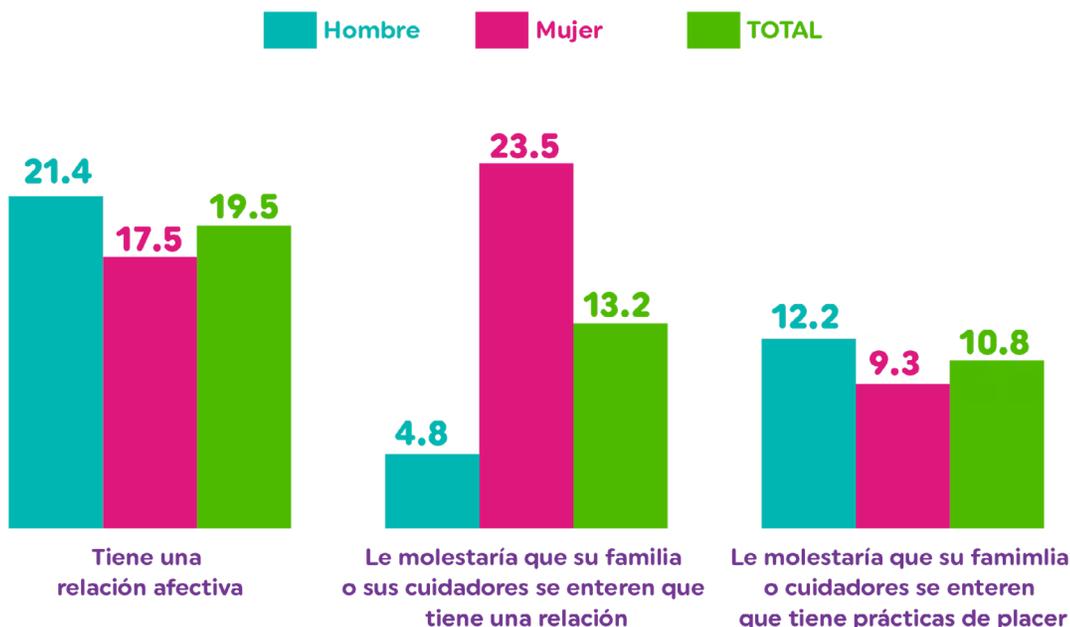
Relaciones afectivas

El 19,5 % de las personas con discapacidad tiene una relación afectiva, en mayor porcentaje los hombres (21,4 %) que las mujeres (17,5 %). El porcentaje de personas con discapacidad mayores de 17 años que tiene una relación afectiva es cuatro veces mayor que entre menores de edad. Además, por municipio destaca que en Almaguer ninguna de las personas con discapacidad encuestadas mencionó estar en una relación afectiva.

Al 13,2 % de las personas que tienen una relación afectiva les molestaría que su familia o sus cuidadores se enteren de ello. Este porcentaje es cinco veces mayor entre las mujeres que entre los hombres y cuatro veces mayor entre menores de 18 que entre personas de 18 a 59 años.

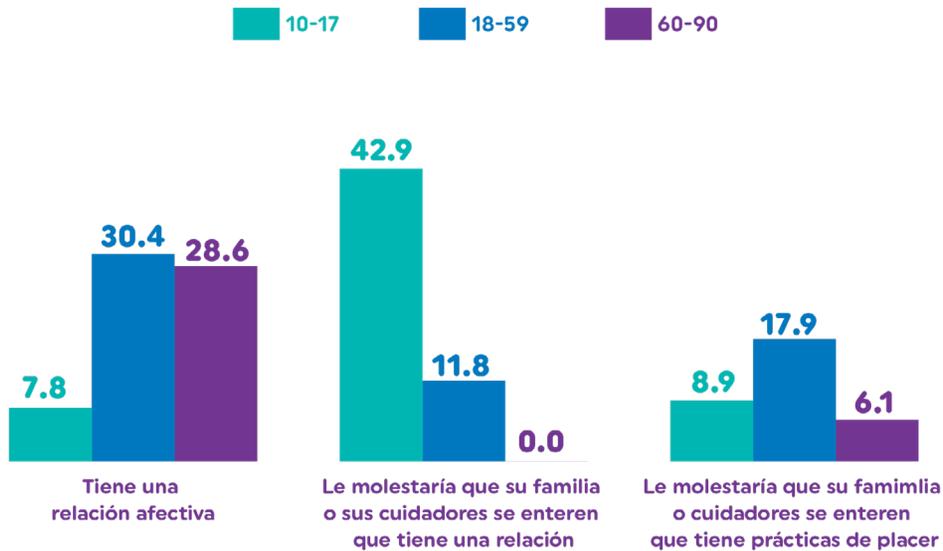
Al 10,8 % de las personas con discapacidad le molestaría que su familia o cuidadores se enteren de que tiene prácticas de placer; en mayor porcentaje a los hombres (12,2 %) que a las mujeres (9,3 %), y entre personas de 18 y 59 años llega al 17,9 %.

Gráfica 40. Relaciones afectivas y diálogo sobre vínculos afectivos y el placer según sexo de la PCD



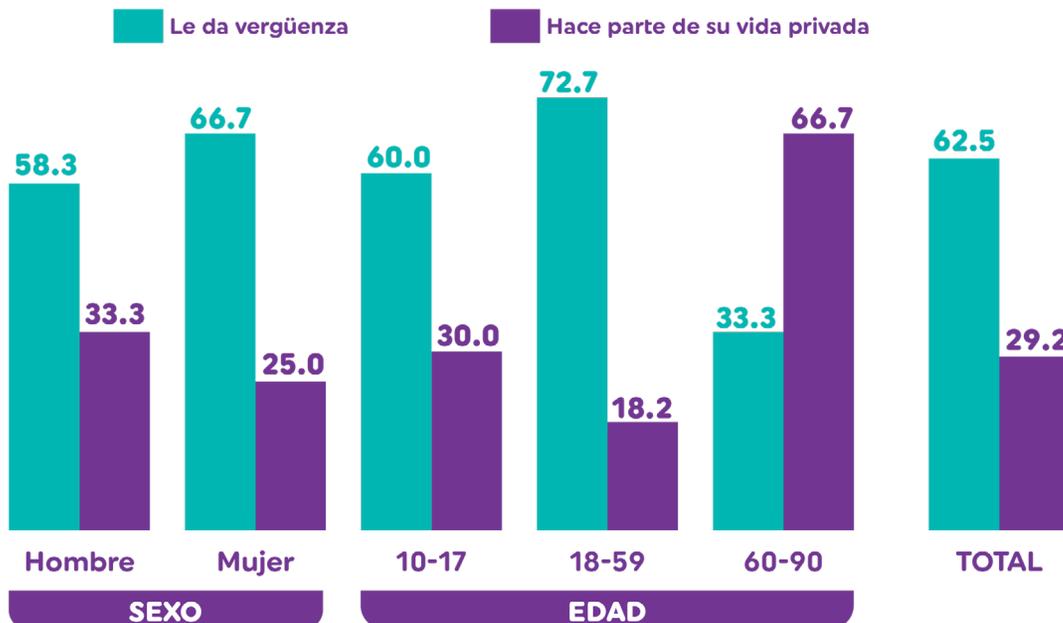
Al 62,5 % de las personas con discapacidad les molestaría que su familia o cuidadores se enteren de su relación o de sus prácticas de placer porque sienten vergüenza, en mayor porcentaje las mujeres (66,7 %) que los hombres (58,3 %), y en menor medida las PCD con 60 años o más (33,3 %).

Gráfica 41. Relaciones afectivas y diálogo sobre las vínculos afectivos y el placer según edad de la PCD



Al 29,2 % de las personas con discapacidad le molestaría que su familia o cuidadores se enteren de su relación o prácticas de placer porque considera que hace parte de su vida privada y nadie debe saber. Esta mención es mayor entre los hombres (33,3 %) que entre las mujeres (25 %) y llega al 66,7 % entre las personas mayores de 59 años. Una mujer (8,3 %) respondió que le molestaría que su familia o cuidadores se enteren de su relación o de sus prácticas de placer porque le da miedo que haya represalias por parte de sus cuidadores y un hombre (8,3 %) respondió que le molestaría porque es cosa de pareja.

Gráfica 42. Razón por la cual les molestaría que familiares o cuidadores se enteren de su relación afectiva o de sus prácticas de placer según sexo y edad de la PCD

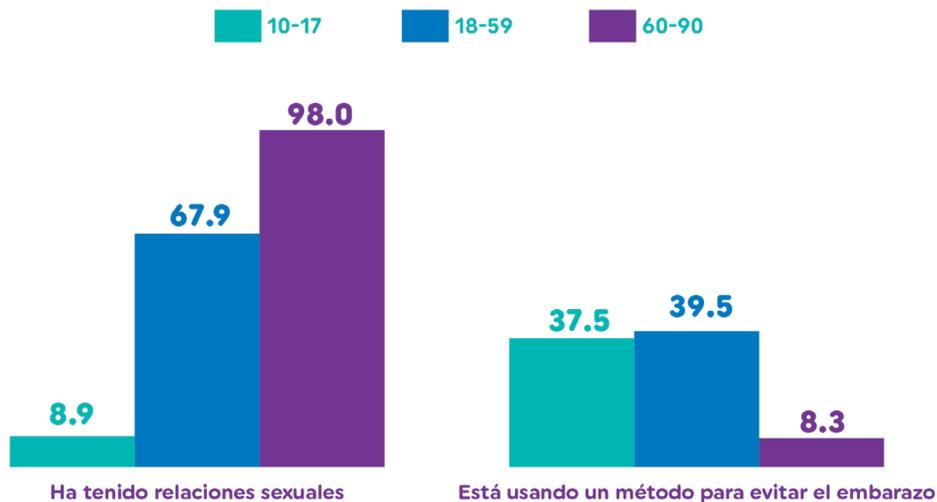


Actividad sexual y uso de métodos

Entre las personas con discapacidad encuestadas, el 48,2 % ha tenido alguna vez relaciones sexuales, en menores porcentajes en los municipios de Almaguer (35,3 %) y Mocoa (25 %). Junto a ello, no se identificaron diferencias considerables por sexo de la persona con discapacidad, el 49 % de los hombres y el 47,4 % de las mujeres han tenido relaciones sexuales. El porcentaje que ha tenido relaciones sexuales es 10 veces menor entre las personas con discapacidad más jóvenes (8,9%).

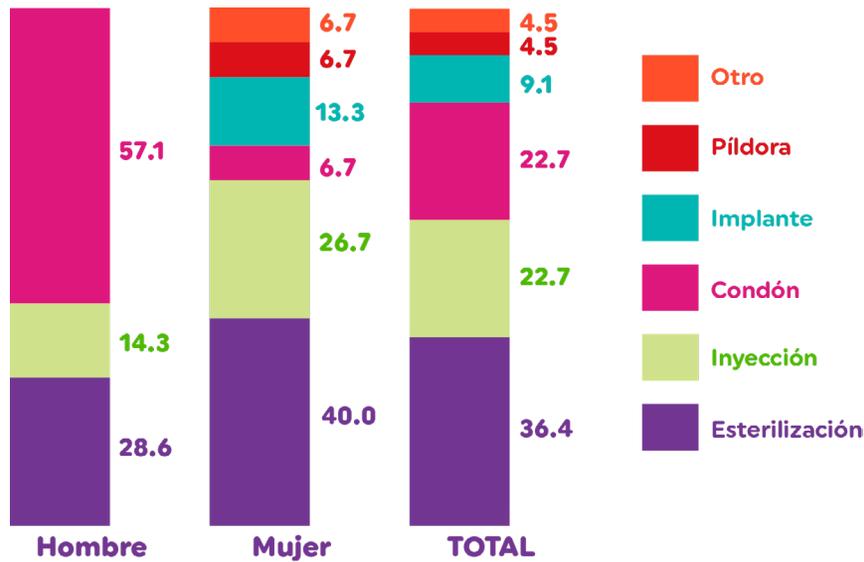
Entre las PCD que han tenido relaciones sexuales, el 23,4 % actualmente está usando un método anticonceptivo; supera el 35 % entre los menores de 60 años y no alcanza al 10 % entre los adultos mayores.

Gráfica 43. Relaciones sexuales y uso actual de métodos anticonceptivos según edad de la PCD



Con relación al método anticonceptivo que están usando actualmente, el 36,4 % de las personas con discapacidad usa esterilización, el 40 % de las mujeres esterilización femenina y el 28 % de los hombres vasectomía. Además, el 75 % de las personas con discapacidad que están esterilizadas tienen más de 59 años. El 22,7 % de las PCD o su pareja usa inyección (mensual o trimestral), el 26,7 % de las mujeres y el 14,3 % de los hombres. A su vez, el 22,7 % de las personas con discapacidad utiliza el condón como método anticonceptivo, siendo los hombres quienes lo emplean en una proporción ocho veces mayor que las mujeres. Por su parte, el 13,3 % de las mujeres con discapacidad recurre a implantes subdérmicos, mientras que un 6,7 % utiliza la píldora anticonceptiva y otro 6,7 % opta por un método no especificado.

