

Organización de las Naciones Unidas (ONU)

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

72 Período de sesiones

2019

Ginebra, Suiza

**INFORME ALTERNO SOBRE LA SITUACIÓN
DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES CON
DISCAPACIDAD EN COLOMBIA**

PRESENTACIÓN

La *Coalición Colombiana por la Implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* - (en adelante la Coalición) es una Plataforma de Derechos Humanos en la que participan investigadores, activistas y una red de organizaciones de personas con discapacidad, o interesadas con la garantía de sus derechos¹, con el objetivo de contribuir al desarrollo, monitoreo y vigencia de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* – CDPD – de las Naciones Unidas, ratificada por Colombia en el año 2011. En consecuencia, la Coalición realiza incidencia nacional e internacional a la comprensión, seguimiento y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Convención en Colombia. La Coalición, con integrantes en diferentes lugares del país, se conformó en octubre de 2014 con el objeto de desarrollar un trabajo conjunto en el que participaron personas con discapacidad y sus organizaciones, así como académicos e instituciones universitarias y académicas.

En un primer momento la Coalición se propuso desarrollar un Informe Alterno², para presentar ante el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, Comité CDPD). La elaboración del Informe Sombra permitió generar instrumentos de recolección, de manejo y de sistematización de información sobre las barreras para el ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad en Colombia y acerca de sus violaciones, así como la normatividad y procedimientos existentes para su restitución y su defensa.

Con este informe se busca ofrecer elementos de juicio al Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (Comité CEDAW, por sus siglas en inglés) para enriquecer su estudio y análisis del informe del Estado colombiano acerca las medidas puestas en marcha para implementar la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que fue ratificada por Colombia el 19 de enero de 1982.

Las leyes, decisiones judiciales, y políticas nacionales relativas a la mujer han invisibilizado comúnmente a las niñas y mujeres con discapacidad. Es prioritario que los derechos de las mujeres con discapacidad se tengan en cuenta en el balance y verificación general del cumplimiento que se realice de un pacto o instrumento internacional. Es en este sentido que el análisis que el Comité CEDAW realice sobre el cumplimiento de la Convención deba tener obligatoriamente en cuenta los estándares en materia de protección a derechos humanos contemplados por otros Comités y mecanismos del sistema de Naciones Unidas.

¹ Listado de las organizaciones y de las personas participantes en la Coalición en el Anexo 1.

² Coalición Colombiana para la Implementación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). *Informe Alternativo de la Coalición Colombiana para la Implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Bogotá. Publicación con el apoyo de Handicap Internacional.

Disponible en: <https://sites.google.com/site/coalicionconvencion/informesombrapresentado>

TABLA DE CONTENIDO

CAPACIDAD JURÍDICA	2
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5
VIOLENCIA	7
SALUD MENTAL	11

CAPACIDAD JURÍDICA (Artículo 15 CEDAW, Artículos 6 y 12 CDPD)

El régimen de capacidad jurídica, sumado a los estereotipos compuestos sobre el género y la discapacidad, afecta desproporcionadamente a las mujeres con discapacidad en Colombia.

La tradición legal en Colombia hace parte de la tendencia global que ha llevado a restricción de la capacidad jurídica de las mujeres. Muestra de ello es que sólo hasta la Ley 28 de 1932 las mujeres no tuvieron capacidad legal plena para disponer y administrar sus propiedades., aunque las las mujeres casadas, sólo hasta la expedición Decreto 2820 de 1974 tuvieron el reconocimiento de la igualdad de condiciones con sus esposos³. Esta tradición legal todavía permea las instituciones actuales sobre capacidad jurídica, afectando desproporcionadamente a las mujeres con discapacidad.