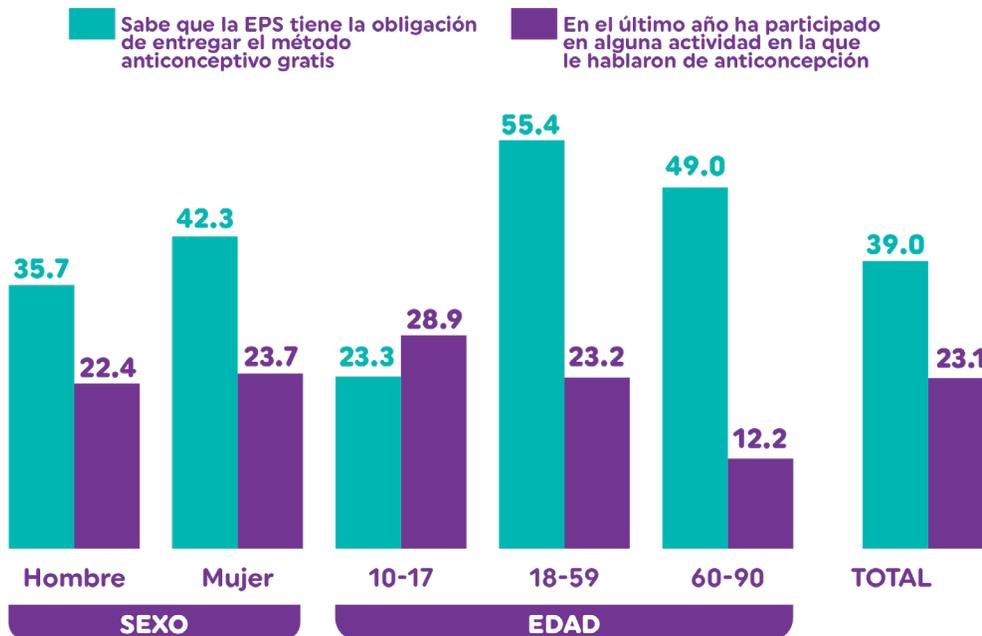
Gráfica 44. Uso actual de métodos anticonceptivos según sexo de las PCD



Entre las personas con discapacidad que están usando un método anticonceptivo, el 59,1 % lo obtuvo en una institución de salud y el 13,6 % en droguerías, tiendas, supermercados o en una fuente de suministro no especificada. Cuando escogieron el método que están usando actualmente, al 45,5 % de las mujeres les dijeron que se podrían presentar efectos secundarios usando el método y al 60 % a dónde acudir si se presentaban. Ningún hombre con discapacidad recibió esta información.

Se preguntó a todas las PCD si alguna vez les habían obligado a usar un método anticonceptivo en contra de su voluntad y todas respondieron que nunca lo habían usado bajo esa condición.

Gráfica 45. Información sobre métodos y participación en actividades educativas según sexo y edad de la PCD

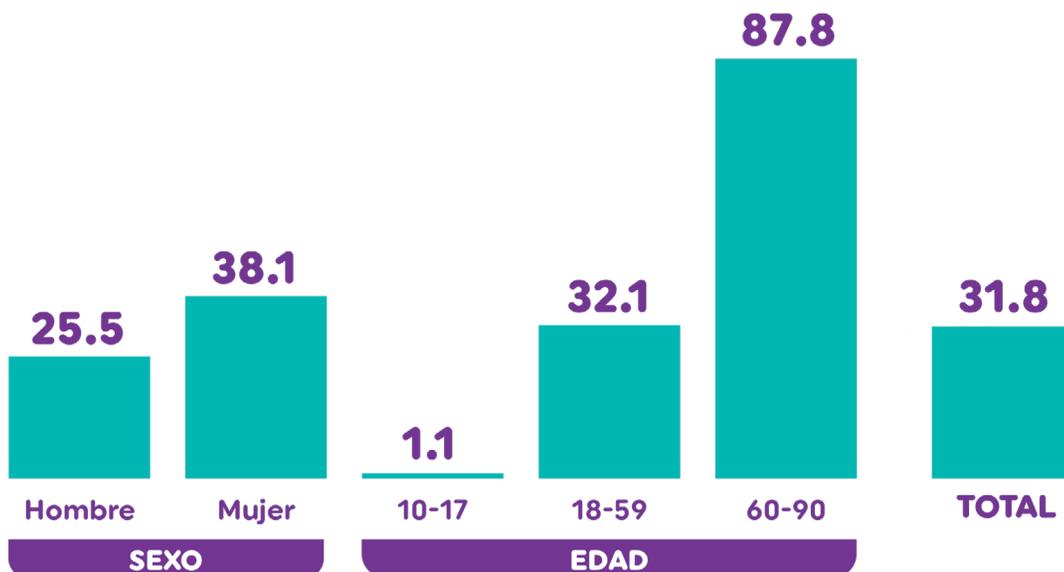


El 39 % de las personas con discapacidad sabe que la EPS tiene la obligación de entregarles el método anticonceptivo sin que tengan que pagar; este conocimiento es mayor entre las mujeres (42,3 %) que entre los hombres (35,7%), y entre las personas de 18 a 59 años (55,4 %). Por municipio, en Arauca, Bahía Solano, Tumaco y Belén de los Andaquíes supera el 50 % mientras que en Almaguer no supera el 18 %.

Salud materna

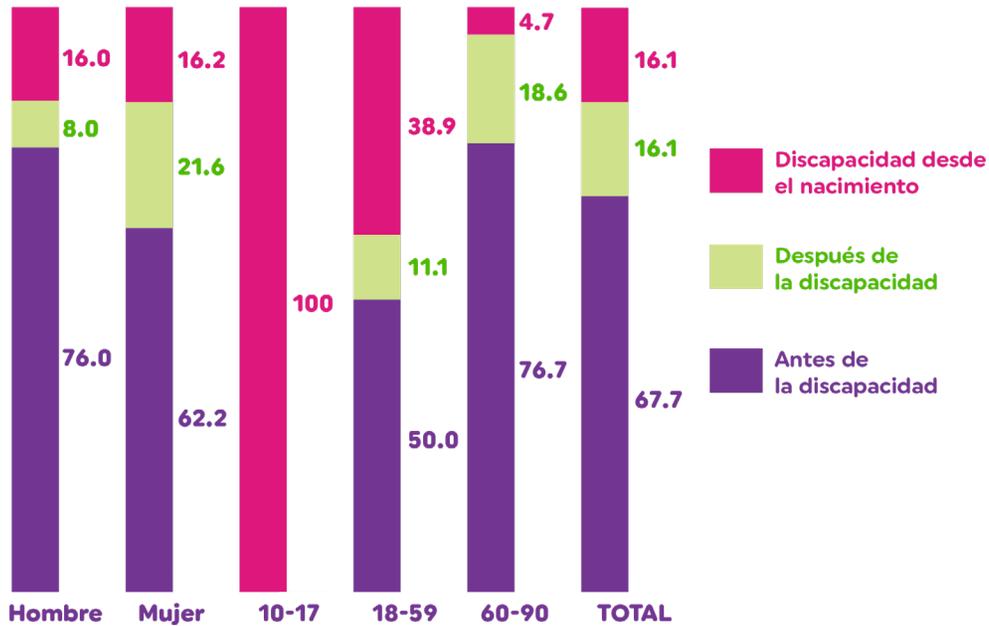
El 31,8 % de todas las personas con discapacidad encuestadas o su pareja ha estado embarazada. Este porcentaje es mayor entre las mujeres (38,1 %) que en los hombres (25,5 %), pero las mayores diferencias se encuentran por grupos de edad: mientras entre los menores de 18 años o su pareja el 1,1 % (una persona) ha estado en embarazo, el 87,8 % de las personas mayores de 59 años encuestadas o su pareja ha estado embarazada.

Gráfica 46. Embarazo propio o de la pareja según sexo y edad de la PCD



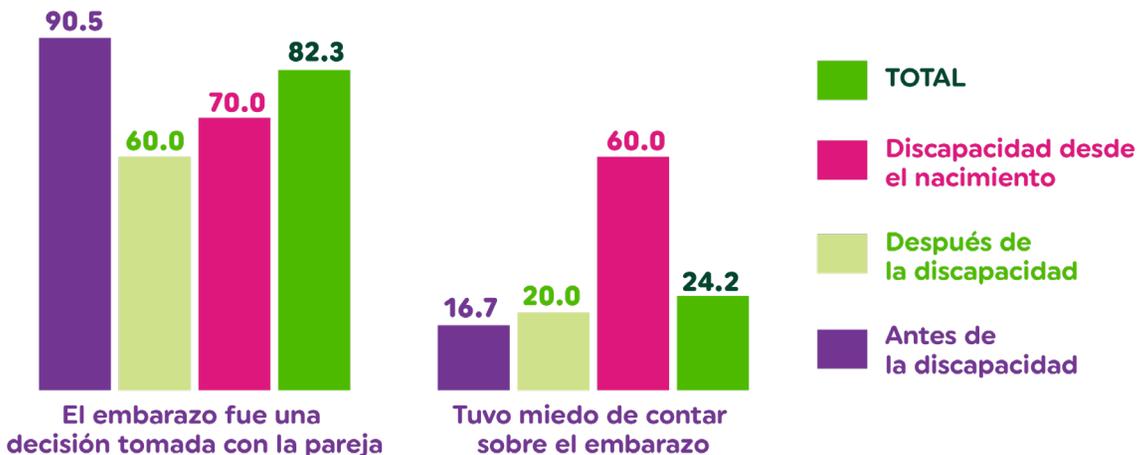
Teniendo en cuenta que para el 47,7 % de las personas con discapacidad encuestadas la dificultad que más afecta su desempeño existe desde su nacimiento y que para el 52,3 % proviene de otras causas como accidentes o enfermedades, se indagó si los embarazos se presentaron antes o después de la discapacidad. En el 67,7 % de los casos los embarazos ocurrieron antes de la discapacidad y el 16,1 % después o corresponden a personas con discapacidad de nacimiento. Se destaca que el porcentaje de mujeres que tuvieron un embarazo después de la discapacidad es casi tres veces mayor al de los hombres y que el mayor porcentaje de embarazos antes de la discapacidad corresponde a personas mayores de 59 años (77,6 %). El único caso de embarazo de una menor de 18 años tiene discapacidad de nacimiento.

Gráfica 47. Condición de discapacidad en el momento del embarazo según sexo y edad de la PCD



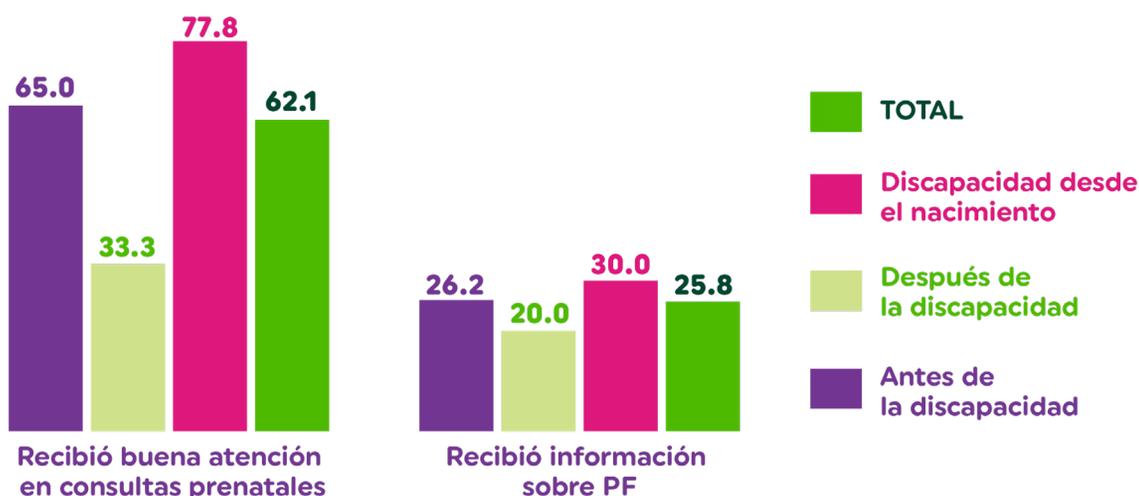
Con relación a la autonomía en las decisiones reproductivas, en el 82,3 % de los casos el embarazo fue una decisión tomada junto con la pareja. Este porcentaje fue menor en personas con discapacidad desde el nacimiento (60 %) o cuando el embarazo ocurrió después de la discapacidad (70 %). El 24,2 % de las PCD encuestadas tuvo miedo de contarle a los familiares o cuidadores sobre el embarazo, este porcentaje fue 2,5 veces mayor en los embarazos de personas con discapacidad desde el nacimiento (60 %). El 95,2 % decidió continuar con el embarazo; una persona con embarazo antes de la discapacidad y una después no informaron su decisión; otra con discapacidad desde el nacimiento decidió no continuar con el embarazo.

Gráfica 48. Decisiones sobre el embarazo según condición de discapacidad



La atención médica pre y post natal se debe adaptar a las necesidades y circunstancias de las mujeres embarazadas. Se encontró que el 62,3 % de las personas con discapacidad encuestadas que ha estado, o su pareja, en estado de embarazo encontró que el trato durante los controles prenatales fue bueno, en menor porcentaje las personas que tuvieron el embarazo después de la discapacidad. El 36 % no acudió a controles prenatales y sus partos fueron atendidos en casa y el 25,8 % recibió información sobre planificación familiar post evento obstétrico (parto o aborto).

Gráfica 49. Control prenatal e información sobre planificación familiar según momento del embarazo



2.4.5. Violencias

Las personas con discapacidad están más expuestas al riesgo de ser objeto de violencia (OMS, 2011) por factores que incrementan su dependencia de otras personas o las hacen vulnerables y las privan de sus derechos, como la falta de apoyos o ajustes razonables, la negación de su capacidad jurídica, la falta de acceso a información o servicios, el temor a denunciar por miedo a perder el acceso a servicios o a ser internadas si denuncian los abusos en el hogar. Factores que a su vez conducen a la impunidad y a la invisibilidad de la violencia haciendo que persista (ACNUR, 2012).

En la investigación se indagó por las violencias a las que han estado expuestas las personas con discapacidad, la solicitud de ayuda, la denuncia de las violencias y las razones por las que no han buscado ayuda o denunciado. En las entrevistas a líderes y representantes de organizaciones comunitarias, y en los grupos focales con funcionarios de los sectores Salud, Educación y Protección se profundizó en su percepción sobre la violencia contra las PCD, las razones por las que no denuncian, las rutas de atención en estos casos, y las actividades de prevención y protección de la violencia contra esta población.

Violencias a las que han estado expuestas las personas con discapacidad

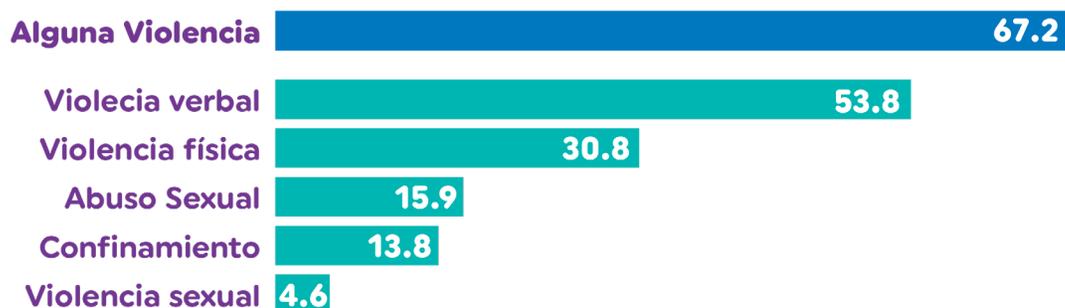
Para identificar las violencias a las que han estado expuestas las personas con discapacidad en los municipios priorizados, se indagó por formas específicas de violencia, el agresor y la busca de ayuda o la denuncia. Para identificar las distintas formas de violencia, se utilizaron las siguientes preguntas:

- **Confinamiento:** "¿Alguna persona le ha prohibido encontrarse con sus amigos?"
- **Violencia verbal:** "¿Alguna persona le ha dicho frases como 'usted no sirve para nada' o se ha burlado de usted?"
- **Violencia física:** "¿Alguna persona le ha golpeado, abofeteado, pateado o le ha causado algún daño físico?"
- **Violencia sexual:** "¿Alguna persona le ha forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales?"
- **Abuso sexual:** "¿Alguna vez alguien ha tocado alguna parte de su cuerpo de una forma que le haya hecho sentir incómodo(a), molesto(a) o triste?"

El 67,2 % de las PCD ha experimentado alguna forma de violencia, por municipios este porcentaje supera el 80 % en Timbiquí, Nuquí y Bahía Solano mientras que en Almaguer es del 35,3 %. El porcentaje que ha experimentado alguna forma de violencia es mayor entre las mujeres (70,1 %) que entre los hombres (64,3%) es mayor entre las personas con discapacidad menores de 18 años (75,6 %). Ahora bien, por pertenencia étnica llega al 80 % en indígenas, al 76,2 % en afrodescendientes y es del 55,9 % entre las personas con discapacidad que no pertenecen a un grupo étnico.

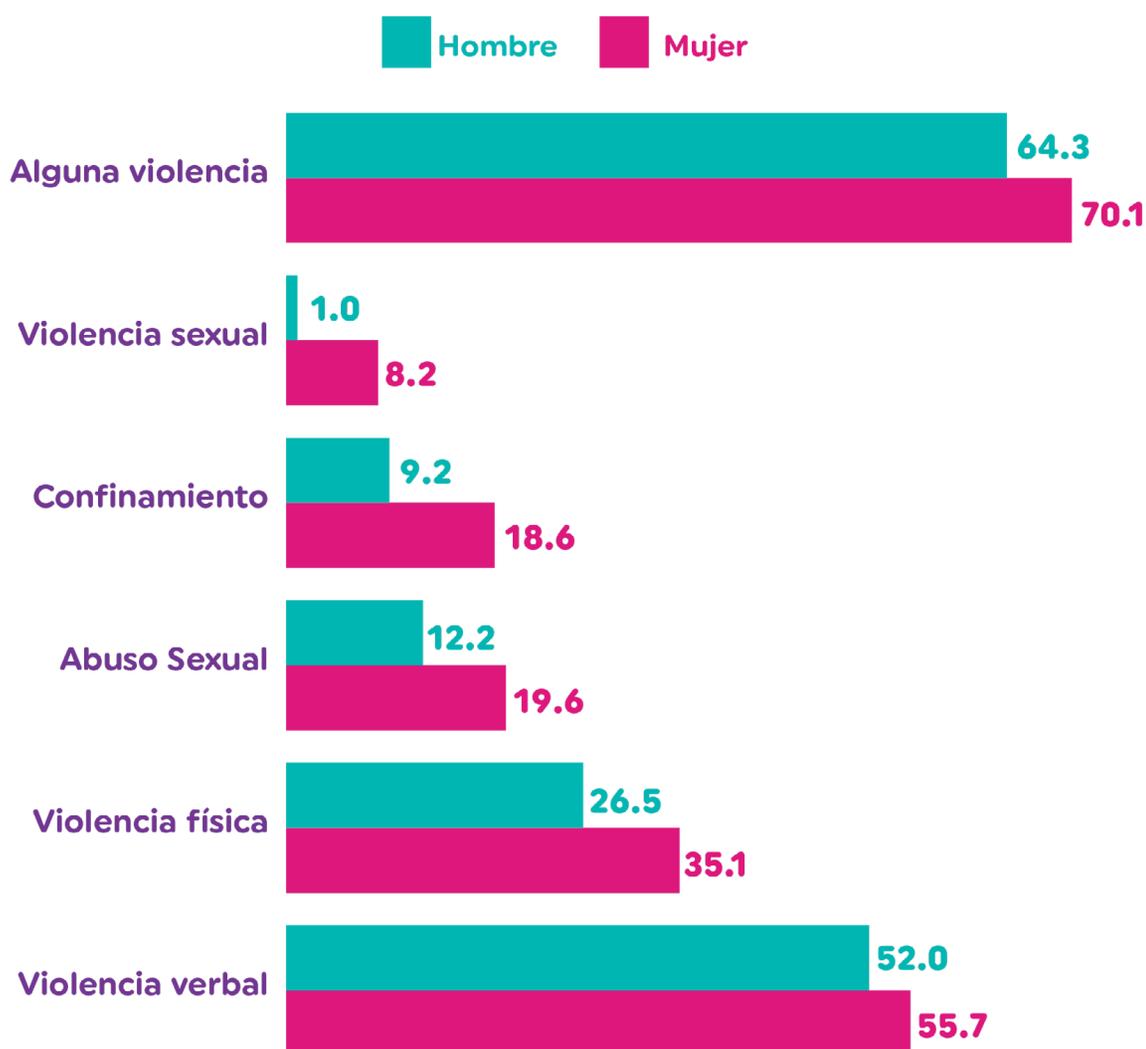
Específicamente, el 53,8 % ha experimentado violencia verbal, por parte de amigos o compañeros; el 30,8 % ha sufrido violencia física, en su mayoría ejercida por familiares, cuidadores o amigos; el 15,9 % ha sido víctima de abuso sexual, principalmente por parte de compañeros de estudio; el 13,8 % ha vivido situaciones de confinamiento impuestas por padres o cuidadores; y el 4,6 % ha enfrentado violencia sexual por parte de conocidos, familiares o cuidadores.

Gráfica 50. Formas de violencia que han experimentado las personas con discapacidad



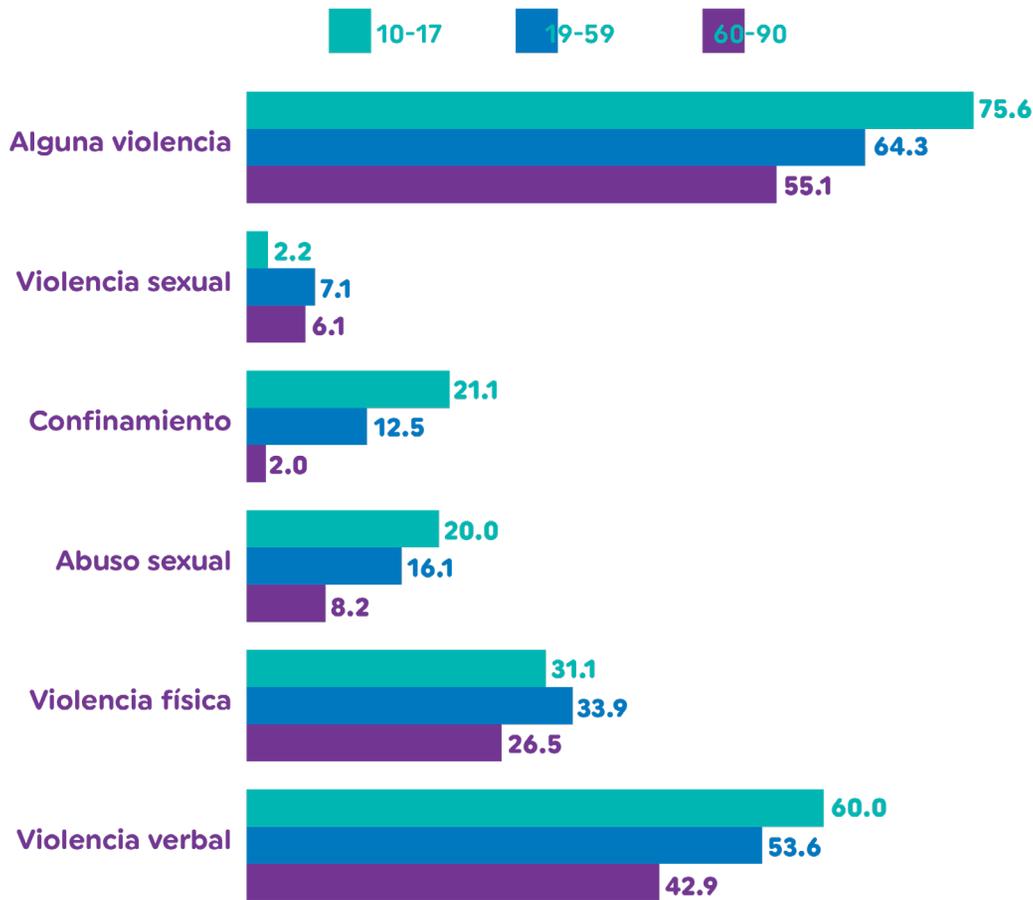
Los resultados revelan que las mujeres con discapacidad encuestadas son objeto de una doble discriminación debido a su género y a su discapacidad, y tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencias. En comparación con los hombres, las mujeres presentan una probabilidad mayor de ser víctimas de diferentes formas de violencia: tienen 8 veces más probabilidades de sufrir violencia sexual, el doble de probabilidad de ser confinadas, 1,6 veces más de experimentar abuso sexual, 1,3 veces más de ser víctimas de violencia física y 1,1 veces más de enfrentar violencia verbal.