En Colombia sigue vigente la Ley 1306 de 2009, mediante la cual se mantiene la posibilidad de sustituir la voluntad y toma de decisiones de las personas con discapacidad, por el simple hecho de la discapacidad. Esta norma hace una distinción entre “personas con discapacidad mental relativa”⁴ y “personas con discapacidad mental absoluta”⁵, inscribiéndose claramente en el modelo médico de la discapacidad y yendo abiertamente en contra del artículo N° 15 de la CEDAW y contra el artículo N° 12 de la CDPD. De acuerdo con esta clasificación, las personas con “discapacidad mental relativa” son declaradas inhábiles, mientras que las personas con “discapacidad mental absoluta” son declaradas interdictas. Así, la normativa colombiana mantiene la sustitución total y parcial de la capacidad legal. Ambas medidas han sido señaladas como contrarias al derecho internacional de los Derechos Humanos⁶.

³ Solamente hasta las sentencias C-577 de 2011 y SU-214 de 2016 se permitió el matrimonio entre personas del mismo sexo y solamente desde la expedición del Decreto 1227 de 2015 se permite el cambio voluntario del sexo en los documentos de identidad. Por ese motivo, haciendo referencia histórica, solamente hacemos referencia a los heteronormativos.

⁴ Congreso de la República. Ley 1306 de 2009, artículo 32: “*La medida de inhabilitación: las personas que padezcan deficiencias de comportamiento, prodigalidad o inmadurez negocial y que, como consecuencia de ello, puedan poner en serio riesgo su patrimonio podrán ser inhabilitados para celebrar algunos negocios jurídicos, a petición de su cónyuge, el compañero o compañera permanente, los parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y aún por el mismo afectado.*”

⁵ Congreso de la República. Ley 1306 de 2009, artículo 17 “*El sujeto con discapacidad mental absoluta: Se consideran con discapacidad mental absoluta quienes sufren una afección o patología severa o profunda de aprendizaje, de comportamiento o de deterioro mental. La calificación de la discapacidad se hará siguiendo los parámetros científicos adoptados por el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación y utilizando una nomenclatura internacionalmente aceptada*”

⁶ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general N° 1 (2014) Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley. CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014, párrs 27-28.

La sentencia T-684 de 2014 de la Corte Constitucional⁷ deja evidencia cómo el poder judicial en Colombia en muchas ocasiones se basa en estereotipos compuestos de género y de discapacidad para tomar decisiones que llevan a la interdicción de mujeres con discapacidad. En esta sentencia la Corte Constitucional reconoce que es costumbre, aunque no exista estipulación legal al respecto, que el cónyuge de una mujer con discapacidad sea nombrado como guarda, sin que se tenga en cuenta la voluntad de la esposa, ni el contexto y condición en que vive. Esto llevó a la Corte a revocar la decisión del Tribunal Superior de Antioquia que designaba como guarda al esposo de una mujer con discapacidad aunque ella no quería que así fuera, y así en el expediente hubiera evidencia de violencia sexual. En la aclaración de voto de esta sentencia queda constancia de que, a pesar de que la decisión reconoció ciertos sesgos de género en las decisiones judiciales analizadas, a la Corte Constitucional le hizo falta hacer un análisis integral sobre la discriminación por motivos de género y discapacidad, especialmente en el marco de las relaciones familiares (CEDAW Art. 15 y 16)⁸.

A pesar de la poca información que hay al respecto, es un hecho documentado que la interdicción en muchos casos termina siendo usada como herramienta para agravar la violencia de género contra las mujeres con discapacidad puede llevar a que ellas sean más proclives a ser interdictas que los hombres sin discapacidad. Sin embargo, el poco interés de las autoridades judiciales en tener información exhaustiva y desagregada por género y discapacidad impide hacer una exploración más detallada de este fenómeno.