Gráfica 51. Formas de violencias experimentadas según sexo de la PCD



De acuerdo con los grupos de edad, las personas con discapacidad encuestadas menores de 18 años tienen más probabilidad de ser víctimas de confinamiento (21,1 %), abuso sexual (20 %) y violencia verbal (60 %), mientras que las personas entre 18 y 59 años están más expuestas a ser víctimas de violencia sexual (7,1 %) y violencia física (33,9 %).

Gráfica 52. Formas de violencia experimentadas según edad de la PCD



Durante las entrevistas y grupos focales, líderes y funcionarios plantearon que los episodios de violencia hacia las PCD por parte de los cuidadores o familiares están relacionados con la sobrecarga de las actividades de cuidado que les genera cansancio, rabia u ofuscamiento dando lugar a violencia verbal o física:

"Así como tenemos miedo, como nuestro cuerpo siente temor, también siente rabias y hay veces que por momentos difíciles uno puede cometer errores, hay momentos que sí debe haber esa parte de violencia" (Entrevistas)

"Esto también hace que el cuidador comience a implementar violencia psicológica contra la persona con discapacidad, al manifestarle su fatiga sin entender de qué forma lo percibe la persona con discapacidad diciendo así términos de nosotros, que se azara, que se aburre con una persona todos los días, estarlo cuidando, bañando, aseando, todo, entonces pues que ya, de tanto tiempo de cuidados" (Grupos focales).

"Algunos cuidadores descargan sus emociones de frustración e ira en ellos; sin entender que las personas con discapacidad también tienen y perciben emociones adecuadas e inadecuadas. Los riesgos nacen desde el mismo seno de la familia [...] que los ha visto como una carga. (Entrevistas)".

Los funcionarios del estado, particularmente los del sector Protección, mencionaron que en algunas comunidades las personas con discapacidad son ocultadas o excluidas. Esto representa una grave afectación y sugiere una barrera cultural y estructural en el reconocimiento de sus derechos. Aquí subyacen diversas razones como el estigma, la falta de recursos para su atención o creencias tradicionales que hacen que sean marginadas:

"[...] entonces uno llega allá, y los familiares no dejan ver a sus pacientes, no lo dejan, "no necesitan nada" entonces hay una barrera, no sabemos en qué condiciones está realmente ni lo que necesita, porque el familiar no nos deja ingresar" (Grupos focales).

"Los indígenas, no sé si hace parte de su cultura, [...] los esconden. O sea, cuando la discapacidad a veces es muy grave, ellos los esconden. A veces cuando llegan las brigadas si el niño tiene una discapacidad no lo llevan a la atención" (Grupos focales).

"Que los excluyan, ha tenido la afectación en toda la parte de su autoestima como tal y puede contribuir a que esa persona esté triste, decaída y pueda llegar a cometer algo, ya sea suicidio" (Grupos focales).

Otro aspecto de la violencia contra las PCD por parte de sus cuidadores, considerado por una organización de base comunitaria, es la desatención a las necesidades emocionales, físicas o sociales:

"El abandono a las personas con discapacidad no solo es un acto de negligencia, sino una clara violación de sus derechos fundamentales que perpetúa o su aislamiento y marginación dentro de la familia y la sociedad" (Entrevistas).

También, se planteó en los grupos focales que las personas con discapacidad son más vulnerables a la violencia económica o patrimonial por parte de sus cuidadores debido a su dependencia para satisfacer necesidades básicas y gestionar sus recursos. La falta de apoyos y ajustes adecuados para que las PCD puedan gestionar por sí mismas su dinero o bienes las hace vulnerables a la manipulación o explotación por parte de quienes tienen el control de esos recursos.

"Están expuestas a la violencia económica, patrimonial. El tema de ser una persona con discapacidad aumenta los factores de riesgo para que los mismos familiares le reduzcan su capacidad de toma de decisiones" (Grupos focales).

Se registró una menor mención de casos de violencia contra personas con discapacidad en el ámbito de las instituciones educativas:

"Pues mire por lo menos la experiencia que yo he vivido es de que en la institución como no aprenden de la misma forma que los otros compañeros les hacen acoso escolar" (Grupos focales).

Solicitud de ayuda y denuncia

En la encuesta también se preguntó a las PCD víctimas de violencia sobre las acciones que adelantaron para buscar ayuda. Específicamente, si le contaron a alguien cercano y qué hizo esta persona, si solicitaron ayuda a cercanos, acudieron a una institución en busca de ayuda, denunciaron la violencia, y en caso de que no haya sido así, la razón por la cual no se presentó la denuncia.

El 55,7 % de las personas con discapacidad que experimentaron alguna forma de violencia le contó a alguien sobre ello, en mayor porcentaje las mujeres (61,8 %) que los hombres (49,2 %). En el 67,1 % de los casos la persona a la que le contaron hizo algo para ayudarles y, en mayor medida, los menores de 18 años recibieron ayuda (75 %).

Ahora bien, el 48,1 % de las PCD que experimentaron violencia pidió ayuda a cercanos de las personas: en el 60,3 % de los casos a los padres, el 30,2 % a otras personas como amigos, vecinos, profesores; el 19 % a cuidadores, y en menor porcentaje (3,2 %) a la pareja.

Junto a ello, el 81,7 % de las personas con discapacidad que han experimentado violencia nunca ha buscado ayuda. Los casos en los que recurren a instituciones del Estado son pocos: el 3,8 % acudió a la Fiscalía, el 2,3 % a la Inspección de Policía, y el 1,5 % a la Comisaría de Familia o al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

De igual manera solo en el 10,7 % de los casos de violencia la persona con discapacidad puso la denuncia. Mientras que el 23,1 % no denunció porque considera que puede resolver la situación, y el 14,5 % naturaliza la violencia, es decir, considera que es parte de la vida o que los daños no fueron fuertes. Por su parte, el 12 % no sabe a dónde ir, al 11,1 % le da miedo que si denuncia haya más agresión y al 8,5 % le da vergüenza. En menciones inferiores al 5 % no denuncian porque no creen en la justicia, no desean lastimar al agresor o tuvieron una experiencia negativa denunciando. Las personas que denunciaron acudieron a la Inspección de Policía o la Fiscalía (21,4 %), al ICBF (14,3 %) y a la Comisaría de Familia o al juzgado (7,1 %).

A su vez, en las entrevistas y grupos focales, los líderes y representantes de las organizaciones comunitarias de base y los funcionarios del estado plantean que en general, la dependencia física, emocional o económica genera barreras que dificultan la denuncia de los abusos y violencias en el hogar:

“Las violencias siempre ocurren en las casas, todo tipo de violencia siempre está en el lecho de la casa, siempre es el papá, mamá, el tío, el hermano, el padrastro, el abuelo. Sí, entonces muchas veces es complejo porque las personas con discapacidad no tienen una red de apoyo fuerte y la sociedad en este momento, pues no es una sociedad que proteja a las personas con discapacidad” (Grupos focales).

Destacan que las personas con discapacidad tampoco encuentran apoyo o respaldo de los representantes o entidades del municipio cuando en la situación están involucradas personas o grupos armados. Así lo manifiesta una líder:

“Muchas veces la persona agredida retrocede. Son personas que dependen del agresor. No hay una casa donde uno pueda cobijar a esa persona y la ley no puede protegernos en los montes, si dicen déjelo libre hay que hacerlo, porque debemos proteger nuestra vida, por más que queramos amparar a la persona” (Entrevistas).

“[...] no es que yo no voy a la Alcaldía porque eso a uno lo miran mal y no le hablan, no le ponen cuidado, me ponen a esperar o me dicen venga mañana. Entonces yo creería que desde ahí iniciamos como esa violencia” (Entrevistas)

Estas aproximaciones a las causas de no denuncia se acercan al abordaje de la violencia desde el modelo social en el que el motivo de los problemas se encuentra en las limitaciones de la sociedad y no en las condiciones individuales de las PCD. No obstante, en el abordaje de la violencia sexual, que fue amplio

tanto en las entrevistas como en los grupos focales, no se situaron en el mismo modelo. Allí vuelven a adoptar el modelo rehabilitador enfatizando que las personas con discapacidad cognitiva son más vulnerables a la violencia sexual porque no pueden reconocer las situaciones de abuso, comunicarlas de manera efectiva o no comprenden completamente sus derechos y límites. Es decir, que la causa de la violencia está en la discapacidad de la persona y no en las barreras actitudinales, comunicativas o físicas que la rodean. Desde esta mirada emerge la infantilización de las personas con discapacidad (Profamilia, 2019).

"Son más vulnerables, en ocasiones son más inocentes, al no tener conocimiento de muchos aspectos y de muchas cosas, pues están más expuestos, porque a veces no saben ni qué es lo que está pasando con ellos" (Entrevistas).

"Mire que Dios no lo quiera, ustedes se van, dejan a la muchacha solita, no falta porque ha pasado, que llegan y la violan, o cualquiera, llegó el primo, el tío, y como ella no puede defenderse, entonces la agreden sexualmente, y como no tienen ninguna protección, pues quedó embarazada, y ahí viene otra situación más compleja" (Entrevistas).

"Estas PCD no dependen de sí mismo, ellos no tienen como el carácter de uno de tomar la decisión, sino que los llevan y ellos se dejan llevar sin importar las consecuencias" (Grupos focales).

También, cobra importancia la percepción de que la sexualidad de las mujeres con discapacidad en edad reproductiva es "problemática" porque puede terminar en un embarazo y debe atenderse de manera restrictiva propiciando la vulneración de sus derechos y la desatención de las violencias sexuales, y concentrando la preocupación en el embarazo y no en el abuso.

"Si la persona, como dice usted, queda embarazada, si es una mujer, pues entonces ahí ya tocaría entrar a mirar si la persona está en capacidad de tener el bebé o hay que abortarlo, porque pues de pronto el médico dice no puede tener esta criatura" (Grupos focales).

"Ni siquiera la misma niña sabe responder de quién salió embarazada porque puede estar siendo abusada por dos, tres o cuatro personas de la misma casa (Entrevistas).

"Hubo una violación hacia una persona discapacitada, porque ella no puede hablar, entonces la violaron" (Entrevistas).

Ruta de atención

En términos generales, en las entrevistas y grupos focales se señala que, independientemente de la institución que reciba la denuncia, esta es reportada a la Comisaría de Familia que realiza la valoración psicológica y hace seguimiento al proceso. Asimismo, se notifica a la institución de salud, que puede brindar primeros auxilios psicológicos y llevar a cabo la valoración médico - legal, y a la Fiscalía —o a la dependencia correspondiente en los municipios donde no existe esta entidad—, que es la encargada de iniciar la acción legal. También, destacan que todas las instituciones que pueden recibir denuncias reconocen esta ruta de atención.

"Si sucede digamos el caso, que llegue inmediatamente al hospital, pues nos lo reporta a la Comisaría, lo que hacemos es inmediatamente reportarlo a Fiscalía y brindarle la atención necesaria a la persona en el tema de valoración psicológica, valoraciones iniciales y luego el proceso de restablecimiento de derechos para poder colocar la denuncia en la Fiscalía" (Grupos focales)

Plantean que las denuncias realizadas por personas con discapacidad en situaciones de violencia no se resuelven de manera oportuna, debido a que, en muchos casos, las víctimas tienden a retractarse durante el proceso. Entre los factores que pueden influir en la retractación o el desistimiento se encuentran la dependencia emocional, el miedo a represalias, la presión del agresor, la falta de confianza en la justicia, factores económicos, falta de acceso a recursos, dificultades para entender los procesos judiciales o expresar su voluntad de manera clara y dificultades para acceder a los servicios de justicia o para comunicarse con los profesionales involucrados.

"[...] acá sí hay mucha violencia sexual, pero no se hacen como las respectivas denuncias como debe ser y pues tampoco se llevan al término. Porque después se retractan y pues ahí no se puede hacer nada, se hace acompañamiento, se informa sobre el restablecimiento de derechos, pero se debe respetar la decisión de la persona" (Entrevistas).

"[...] aquí existen actores al margen de la ley que ya han tomado acciones contra las personas que han violado entonces ya la gente se abstiene de denunciar" (Entrevistas).

Aunque los funcionarios de los sectores participantes dicen conocer la ruta de atención en casos de violencias de género y sexual, señalan que no hay un protocolo específico en caso de que la víctima tenga una discapacidad. Es decir, la ruta de atención a violencias no tiene un enfoque diferencial para personas con discapacidad y aunque algunos funcionarios mencionan que es inclusiva porque es para todos, también son enfáticos en la necesidad de desarrollar una ruta específica en la que puedan contar con los apoyos y ajustes razonables necesarios para aplicar adecuadamente todo el protocolo de atención:

"Nosotros no tenemos una ruta especial para la persona con discapacidad, porque es inclusiva, con discapacitado o sin discapacidad, sea hombre, sea mujer, igual, siempre se activa la ruta" (Entrevistas).