Las personas que han sido declaradas interdictas no pueden decidir su posible institucionalización, casarse sin autorización judicial o adoptar. Asimismo, pierden el derecho a escoger su empleo ya que la competencia que mantiene el juez de familia que declara la interdicción para revisar y modificar todos los contratos celebrados por la persona imposibilita en la práctica la celebración de contratos laborales⁹, pierden los derechos políticos pues no pueden ser elegidas en cargos públicos,¹⁰ y pierden el acceso a la justicia ya que no pueden interponer demandas ni recursos judiciales o administrativos¹¹, conciliar¹², ni ser testigos en procedimientos judiciales.¹³

- *Violaciones a la capacidad jurídica en relación con el derecho a no ser discriminadas en el ámbito familiar (CEDAW Arts. 15 y 16)*

Frente al derecho a constituir una familia, el Comité de la CDPD plasmó en sus Observaciones finales a Colombia sus preocupaciones y recomendaciones para la efectiva garantía de estos derechos. En este sentido, en el acápite correspondiente al artículo 23 “Respeto del hogar y la familia”, el Comité “expresa su preocupación por que las personas con discapacidad cuya

⁷ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-684 de 2014. M.P. Jorge Pretelt. 11 de septiembre de 2014.

⁸ Op. Cit. Sentencia T-684 de 2014. Aclaración de voto del magistrado Luis Ernesto Vargas Silva

⁹ Congreso de la República. Ley 1306 de 2009, artículo 48.

¹⁰ Código Disciplinario Único, artículo 38, numeral 3.

¹¹ Código General del Proceso, art. 90, numeral 4; Código de Procedimiento Penal, artículo 71.

¹² Código General del Proceso, artículo 372, numeral. 6; Código de Procedimiento Penal, artículo 52.

¹³ Código General del Proceso, artículo 210.

capacidad jurídica se ve restringida debido a la declaratoria de interdicción no pueden contraer matrimonio ni formar una familia sin autorización judicial.”¹⁴ Frente a lo anterior, este organismo instó al Estado Colombiano a que “derogue toda restricción que limite o impida a personas con discapacidad contraer matrimonio y formar una familia sobre la base del consentimiento previo de las parejas¹⁵. Además le recomienda que tome medidas para prohibir explícitamente en la ley colocar a los niños fuera de sus familias sobre la base de la discapacidad, y garantizar mecanismos de apoyos disponibles en la comunidad para progenitores con discapacidad.

El régimen de capacidad jurídica sólo habilita al Juez para reconocer un hijo o hija de la persona con discapacidad cuando exista prueba científica que así lo disponga¹⁶, de forma tal que los derechos a disfrutar de la maternidad y la paternidad así como los derivados de éstas como la custodia, el cuidado personal de los hijos, el establecimiento de la filiación, son ajenos a la voluntad de la persona con discapacidad, es un obstáculo para que las mujeres con discapacidad puedan ejercer el derecho a disfrutar del avance de los progresos científicos en caso de decidir optar por un procedimiento de reproducción asistida.

El artículo 61 del Código de la Infancia y Adolescencia¹⁷ define la adopción como un procedimiento administrativo que busca proteger al menor. Dicho procedimiento requiere del consentimiento informado de los padres biológicos, como parte del ejercicio de la patria potestad. El mismo Código establece en sus artículos 310, 311 y 315 que la pérdida o suspensión de la patria potestad debe ser decretada mediante sentencia por el Juez de Familia, sólo cuando se configure una de las causales taxativas contempladas en la ley. En dicho procedimiento la parte a la cual se le quiere suspender o terminar la patria potestad, se le garantiza su derecho de defensa, porque de lo contrario la decisión del juez se consideraría como una vía de hecho¹⁸. Este procedimiento no se replica cuando los padres del menor tienen una discapacidad mental. El artículo 66 del Código de Infancia y Adolescencia establece que, para efectos del consentimiento para la adopción, se entenderá la falta del padre o la madre, no solamente cuando ha fallecido, sino también cuando “lo aqueja una enfermedad mental o grave anomalía psíquica certificada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses” (sic).

¹⁴ Comité CDPD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Colombia*, CRPD/C/COL/CO/1 (2016) párr. 52.