"Tuvimos un caso de una persona con discapacidad que la ingresaron y eso fue una alarma porque no se habían presentado casos así [...] era una señora de edad avanzada [...] nosotros no sabíamos cómo darle atención diferencial [...] nos quedamos cortos, no pudimos desarrollar toda la ruta porque no supimos como adaptar [el examen médico legal, el acompañamiento psicosocial y los trámites judiciales] a las condiciones de la persona con discapacidad" (Grupos focales).

Prevención y protección de la violencia

Con relación a las estrategias para reducir las violencias contra las personas con discapacidad, hay un avance desigual en los municipios. Esto revela que no se están rigiendo por una directiva nacional o departamental, sino por esfuerzos locales. Algunas organizaciones han buscado profesionales especializados para desarrollar espacios de capacitación sobre la prevención de violencias de género y violencia sexual:

"Nosotros siempre proponemos el tema de violencia y siempre se hacen capacitaciones, nosotros acompañamos el proceso, pero no damos capacitaciones, porque no somos expertos en el tema, pero siempre buscamos la entidad que puede hacerlo" (Grupos focales).

Otras organizaciones han realizado talleres en los que buscan construir habilidades de apoyo y acompañamiento para las mujeres, y hacen énfasis en la disminución de riesgos de violencias en contra de ellas y en la garantía de sus derechos:

"Desde el nivel departamental a uno le piden que haga cursos y actividades para las mujeres sobre las barreras que hay, sobre lo que hay que implementar, lo que hay que fortalecer, cómo hacer que ellas se empoderen, y como digo yo, siempre hay que apoyar con educación" (Entrevistas).

En algunos municipios las organizaciones de base comunitaria se han articulado con instituciones de Salud, Educación y Protección para abordar la prevención de violencias de género y violencia sexual en personas con discapacidad y hacer seguimiento a los casos:

"Con la Comisaría y con la psicóloga del Hospital María Angelines, hemos trabajado con las comunidades y con las personas con discapacidad, la violencia sexual y se ha mitigado mucho, se ha disminuido mucho" (Entrevistas).

"Tenemos el equipo de psicólogos y también se abre las puertas con Salud, con Bienestar y con Protección. Entonces ahí se enlazan y los casos se llevan a las orientaciones [...] todo es articulación" (Grupo focal).

Una organización de base comunitaria para personas con discapacidad buscó articularse con una para personas LGTBQ+ y afro con la intención unir fuerzas para trabajar en la eliminación de todas las formas de violencia desde un enfoque interseccional sin resultados positivos:

"Como representante he tratado de hablar no solo con los directivos de la organización sino también con las personas con orientaciones e identidades de género diversas y con personas afrodescendientes pero el problema es que ellos ponen un obstáculo, ponen una pared: no ¿para qué voy a trabajar con discapacidad?" (Entrevistas).

En otros casos, desde los diferentes sectores se desarrollan capacitaciones sobre la prevención de violencias sexuales o de género dirigidas a la población en general sin excluir a las personas con discapacidad. A su vez, sin tener en cuenta las adecuaciones o ajustes necesarios para garantizar su participación en igualdad de condiciones que las otras personas:

"Específico no, pero tampoco lo que hace los segrega, llegamos a la institución y es una persona discapacitada se incluye en los procesos, llegamos al parque y en el pueblo hay se incluyen los procesos porque antes de ser discapacitada es persona" (Grupos focales).

“La Personería sí da a conocer la normativa en caso de violencia de género o violencia contra niños, niñas y adolescentes, pero en general, así enfocada a personas con discapacidad, no, no la hemos enfocado en esa parte” (Grupos focales).

Destaca que en las entrevistas y grupos focales se mencionó la articulación con AKASA y la participación en eventos y capacitaciones en los que se priorizaron temas como la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad y las violencias a las que podrían estar expuestas:

“Lo de Akasa fue, en el año 21 y 22. Ellas estuvieron viniendo, venían cada dos o tres meses más o menos. Con ellas se coordinó una feria de sexualidad muy chévere, muy bonita, muy grande enfocada hacia la población con discapacidad. Hubo grupos teatrales, haciendo mímicas y representaciones de la violencia para que ellos las reconocieran” (Grupos focales).

2.5. Participación Social de las personas con discapacidad

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad adopta entre sus principios generales la participación y en sus artículos 29 y 30 promueve la participación de las PCD en la vida política, pública y cultural (Organización de las Naciones Unidas, 2006). Para que puedan participar plenamente en todos los aspectos de la vida, establece en el artículo 9 que se deben adoptar medidas para asegurar su acceso en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, los sistemas, las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público (Organización de las Naciones Unidas, 2006, pág. 10).

En la encuesta se indagó por la participación de las personas con discapacidad en actividades institucionales y comunitarias, en organizaciones de PCD y las situaciones que han impedido o dificultado la participación en actividades sociales.

El 42,6 % de las personas con discapacidad encuestadas ha participado en actividades institucionales o comunitarias. Este porcentaje supera el 50 % en Nuquí, Puerto Leguízamo y Bahía Solano y no alcanza el 30 % en Almaguer y Belén de los Andaquíes.

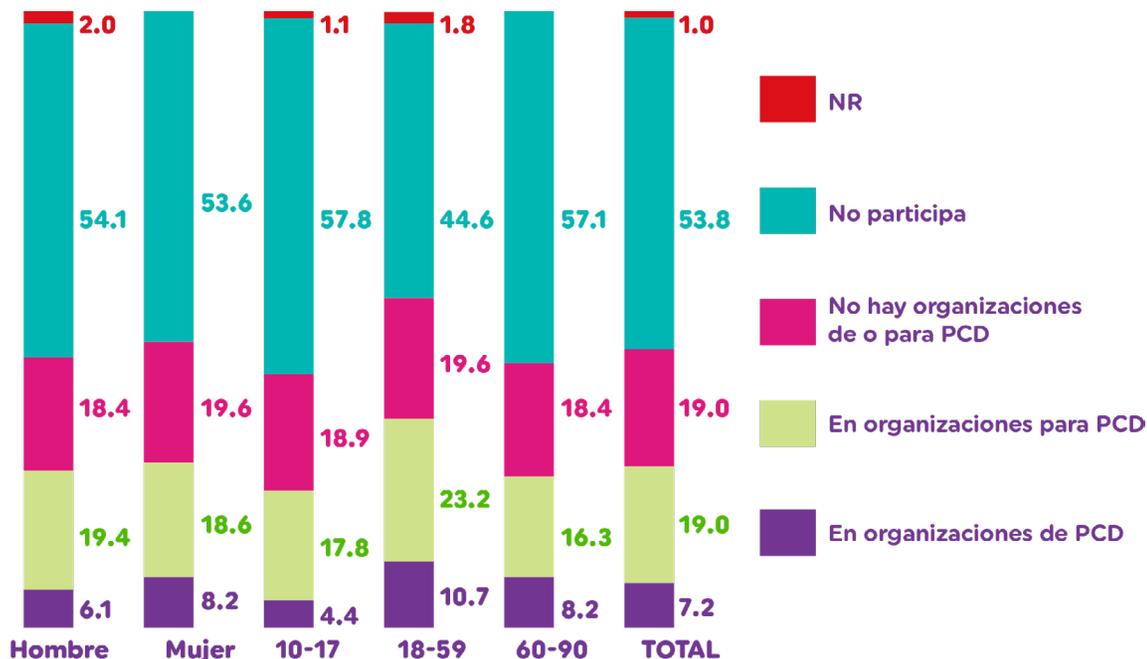
En relación con la inclusión y participación en organizaciones de o para personas con discapacidad, el 19 % de las personas encuestadas manifestó haber

participado en organizaciones para personas con discapacidad, mientras que el 7 % lo ha hecho en organizaciones de personas con discapacidad. Un 19 % no ha participado debido a que, en su municipio, no existen este tipo de organizaciones. Además, el 58,8 % indicó que no participa en ninguna organización y el 1,0 % no respondió la pregunta.

Al analizar los datos por rangos de edad, se observa una menor participación de personas menores de 18 años en organizaciones de personas con discapacidad, y una mayor participación de personas entre los 18 y 59 años en organizaciones para personas con discapacidad.

Finalmente, según las respuestas obtenidas, el único municipio donde no se evidencia la existencia de organizaciones de o para personas con discapacidad es Almaguer.

Gráfica 53. Participación en organizaciones de o para PCD según sexo y edad de la PCD



Frente a las situaciones que impiden o dificultan la participación de las personas con discapacidad en actividades sociales comunitarias, el 39 % no lo hace porque en esos espacios no se reconoce su capacidad de decidir, en un 30,3 % no se enteran, no les invitan o no tiene acceso a información sobre las actividades comunitarias, y un 8,7 % no se permite la participación de las personas con discapacidad.

En segundo orden, el 33,3 % no participan por razones relacionadas con sus preferencias personales, el 29,2 % porque no le interesa y el 4,1 % por falta de tiempo. En tercer lugar, (23,6 %) no van porque no tienen acceso a apoyos o ajustes para acudir a las reuniones: el 14,9 % tiene dificultad para moverse, el 4,6 % tiene temor de participar en esos espacios, el 2,6 % no acude porque no hay intérpretes que faciliten la comunicación y el 1,5 % porque no tiene conexión a

internet. En el menor porcentaje (7,2 %) no participan por razones relacionadas con las organizaciones: 5,1 % porque no hay organizaciones o representantes de las personas con discapacidad y el 2,1 % porque considera que los Comités Municipales de Discapacidad no cumplen sus agendas.

Gráfica 54. Situaciones que dificultan la participación de PCD en actividades sociales comunitarias



Finalmente, el 72,8 % de las PCD están interesadas en participar en talleres sobre sus derechos y el 73,3 % en organizaciones comunitarias que trabajen por sus derechos. Al 69,2 % le gustaría hacer parte de grupos de vecinos que apoyen a las personas con discapacidad.

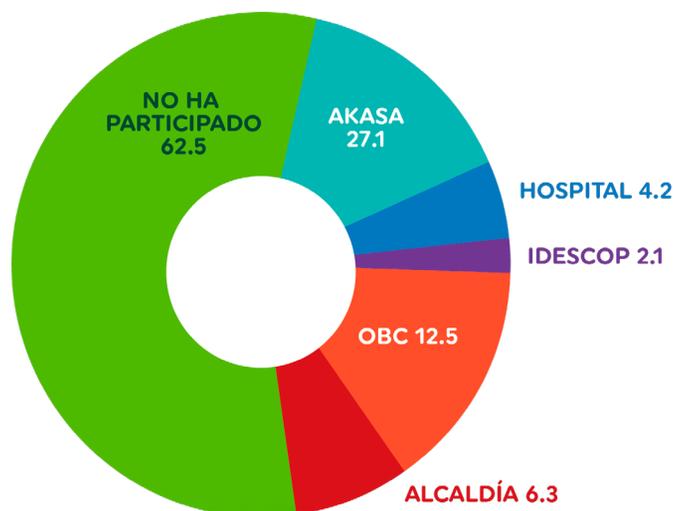
También, se preguntó a las cuidadoras por su participación en procesos de formación para el cuidado de las PCD y el 14,6 % ha estado en espacios liderados por organizaciones para personas con discapacidad, el 8,3 % en procesos liderados por Akasa, y el 4,2 % en aquellos organizados por el hospital o puesto de salud, o en programas de formación profesional. La participación en procesos liderados por el ICBF, la Alcaldía o el Sena no alcanza el 3 %. El mayor porcentaje de cuidadoras (62,5%) no ha estado en espacios de formación para el cuidado de las personas con discapacidad.

Gráfica 55. Participación de las cuidadoras en procesos de formación para el cuidado de PCD



Con relación a la participación en procesos de formación sobre los derechos de las personas con discapacidad, el 27,1 % ha estado en espacios liderados por Akasa, el 12,5 % en aquellos liderados por una organización de base comunitaria, el 6,3 % por la Alcaldía, el 4,2 % por el hospital o centro de salud, y el 2,1 % por la Fundación IDESCOP. El mayor porcentaje de las cuidadoras encuestadas (47,9%) no ha hecho parte de espacios de formación sobre los derechos de las PCD.

Gráfica 56. Participación de las cuidadoras en procesos de formación sobre los derechos de PCD



El 29,2 % de las cuidadoras pertenece o ha pertenecido a una organización de o para personas con discapacidad. A su vez, más del 93 % de las cuidadoras está interesada en participar en talleres sobre los derechos de esta población, y sus familiares o cuidadores en hacer parte de organizaciones comunitarias que trabajen por los derechos de las personas con discapacidad y sus familiares o cuidadores. Incluso, en hacer parte de grupos de vecinos que apoyen a esta población.

Por su parte, en las entrevistas y grupos focales los relatos dan cuenta de dos dimensiones de la participación social de las personas con discapacidad que serán descritas a continuación. La primera está relacionada con las barreras que enfrentan para la participación en entornos sociales, laborales y políticos. La segunda se concentra en las actividades de promoción de la participación social de las PCD que han desarrollado desde sus organizaciones y entidades.

Con relación a las barreras para la participación social de las personas con discapacidad, se incluyen la falta de recursos, la percepción negativa de la discapacidad y la instrumentalización de las PCD. Respecto a la falta de recursos hacen énfasis en que no siempre se hacen adaptaciones o se tienen en cuenta ajustes razonables para garantizar su acceso al entorno físico, específicamente en el transporte:

"Complejo porque no hay recursos para el transporte, no hay transporte fluvial permanente lo que dificulta trasladarse desde la zona rural" (Entrevistas)

Frente a la percepción negativa y discriminatoria de la discapacidad, consideran que no solo reduce sus posibilidades de participación en actividades laborales, educativas o sociales, también refuerza las barreras que impiden su integración plena y autónoma:

"La discriminación, que las personas piensen que no tienen la capacidad, y la falta de oportunidad para ellos es una barrera demasiado grande, porque ellos tienen muchas aptitudes que pueden desarrollar" (Entrevistas).

"Pues creo que en muchas de las ocasiones es la familia, la barrera, porque a veces la familia no considera relevante e importante la participación de la persona con discapacidad" (Entrevistas).

"La presión cultural y familiar que tienen, que les dice que no pueden hacer muchas cosas, hace que vivan en busca de lo que se les puede ofrecer y no de lo que ellos pueden llegar a hacer por sí mismos" (Grupos focales).

La instrumentalización de las personas con discapacidad fue mencionada en los ámbitos político y laboral. Por ejemplo, en algunas campañas políticas se usa la imagen de las personas con discapacidad sin propiciar su participación social o política, así lo resume un líder:

"[...] hace poco lo que hicieron fue tomarse fotografías con ellos para hacer publicidad a la campaña y total es que a ellos después no les dieron ningún beneficio ni nada" (Entrevistas).

En el campo laboral, la instrumentalización está asociada con el cumplimiento de las cuotas establecidas en el marco de la Ley 1618 de 2017 y el Decreto 2011 de 2017. Mencionaron que la inclusión laboral de las personas con discapacidad ha aumentado en algunas instituciones públicas, pero que no participan de manera activa ni significativa en estos ámbitos laborales:

"Hay una persona o dos personas que tienen alguna discapacidad y trabajan, pero más que por sus capacidades, los buscan es porque dentro de la ley hay algo que obliga a que deben tener contratadas personas con discapacidad. Entonces es como eso, entonces básicamente es más que todo por cumplir con la ley" (Entrevistas).

Con relación a la segunda dimensión, que se concentra en la promoción de la participación social y la inclusión de las personas con discapacidad, los líderes, representantes de las organizaciones de base comunitaria y funcionarios del Estado han realizado mesas técnicas con diferentes actores comunitarios para desarrollar estrategias enfocadas a la participación social y cultural, y al desarrollo de emprendimientos de las PCD o sus cuidadores:

"Tuve una mesa técnica con los representantes del Comité de Discapacidad, en la cual estuvimos abordando acciones y estrategias para que las personas con discapacidad se puedan incluir, tanto en la parte cultural, deportiva, en los escenarios al parque." (Grupos focales).

"Se han hecho algunas ferias de servicios y de emprendimientos con la Fundación Sordos del Pacífico [...] también con otras asociaciones, que hicieron una muestra de los servicios que ellos ofertan en todo el tema cultural: arte, circo, danza, baile. Aunque la verdad es que hay muy pocas organizaciones trabajando en el tema de discapacidad" (Entrevistas).

No obstante, también se encontró que a veces estos esfuerzos no son continuos, no utilizan un lenguaje sencillo, adaptado a sus necesidades individuales, o no cuentan con ayudas audiovisuales, auditivas u otros apoyos y ajustes razonables esenciales para que las PCD logren una comprensión integral de la información. Es decir, entiendan la información y la puedan aplicar a situaciones reales:

"[...] en programas enfocados al desarrollo de habilidades y conocimientos para que puedan establecer emprendimientos, al inicio se ve participación y motivación, pero cuando ven que no reciben ingresos no continúan asistiendo, y los programas dejan de impartirse por falta de asistentes. También se percibe que es por falta de interés, falta de conocimiento para entender cómo se debe emprender, en donde no ven un futuro cercano para comenzar a obtener el fruto económico de este" (Grupos focales).

2.6. Necesidad y acceso a ajustes razonables y apoyos

El artículo 14 de la Ley 1618 de 2013, el Decreto 1421 de 2017 y la Ley 1996 de 2019 definen y regulan el acceso de las personas con discapacidad a ajustes razonables que fomentan su capacidad legal plena y su vida autónoma e independiente, en igualdad de condiciones en el entorno físico, los lugares abiertos al público, los servicios públicos educativos y sanitarios, el transporte y las comunicaciones (Ley 1618 de 2013); (Decreto 1421 de 2017); (Ley 1996 de 2019). Para tener un acercamiento a los avances en la garantía de acceso a estos ajustes, en la encuesta a PCD se preguntó si han necesitado apoyos o ajustes razonables para desarrollar actividades dentro o fuera de casa y si los han logrado conseguir.

La mayoría de las personas con discapacidad encuestadas ha requerido y, en gran parte, accedido a apoyos relacionados con la asistencia personal. El 77 % ha necesitado acompañamiento, y el 94 % ha logrado obtenerlo. Un 74 % ha requerido apoyos especializados, como servicios de enfermería o terapias, aunque solo el 62% los ha recibido. Además, el 43 % ha necesitado ayuda en el cuidado personal —incluyendo aseo, alimentación, desplazamiento o participación en actividades— y el 79 % ha accedido a este tipo de apoyo.

En cuanto a los apoyos para la movilidad, el 56 % ha necesitado subsidios para el transporte, pero solo el 39 % los ha conseguido. El 38 % ha requerido transporte especial, y el 31 % lo ha recibido. Finalmente, el 38 % ha necesitado sillas de ruedas, bastones u otros dispositivos ortopédicos, y el 71 % ha logrado obtenerlos.

Tabla 2. Porcentaje de PCD que han requerido apoyos o ajustes y porcentaje que los han conseguido

APOYOS O AYUDAS NECESARIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES	LO HA NECESITADO	LO HA CONSEGUIDO
Acompañamiento	77,4	93,0
Apoyos especiales	73,8	62,3
Subsidios para su transporte	56,4	38,6
Ayuda para su cuidado personal	42,6	78,8
Transporte especial	38,5	31,3
Apoyos para la movilidad	37,9	71,3
Adecuación de la vivienda o de utensilios del hogar	36,4	50,0
Adaptaciones físicas como las rampas o ascensores	32,8	45,1
Aplicaciones para mejorar el aprendizaje	31,3	26,6
Traducción a lectura fácil	17,9	34,1
Aplicaciones para la inclusión de subtítulos o texto	10,8	28,6
Dispositivos para aumentar la audición	9,7	18,5
Apoyos para comunicarse	4,6	31,3
Animal de apoyo emocional	3,1	71,0
Perro guía	1,5	0,0
Guías intérpretes para personas sordociegas	1,0	0,0

Aunque menos del 40 % de las personas con discapacidad ha necesitado ajustes razonables en su entorno físico, menos del 51 % los ha obtenido: el 36% ha requerido adecuación de la vivienda o de utensilios del hogar y el 50 % la ha conseguido; y el 33 % a necesitado adaptaciones físicas como las rampas o ascensores y el 45 % los ha conseguido.

Las personas con discapacidad han necesitado en menores porcentajes apoyos para mejorar la comprensión y la comunicación y en menor medida los han alcanzado: el 31 % de los encuestados ha necesitado aplicaciones para mejorar el aprendizaje (como apoyo en comprensión, memoria o atención), pero solo el 27 % ha logrado acceder a ellas. El 18 % ha requerido traducción a lectura fácil, y el 34 % ha podido obtenerla. Un 11 % ha necesitado aplicaciones que incluyan subtítulos o texto, aunque solo el 29 % las ha conseguido. Finalmente, el 10 % ha necesitado dispositivos para mejorar la audición, y el 19 % ha logrado acceder a ellos.

Ahora bien, en las entrevistas y grupos focales la conversación sobre apoyos y ajustes razonables se concentró en la necesidad de ofrecer las herramientas necesarias para garantizar su acceso a educación inclusiva. Mencionaron la urgencia de contar con docentes capacitados en educación para personas con discapacidad, el uso de las herramientas pedagógicas, la necesidad de propiciar espacios donde la comunidad educativa pueda hablar y compartir sus experiencias, y contar con ayudas visuales, auditivas o cognitivas:

“Un docente que tenga la capacidad de manejar, la educación, digamos, especial, hace falta el facilitador” (Entrevistas).

“Considero que en las instituciones educativas se debe empezar a hablar de las particularidades más presentes que se tienen a toda la comunidad estudiantil, que ellos conozcan qué es lo que presenta ese compañero y cómo pueden actuar” (Grupos focales).

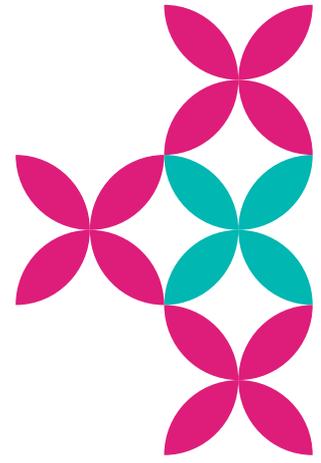
“Yo pienso que depende directamente del gobierno nacional brindar a los municipios el acceso para la lectura Braille para los niños que son ciegos y capacitación en lectura Braille para sus familias; y para las personas que son sordomudas o son sordas también entraría la educación en lenguaje de señas” (Grupos focales).

Destaca la necesidad de formación para la independencia de los niños o niñas con discapacidad en las etapas finales del ciclo escolar básico para que puedan poner en práctica las herramientas aprendidas y construir proyectos de vida autónomos, vincularse laboralmente o acceder a educación superior:

"[...] el año pasado se graduaron tres chicos sordos y siguen acudiendo al colegio porque es el único espacio donde se sienten seguros, ahí es donde tú dices no está resultando [...] no son capaces de saltar" (Grupos focales).

En los relatos, los participantes en entrevistas y grupos focales se concentraron en algunas necesidades de las personas con discapacidad física pero no hubo ninguna alusión a la necesidad de herramientas de apoyo para las personas con discapacidad cognitiva o múltiple como los pictogramas o dispositivos de voz, lectores de pantalla, dispositivos táctiles y auditivos, aplicaciones móviles, entre otros.





3.

Barreras y facilitadores para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad

Las experiencias de las personas con discapacidad, cuidadores, niños, niñas y adolescentes escolarizados, líderes y representantes de organizaciones de base comunitaria, así como de funcionarios de los sectores de Salud, Educación y Protección, permitieron identificar y documentar tanto barreras como factores facilitadores que pueden obstaculizar o fortalecer los esfuerzos dirigidos a asegurar el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de esta población.

La siguiente tabla describe las barreras y facilitadores que emergieron para la garantía de diferentes derechos de las personas con discapacidad desde tres niveles: organizacional, sociopolítico y cultural. A continuación, se describe qué se entiende como barrera o facilitador en cada uno de estos niveles:

Nivel organizacional: las barreras y facilitadores responden a limitaciones y ventajas propias de las instituciones y de las organizaciones de base comunitaria que pueden ajustarse a través de su acción directa, como el desarrollo de capacidades, entrenamiento y formación de calidad, así como la compra de equipamiento y la adopción de procesos, procedimientos y protocolos para unificar la práctica en los servicios.

Nivel sociopolítico: las barreras y facilitadores relacionados requieren acciones desde la incidencia política que dependen de la capacidad de articulación y abogacía de los actores en las agendas políticas nacionales, gubernamentales y locales y la toma de decisiones políticas.

Nivel cultural: las barreras y facilitadores relacionados con las normas sociales, percepciones culturales y actitudes que solo pueden transformarse a través de cambios profundos y el acceso a estrategias de información, educación y comunicación de calidad y sin prejuicios.