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ Ley 1306 de 2009, artículo 50 párrafo 3 “En todo caso, para la determinación de la filiación de un hijo atribuido a la persona con discapacidad mental absoluta, concebido durante la interdicción, se deberán practicar las pruebas científicas que permitan tener la mayor certeza sobre la filiación de conformidad con la Ley 721 de 2001 y las normas que la reglamenten, sustituyan o adicione.”

¹⁷ Congreso de la República. Código de la Infancia y la Adolescencia. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html

¹⁸ Corte Constitucional. Sentencia T-818 de 2013. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-818-13.htm>

Igualmente, el mismo código, que regula lo relacionado con la adopción, exige que la persona interesada en adoptar garantice tener idoneidad física, mental y social.¹⁹ La anterior norma sigue vigente en Colombia e implica una discriminación basada en discapacidad, puesto que se excluyen a las personas con discapacidad de la posibilidad de adoptar.

Por todo lo anterior, el Comité CDPD en sus observaciones finales a Colombia emitidas en 2016, le recomendó al Estado que “adopte un plan para la revisión y modificación de toda la legislación, que incluya la derogación inmediata de disposiciones que restrinjan el pleno reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, incluyendo la ley 1306 (2009), No. 1412 (2010), del Código Civil, el Código Penal y leyes adjetivas.”

En consecuencia, sugerimos al Comité que emita las siguientes **recomendaciones a Colombia**:

- Derogue definitivamente las leyes que no reconocen la capacidad legal plena de las personas con discapacidad en Colombia y, en su lugar, apruebe y reglamente las iniciativas legislativas que garanticen este derecho, priorizando que el nuevo marco legal garantice la autonomía corporal y la igualdad en el ámbito familiar de las mujeres con discapacidad.
- Recopile y publique información, desagregada por sexo, orientación sexual, discapacidad y zona geográfica, entre otros factores, sobre las personas que tienen vigente una restricción de su capacidad legal.
- Cree programas de formación a funcionarios y funcionarias judiciales, y modifique los ya existentes, para la identificación de los estereotipos compuestos de género y discapacidad, considerando los lineamientos recientemente emitidos por la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas.²⁰

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL INCLUSIVA

El Estado colombiano no ha avanzado significativamente en el respeto y la garantía de la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad.

En la pasada revisión de Colombia (2013) por parte de este Comité, el Estado recibió una recomendación específica para detener las esterilizaciones forzosas de mujeres con discapacidad y de mujeres con VIH/SIDA.²¹ Aunque ha habido avances en la modificación del

¹⁹ Congreso de la República. Código de la Infancia y la Adolescencia. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html

²⁰ Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas, El papel del Poder Judicial en el abordaje de los estereotipos nocivos de género en casos relativos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, 2018, Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/JudiciaryRoleCounterStereotypes_SP.pdf

²¹ Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia, CEDAW/C/COL/CO/7-8 (2013) párr. 30e. “Modifique y perfeccione el marco reglamentario, así como la orientación proporcionada al personal médico, a fin de garantizar que la esterilización se realice con el consentimiento libre e informado de las mujeres, incluidas las mujeres con discapacidad y aquellas que viven con el VIH/SIDA.”

marco legal, estos no se han dado por iniciativa del gobierno, sino por órdenes de la Corte Constitucional. Como demuestra esta sección del informe, las mujeres con discapacidad no ha visto avances significativos en el disfrute general de su salud sexual y reproductiva desde que este Comité emitiera su recomendación al respecto.

- *Políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva*

En 2014 el Ministerio de Salud emitió la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, que responde a los estándares de derechos humanos en la materia. Sin embargo, no ha habido voluntad de los gobiernos ni compromisos presupuestales para implementarla.