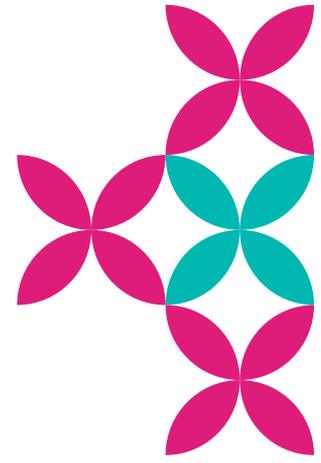
Tabla 3. Barreras y facilitadores para la garantía de los derechos de las PCD

NIVELES	BARRERAS	FACILITADORES
<p>A nivel organizacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● En los diferentes sectores existe limitada capacidad de talento humano disponible y entrenado en estrategias de comunicación y atención inclusivas, y en herramientas que les permitan adaptar la comunicación a las necesidades de diferentes audiencias, particularmente a personas con discapacidad, grupos étnicos y personas con bajos niveles de alfabetización. ● La complejidad y demoras en los sistemas de autorización para acceder a los servicios de salud y salud sexual y reproductiva. Además, la falta de especialidades médicas. ● Ineficiencia en los tiempos de respuesta en diferentes canales de atención, particularmente en la atención a las violencias y los servicios de salud. ● En los diferentes canales de atención no hay instalaciones accesibles con rampas, baños adaptados, señalización en braille, espacios amplios para sillas de ruedas, personal capacitado en lenguaje de señas o tecnologías de asistencia. ● En los servicios de salud sexual y reproductiva no se respeta la confidencialidad sobre las razones de consulta de las personas con discapacidad. ● La dispersión de las viviendas, el transporte público escaso o inexistente, la falta de caminos, el mal estado de las vías y las grandes distancias para llegar a los centros urbanos, dificultan el acceso a las instituciones educativas y a servicios de salud en las zonas rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La articulación de las organizaciones de base comunitaria con las secretarías de Educación para fomentar la matrícula de personas con discapacidad en las instituciones educativas. ● La articulación de las organizaciones de base comunitaria con las alcaldías para que las personas con discapacidad reciban ayudas técnicas como bastones, sillas de ruedas o aparatos auditivos. ● La inclusión de personas con discapacidad a través del modelo lingüístico y la enseñanza de braille. ● La detección de alteraciones auditivas a través del tamizaje auditivo neonatal para identificar las necesidades de atención y la adaptación de apoyos razonables desde el sector salud a temprana edad. ● El uso de la radio para transmitir información sobre las rutas de atención ante situaciones de violencia.

NIVELES	BARRERAS	FACILITADORES
<p>A nivel sociopolítico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● El déficit financiero de las Empresas Promotoras de Salud y el cierre de servicios dificultan la cobertura total. ● La alta rotación de los funcionarios del Estado, particularmente de los referentes de discapacidad dentro de la administración municipal impiden la continuidad de los procesos. ● La presencia de grupos armados en ciertas zonas del país impone restricciones a la movilidad y dificulta el acceso a todos los servicios. ● Barreras en el acceso a internet de calidad entre las poblaciones más vulnerables. ● Falta de lineamientos de las entidades competentes respecto a la atención a las personas con discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ● El amplio marco normativo en discapacidad y la detallada definición de los lineamientos para la garantía de la educación inclusiva desarrollados por el Ministerio de Educación Nacional. ● La participación de los líderes y representantes de las organizaciones de base comunitaria de y para personas con discapacidad en los Comités Municipales de Discapacidad. ● La inclusión en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 de una línea de acción orientada a la construcción de un movimiento social de discapacidad que incida en asuntos públicos.
<p>A nivel cultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Las barreras actitudinales, imaginarios, estereotipos, y concepciones equivocadas sobre la discapacidad impiden la toma de conciencia social frente a los derechos de las PCD y generan acciones con daño. ● La falta de reconocimiento de la capacidad legal para decidir de las personas con discapacidad perpetúa la sustitución de su voluntad y vulnera sus derechos, particularmente los patrimoniales, sexuales y reproductivos, y propicia las violencias intrafamiliares y de género. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La articulación de los funcionarios del Estado y las organizaciones de base comunitaria con docentes, familiares y personas cuidadoras para abordar la situación educativa de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y concretar planes de trabajo para fortalecer el reconocimiento de sus derechos. ● El apoyo de las alcaldías con equipos de atención extramural acerca los servicios de salud a los hogares y facilita la atención en salud de las personas con discapacidad.

NIVELES	BARRERAS	FACILITADORES
<p>A nivel cultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● La negación del derecho a la participación social de las personas con discapacidad. Continuamente son excluidas de los espacios de decisión sobre la base de que no están organizadas, desconocen organizaciones comunitarias, no conocen los comités municipales de discapacidad o desconocen sus derechos. ● La negación de acceso a información adecuada y suficiente a través de ajustes razonables y apoyos para la comprensión de sus actos y sus consecuencias, y la manifestación de sus voluntades y preferencias impide el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones. ● El desconocimiento, la comprensión superficial o fragmentada del marco normativo por parte de los funcionarios de los distintos sectores genera fallas en la articulación entre las diversas entidades responsables de la atención y garantía de los derechos de las personas con discapacidad. ● El limitado alcance que tiene la educación inclusiva. La aceptación de todos los estudiantes sin discriminación no está emparejada con la adecuación de las instalaciones educativas, suficiente planta docente capacitada y la garantía de acceso a asistencias o ayudas en la comunicación y el aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La realización de charlas educativas desde los diferentes sectores, organizaciones y proyectos sobre los derechos de las personas con discapacidad. ● Los proyectos sociales orientados a implementar estrategias de información, educación y comunicación sobre los derechos de las personas con discapacidad, a mejorar su calidad de vida y su inclusión social. ● La caracterización de los cuidadores a través de procesos educativos certificados con el SENA ha contribuido a mejorar su conocimiento sobre pautas de autocuidado y de atención a las personas con discapacidad y su registro. ● La articulación de las instituciones educativas con las secretarías de Salud a través del Plan Institucional de Capacitación para diseñar cartillas para los docentes y orientadores de los colegios, en donde se explican los diferentes tipos de discapacidad y cómo entenderlas. ● La realización de talleres comunitarios sobre los diferentes tipos de violencias y el enfoque diferencial promoviendo la participación de los hombres.





4.

Conclusiones y recomendaciones

En los territorios priorizados aún prevalece la concepción de la discapacidad desde el modelo rehabilitador en el que la dificultad está en la persona con discapacidad y no en las barreras actitudinales, comunicativas o físicas que la rodean. Estas percepciones construyen entornos que propician la discapacidad, no reconocen que estas personas pueden tomar decisiones, abren la puerta a que otras personas vulneren su autonomía y se coarte su derecho a participar en los procesos de toma de decisiones. En este contexto predominan los modelos asistencialistas de atención y aún son débiles los esfuerzos por alcanzar ajustes razonables para mejorar o posibilitar la comunicación y el desarrollo de la autonomía de la persona con discapacidad y la real garantía de sus derechos.

Ahora bien, este contexto refleja una serie de desafíos significativos que enfrentan las personas con discapacidad en relación con su salud sexual y reproductiva. Destaca el bajo nivel de conocimiento sobre el marco normativo nacional e internacional que protege sus derechos (16 %); el elevado porcentaje de personas que no recurren a nadie cuando tienen dudas sobre su sexualidad (47 %); y la alta prevalencia de experiencias de violencia (67 %), frente a un escaso nivel de denuncias (10,7 %).

Además, solo una minoría de personas con discapacidad sexualmente activas utiliza métodos anticonceptivos (23 %) o ha recibido información sobre planificación familiar en el posparto (26 %). También preocupa que un alto porcentaje de partos se haya llevado a cabo sin control prenatal y en el hogar (38%).

En cuanto a la participación social, se observa una baja inclusión en organizaciones para personas con discapacidad (19 %) y en organizaciones dirigidas por personas con discapacidad (7 %). Las principales razones para no participar en estos espacios incluyen la falta de reconocimiento de su capacidad para tomar decisiones (39 %) y la ausencia de apoyos o ajustes razonables que permitan asistir a reuniones (23,6 %).

Por ello, es fundamental diseñar e implementar estrategias de información, educación y comunicación que involucren a actores de todos los niveles y sectores, con el objetivo de promover enfoques basados en los derechos

humanos y la accesibilidad para las personas con discapacidad. Estas estrategias deben priorizar la provisión de ajustes, apoyos y salvaguardas que garanticen el ejercicio pleno de su capacidad legal en igualdad de condiciones. En particular, es necesario asegurar asistencias y ayudas que faciliten la comunicación, la comprensión de sus decisiones y sus consecuencias, así como la expresión de su voluntad y preferencias.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones dirigidas a los sectores Educación, Salud y Protección, a organizaciones comunitarias de base de y para personas con discapacidad que pueden allanar los vacíos en la articulación de rutas y protocolos de atención, y los ajustes que se requieren para que las personas con discapacidad puedan decidir de manera libre, autónoma e informada sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

4.1. Garantías y política pública

La política pública sobre discapacidad carece de mecanismos claros de implementación o no garantiza que se cumplan los derechos fundamentales que ampara. Una directriz adecuada no solo debe asegurar la inclusión de las personas con discapacidad, también establecer sistemas de monitoreo y evaluación que permitan medir su cumplimiento e impacto. Por ello, se recomienda fortalecer el Observatorio Nacional de la Discapacidad incorporando los avances en los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con discapacidad. Aún si estos no hacen parte del paquete mínimo de indicadores de los ODS previsto por el Departamento Nacional de Planeación.

4.2. Recomendaciones para todos los sectores

- Ampliar y fortalecer el talento humano asegurando su capacitación en estrategias de comunicación y atención inclusivas, y en herramientas que les permitan adaptar la comunicación a las necesidades de diferentes audiencias, particularmente a PCD, grupos étnicos y personas con bajos niveles de alfabetización.
- Transversalizar los enfoques diferencial, interseccional, de género y el modelo social de la discapacidad en el Sistema Nacional de Discapacidad.
- Incluir a las personas con discapacidad y a representantes de las organizaciones de la sociedad civil en estrategias de veeduría ciudadana para mejorar la calidad de los servicios y mitigar las barreras de acceso.
- Integrar a las personas con discapacidad en espacios de participación ciudadana y encuentros recreativos y culturales a través de acciones que apunten a una inclusión real, equitativa y transversal.

- Desarrollar espacios de información, educación y comunicación, y procesos educativos integrales para personas con discapacidad, cuidadores y comunidad que aborden: 1) estrategias de comunicación y atención inclusivas; 2) el modelo social de la discapacidad; 3) los enfoques diferencial, interseccional y de género; 4) la inclusión social y la participación comunitaria; 5) los derechos de las personas con discapacidad; 6) los derechos sexuales y reproductivos; y 7) la identificación y prevención de las violencias de género.
- Gestionar recursos para garantizar el acceso a las herramientas pedagógicas, las adecuaciones en infraestructura, las ayudas visuales, auditivas o cognitivas, los diferentes espacios de formación y de participación ciudadana.

4.3. Recomendaciones para el sector Educación

- Desarrollar e implementar currículos de educación integral para la sexualidad para toda la comunidad educativa, y adaptados a las necesidades y circunstancias de las PCD.
- Desarrollar programas de formación para la independencia y el empleo en las etapas intermedias y finales del ciclo escolar básico que permitan que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad puedan poner en práctica las herramientas aprendidas y construir proyectos de vida autónomos, vincularse laboralmente o acceder a la educación superior.
- Establecer alianzas con el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) para diseñar e implementar procesos certificados de formación para el trabajo de PCD y cuidadoras que les permitan adquirir o desarrollar habilidades, estabilizarse laboralmente o participar en proyectos productivos.

4.4. Recomendaciones para el sector Salud

- Fortalecer los procesos de formación de profesionales en la salud en todos los aspectos éticos de los procesos de consentimiento informado en salud.
- Generar mecanismos para garantizar que las personas con discapacidad reciban información completa y comprensible sobre sus opciones reproductivas, los métodos y procedimientos disponibles.
- Gestionar recursos para garantizar las adecuaciones y ajustes razonables en el entorno físico, los servicios, la comunicación y los materiales de apoyo para garantizar la atención inclusiva en salud.

- Promover la certificación oportuna de las PCD y ampliar la cobertura del Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.
- Articularse con los diferentes sectores y organizaciones para promover el registro de cuidadoras de personas con discapacidad.
- Desarrollar programas de información, educación y comunicación sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en personas con discapacidad y programas de detección temprana.

4.5. Recomendaciones para los sectores Justicia y Protección:

- Desarrollar una ruta de atención a las violencias con enfoque diferencial de discapacidad, que sea inclusiva, y cuente con las asistencias y ayudas para la comunicación y la manifestación de sus voluntades y preferencias.
- Desarrollar estrategias de información, educación y comunicación de lectura fácil para la prevención de las violencias contra las personas con discapacidad y la difusión de la ruta de atención.
- Integrar especialistas en discapacidad dentro de las fuerzas policiales con el objetivo de facilitar una comprensión más profunda de las necesidades y particularidades de las personas con discapacidad, garantizando una atención más adecuada y sensible.
- Promover la certificación oportuna de las personas con discapacidad y ampliar la cobertura del Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.
- Articularse con los diferentes sectores y organizaciones para promover el registro de personas cuidadoras de personas con discapacidad.

4.6. Recomendaciones para las organizaciones comunitarias

- Participar en espacios de información, educación y comunicación y procesos educativos integrales que aborden: 1) estrategias de comunicación y atención inclusivas; 2) el modelo social de la discapacidad; 3) los enfoques diferencial, interseccional y de género; 4) la inclusión social y la participación comunitaria; 5) los derechos de las personas con discapacidad; 6) los derechos sexuales y reproductivos; y 7) la identificación y prevención de las violencias de género.

- Promover la participación de personas con discapacidad, cuidadores y de la comunidad en espacios de formación, veeduría ciudadana, participación social, recreación, cultura y deporte.
- Fortalecer la articulación con entidades o profesionales especializados como psicólogos y trabajadores sociales que puedan acercarse directamente a la comunidad, establecer un diálogo y brindar apoyo.
- Participar en estrategias de veeduría ciudadana para mejorar la calidad de los servicios para las personas con discapacidad y mitigar las barreras de acceso.
- Promover la certificación oportuna de las personas con discapacidad y ampliar la cobertura del Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.
- Articularse con los diferentes sectores y organizaciones para promover el registro de personas cuidadoras de PC.

4.7. Recomendaciones para las personas cuidadoras

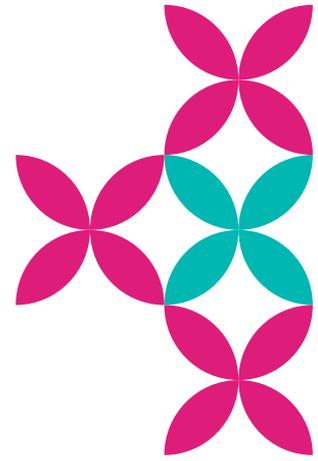
- Participar en espacios de información, educación y comunicación y procesos educativos integrales para personas con discapacidad, cuidadores y comunidad que aborden: 1) estrategias de comunicación y atención inclusivas; 2) el modelo social de la discapacidad; 3) los enfoques diferencial, interseccional y de género; 4) la inclusión social y la participación comunitaria; 5) los derechos de las personas con discapacidad; 6) los derechos sexuales y reproductivos; y 7) la identificación y prevención de las violencias de género.
- Participar en estrategias de veeduría ciudadana para mejorar la calidad de los servicios para las personas con discapacidad y mitigar las barreras de acceso.
- Estar en los espacios de participación ciudadana, recreativos y culturales.
- Promover la participación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en programas de formación para la independencia y el empleo en las etapas intermedias y finales del ciclo escolar básico que permitan poner en práctica las herramientas aprendidas y construir proyectos de vida autónomos, vincularse laboralmente o acceder a la educación superior.
- Participar en procesos certificados de formación para el trabajo de cuidadoras que les permitan adquirir o desarrollar habilidades, estabilizarse laboralmente o participar en proyectos productivos.

- Promover la certificación oportuna de las personas con discapacidad y ampliar la cobertura del Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.
- Participar en el registro de personas cuidadoras de personas con discapacidad.

4.8. Recomendaciones para las personas con discapacidad

- Participar en espacios de información, educación y comunicación y procesos educativos integrales para personas con discapacidad, cuidadores y comunidad que aborden: 1) estrategias de comunicación y atención inclusivas; 2) el modelo social de la discapacidad; 3) los enfoques diferencial, interseccional y de género; 4) la inclusión social y la participación comunitaria; 5) los derechos de las personas con discapacidad; 6) los derechos sexuales y reproductivos; y 7) la identificación y prevención de las violencias de género.
- Participar en estrategias de veeduría ciudadana para mejorar la calidad de los servicios para las personas con discapacidad y mitigar las barreras de acceso.
- Participar en espacios de participación ciudadana y en espacios recreativos y culturales.
- Participar en programas de formación para la independencia y el empleo en las etapas intermedias y finales del ciclo escolar básico que permitan poner en práctica las herramientas aprendidas y construir proyectos de vida autónomos, vincularse laboralmente o acceder a la educación superior.
- Participar en procesos certificados de formación para el trabajo para personas con discapacidad que les permitan adquirir o desarrollar habilidades, estabilizarse laboralmente o participar en proyectos productivos.
- Participar en la certificación oportuna de las personas con discapacidad y ampliar la cobertura del Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad.
- Promover la participación en el registro de personas cuidadoras de personas con discapacidad.





5.

Referencias bibliográficas

- ACNUR. (2012). Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9693.pdf>
- Amnistía Internacional. (2024). ¿Por qué son tan importantes los derechos humanos? <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/por-que-son-tan-importantes-los-derechos-humanos/>
- Babik, I., & Gardner, E. (2021). Factors Affecting the Perception of Disability: A Developmental Perspective. *Frontiers in Psychology*, 12. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.702166>
- CEPAL. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>
- Corrales, J. A. P., Martín, A. R., & García, M. T. I. (2024). Afectividad y sexualidad en las personas con discapacidad intelectual. Estado de la cuestión. *Revista de Educación Inclusiva*, 17(1), 315-337.
- Posada, J., Rodríguez, A., & Iglesias, M. (2024). Afectividad y sexualidad en las personas con discapacidad intelectual. Estado de la cuestión. *Inclusive Education Journal*, 17(1). <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/960>.
- Constitución Política de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Colombia.
- DANE. (2022). Estado actual de la medición de la discapacidad en Colombia. Nota Estadística: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/nota_estadistica_Estado%20actual_de_la_medici%C3%B3n_de_discapacidad_en%20Colombia.pdf
- DANE. (2023). El diamante del cuidado frente a la experiencia de la discapacidad en Colombia. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas-casen/abril-2023-DiscapCuidadores.pdf>

- Decreto 2381 de 1993. (30 de noviembre). Por el cual se declara el 3 de diciembre de cada año como el día nacional de las personas con discapacidad. Presidencia de la República. Diario Oficial N°. 41121.
- Decreto 1421 de 2017. (29 de agosto). Por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad. Presidencia de la República. Diario Oficial No. 50.340.
- Defensoría del Pueblo. (2019). Guía Defensorial para la Atención Integral a Mujeres Sobrevivientes de Violencia Sexual de la Defensoría del Pueblo. Colombia: Defensoría del Pueblo, Organización Internacional para las Migraciones (OIM). [https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/PublicacionesMinJusticia/Guia%20defensorial_baja%20Corregido%20\(1\).pdf](https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/PublicacionesMinJusticia/Guia%20defensorial_baja%20Corregido%20(1).pdf)
- Documento Conpes 3918. (15 de marzo de 2018). Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
- Documento Conpes Social 80. (26 de julio de 2004). Política pública nacional de discapacidad. Consejo Nacional de Política Económica - Departamento Nacional de Planeación. (2004). CONPES 80.
- Documento Conpes Social 60. (9 de diciembre de 2013). Política pública nacional de discapacidad e inclusión social. Consejo Nacional de Política Económica - Departamento Nacional de Planeación.
- Ley 1257 de 2008. (04 de diciembre). Por la cual se dictan medidas de protección integral contra las violencias que se ejerzan por razón de género. Congreso de la República. Diario Oficial No. 46.135.
- Ley 163 de 1994. (31 de agosto). Por la cual se expiden algunas disposiciones en materia electoral. Congreso de la República. Diario Oficial No. 41523.
- Ley 361 de 1997. (07 de febrero). Por la cual se establecen mecanismos de integración social de la personas con limitación y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República. Diario Oficial No. 42978.
- Ley 762 de 2002. (31 de julio). Por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad". Congreso de la República. Diario Oficial No. 44.889.
- Ley 982 de 2005. (02 de agosto). Por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República. Diario Oficial No. 45995.
- Ley 1145 de 2007. (10 de julio). Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República. Diario Oficial No. 46685.

- Ley 1257 de 2008 (04 de diciembre). Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.193.
- Ley 1306 de 2009. (05 de junio). Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados. Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.371.
- Ley 1346 de 2009. (31 de julio). Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad". Congreso de la República. Diario Oficial No. 47.427.
- Ley 1618 de 2013. (27 de febrero). Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Congreso de la República. Diario Oficial No. 48717.
- Ley 1751 de 2015. (16 de febrero). Por la cual se establece el derecho fundamental a la salud. Congreso de la República. Diario Oficial No. 49.318.
- Ley 1996 de 2019. (26 de agosto). Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. Congreso de la República. Diario Oficial No. 51.057.
- Ley 2294 de 2023. (19 de mayo). Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida". Congreso de la República. Diario Oficial No. 52.400.
- Ley 2297 de 2023. (28 de junio). Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, se incentiva su formación, acceso. Congreso de la República. Diario Oficial No. 52440.
- López Masís, R. (2011). Evolución histórica y conceptual de la discapacidad y el respaldo jurídico-político internacional: el paradigma de los derechos humanos y la accesibilidad. ALTERIDAD. Revista de Educación, Universidad Politécnica Salesiana, 102-108.
- Míguez Passada, M. N. (2020). Discapacidad y sexualidad en América Latina: hacia la construcción del acompañamiento sexual. Nómadas, (52), 133-147.
- Ministerio de Educación Nacional. (2024). Agenda ODS ¿cómo avanza Colombia? ¿Cuáles territorios están más rezagados? https://portalsineb.mineducacion.gov.co/1782/articles-412175_Agenda_ODS.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Ruta de atención integral para víctimas de violencias de género. <https://www.minsalud.gov.co/salud/>

publica/ssr/Paginas/Ruta-de-atencion-integral-para-victimas-de-violencias-de-genero.aspx

Resolución 429 de 2016 (07 de febrero). Por la cual se establecen los lineamientos para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS). Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial No. 50.796.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/libro%20politica%20sexual%20sept%2010.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Rehabilitación Basada en Comunidad. Consideraciones para su implementación <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/rotafolio-rbc.pdf>

OMS. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241564182>

OMS. (2025). Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365256/9789240064515-spa.pdf?sequence=1>

ONU. (1994). Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo - El Cairo 1994. Naciones Unidas. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

ONU Mujeres, UNFPA, UNICEF. (2022). Hacia la inclusión de mujeres y niñas con discapacidad. Análisis de situación de la población con discapacidad en Colombia 2022. <https://colombia.unfpa.org/es/publications/hacia-la-inclusion-de-mujeres-y-ninas-con-discapacidad>

ONU Mujeres, UNFPA, UNICEF. (2021). Análisis de situación de las personas con discapacidad en Colombia. Entre avances y retos. <https://colombia.unwomen.org/sites/default/files/2022-05/Discapacidad.pdf>

ONU. (2006). CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Organización de las Naciones Unidas. www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

OEA. (2018). CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad CERMI. https://www.academia.edu/36659708/EI_modelo_social_de_discapacidad_or%C3%ADgenes_

caracterizaci%C3%B3n_y_plasmaci%C3%B3n_en_la_Convenci%C3%B3n_Internacional_sobre_los_Derechos_de_las_Personas_con_Discapacidad

- Profamilia. (2019). Prevención y abordaje de la violencia sexual en personas con discapacidad desde un enfoque de determinantes sociales. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/09/Prevencion-y-Abordaje-de-la-Violencia-Sexual-en-Personas-con-Discapacidad-desde-un-Enfoque-de-Determinantes-Sociales.pdf>
- Profamilia. (2022). Mi historia, mi derecho. Una aproximación a la metodología de investigación inclusiva con personas con discapacidad cognitiva y discapacidad psicosocial. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2022/08/MI-HISTORIA-MI-DERECHO-8.pdf>
- Resolución 113 de 2020. (31 de enero). Por la cual se dictan disposiciones en relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial No. 51213.
- Resolución 0459 de 2012 (06 de marzo). Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial No. 48367.
- Resolución 1904 de 2017. (31 de mayo). Por la cual se establecen las disposiciones para la implementación del sistema de información de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial No. 50.938.
- Resolución 051 de 2023. (12 de enero). Por medio del cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial No. 52.711. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf
- UNESCO. (2014). Educación Integral de la Sexualidad: conceptos, enfoques y competencias. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/17270/educacionintegral.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vargas, E. (2015). La educación integral de la sexualidad es mucho más que hablar de sexo. Sentimos Diverso. <http://www.sentimosdiverso.org/publicaciones/educacion-integral-sexualidad/>
- Zamora, A. J. M., Cardona, M. D. C. M., & Borja, N. B. Molina, A., Martínez, M., & Berbena, N. (2018). Percepción de la discapacidad en la sociedad. Experiencias significativas en la psicología de hoy. Clínica, educación y ciudad (pág. 165.185). Cali: Universidad Santiago de Cali. doi:<https://doi.org/10.35985/9789585522343.9>

 Profamilia Colombia

 @ProfamiliaCol

 profamilia.colombia

 Profamilia Colombia

 318 531 01 21

 Línea Nacional 300 912 45 60

 www.profamilia.org.co




Profamilia

60 años
Haciéndolo más Pro


cooperación
alemana
DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT



JOHANNITER