La Corte Constitucional en su sentencia T-573 de 2016 ordenó la expedición de un reglamento para el acceso a información y servicios accesibles en materia de salud sexual y reproductiva. En cumplimiento de esta orden, el gobierno expidió la resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud. Este ha sido el único cambio normativo importante desde 2013 a la fecha. Esta resolución cumple con estándares de derechos humanos y prohíbe expresamente los tratamientos médicos, incluyendo esterilizaciones, sin el consentimiento de la persona con discapacidad. Sin embargo, esta es apenas un acto administrativo inmerso una estructura legal y social inmodificada. En un informe de Profamilia, queda evidencia de que es común encontrar que los prestadores de servicios de salud no conocen la resolución 1904 de 2017. Por este motivo, es necesario que el gobierno avance en la implementación real de esta resolución y otras obligaciones legales, así como en la modificación del marco normativo.

El sistema de salud, a pesar de los avances normativos, carece de ajustes razonables, apoyos y medidas de accesibilidad suficientes para que las mujeres con discapacidad puedan acceder, sin barreras, a servicios de salud sexual y reproductiva.²² De este modo, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad en Colombia aún no es una realidad, pues subsisten múltiples barreras actitudinales, físicas y jurídicas que dificultan su goce efectivo. Por ejemplo, las barreras legales mencionadas en la sección anterior relacionadas con el establecimiento de la filiación son un obstáculo para que las mujeres con discapacidad puedan ejercer el derecho a disfrutar del avance de los progresos científicos en caso de decidir optar por un procedimiento de reproducción asistida.

- *Educación Sexual Integral Inclusiva*

En su Observación General número 4 (2016) sobre el derecho a la educación inclusiva, el Comité CDPD afirmó que “se debe ofrecer a las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, una educación sexual adaptada a su edad, integral e inclusiva, basada en pruebas científicas y en las normas de derechos humanos, y en formatos

²² Asdown, Profamilia, PAIIS, et.al., Capacidad Jurídica, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres con Discapacidad Intelectual y con Discapacidad Psicosocial en Colombia. Available at: https://paiis.uniandes.edu.co/images/publicaciones/OSI_FINAL_Informe_XI_10_14_ajustado_V4.pdf [28-01-2019]

accesibles.”²³ Sin un acceso pleno a un sistema educativo con programas de educación sexual integral que incluya programas de educación sexual accesibles para las personas con discapacidad, es imposible que las niñas con discapacidad tengan acceso a Educación Sexual Integral Inclusiva.

Al igual que con la política de salud sexual y reproductiva, el gobierno expidió una política de educación inclusiva.²⁴ Sin embargo, en días pasados la Corte Constitucional emitió un comunicado justificando la segregación en algunos casos.²⁵ La falta de implementación del decreto 1421 de 2017 y el pronunciamiento de la Corte Constitucional confirman que el Estado todavía no adopta plenamente el estándar de educación inclusiva. Adicionalmente, la educación regular solamente cuenta con el Programa de Educación Integral en Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, que está desactualizado, no adopta un enfoque diferencial que incluya a las personas con discapacidad y no está siendo implementado.

En consecuencia, sugerimos al Comité que emita las siguientes **recomendaciones a Colombia**:

- Asegurar el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad, en particular asignando presupuesto suficiente para implementar de manera efectiva la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y la Resolución 1904 de 2017, para garantizar el acceso, con los apoyos que se requieran, a procedimientos de interrupción del embarazo, métodos anticonceptivos, de reproducción asistida y demás servicios de salud sexual y reproductiva en igualdad de condiciones con las demás mujeres.
- Proveer Educación Sexual Integral e Inclusiva de calidad a todas las mujeres, especialmente mujeres jóvenes en Colombia, garantizando la prestación de ajustes razonables para aquellas que los requieran, con este fin, el Estado debe consultar con organizaciones de mujeres, niñas y personas jóvenes con discapacidad para definir el diseño y los mecanismos de implementación, monitoreo y evaluación de los programas educativos.

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

El Estado colombiano no cuenta con información suficiente ni adecuada para enfrentar los diferentes fenómenos de violencia basada en género contra mujeres y niñas con discapacidad.

El Estado no puede medir el impacto de los avances que argumenta en esta materia, especialmente en términos de reglamentación, en las mujeres con discapacidad, incluso cuando mencionan que incluyen enfoques diferenciales.²⁶ Esto es así, debido a que la Fiscalía General de la Nación, si bien cuenta con un sistema de datos sobre las noticias criminales (por agregado

²³ Comité CDPD, *Observación general núm. 4 (2016) sobre el derecho a la educación inclusiva*, CRPD/C/GC/4 (2016) párr. 54.

²⁴ Ministerio de Educación Nacional, Decreto 1421 de 2017, Por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad, 29 de agosto de 2017.

²⁵ Corte Constitucional. Comunicado No. 53, 12 y 13 de diciembre de 2018, Expediente D-12208 - Sentencia C-149/18, M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

²⁶ Comité CEDAW, *Noveno informe periódico que Colombia debía presentar en 2017 en virtud del artículo 18 de la Convención*, CEDAW/C/COL/9 (2017), párr. 19

de delitos y delitos específicos) y actuaciones (también por agregado de delitos y delitos específicos), e incluso por grupo de delitos hacía víctimas, éstas no contienen la variable de discapacidad²⁷, por lo que es imposible establecer cuántas mujeres con discapacidad han sido víctimas de delitos.

- *Violencia Sexual*

Las organizaciones miembros de la Coalición han identificado que las agencias del Estado no registran de manera consistente los datos estadísticos sobre las personas con discapacidad. Por ejemplo, en una investigación realizada por el Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social (PAIIS) de la Universidad de los Andes acerca de la respuesta a casos de violencia sexual contra personas con discapacidad por parte de la Fiscalía General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, uno de los hallazgos fue que las diferentes entidades del Estado registraban la variable de discapacidad de múltiples maneras, disímiles entre sí, haciendo imposible la comparación de datos y en algunos casos ni siquiera se registraba.

Es crucial que las agencias del Estado encargadas de la prevención, investigación, procesamiento y seguimiento de los casos de violencia basada en género en Colombia unifiquen las variables estadísticas que registren los casos en los que tanto el perpetrador como la víctima son personas con discapacidad y que se permita la comparabilidad y cruce de datos con la variable género.

En un informe que será publicado pronto, Profamilia encontró que la mayor proporción de víctimas de violencia sexual se encuentra entre las personas con discapacidad psicosocial (24,8%), seguida de la discapacidad física (22,8%), sensorial (20,2%), cognitiva (17,6%) y múltiple (14,6%).²⁸ Solamente en 2017 hubo 877 casos de violencia sexual (que llegaron al sistema de justicia). Entre 2015 y 2017 hubo alrededor de 2500 casos. En el 64% de los casos de violencia sexual contra personas con discapacidad, el agresor es una persona conocida (41,1%) o un familiar (22,9%).²⁹ Según el informe, hay un evidente impacto desproporcionado en las mujeres con discapacidad, especialmente aquellas con discapacidad cognitiva y psicosocial:

“La violencia sexual compromete de manera sistemática a las mujeres con discapacidad cognitiva y psicosocial; es así como la razón mujer hombre aumentó de 3 mujeres víctimas a 1 hombre en 2015 a 7 mujeres víctimas a 1 hombre en 2017 (Gráfico 12). Adicionalmente, en el caso de estas discapacidades la violencia sexual es más frecuente en la niñez y la adolescencia: en el 60% de los casos las víctimas fueron menores de 18 años, de las cuales el 31% tenía entre 10 y 14 años.”

²⁷ Datos abiertos de la Fiscalía General de la Nación. <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/gestion/estadisticas/>

²⁸ Asociación Colombiana Probienestar de la Familia - Profamilia, Prevención y Abordaje de la Violencia Sexual en Personas con Discapacidad desde un Enfoque de Determinantes Sociales, (sin publicar).

²⁹ Id.

Las restricciones a la capacidad legal que ya fueron mencionadas impiden que las mujeres con discapacidad testimonien o denuncien y, sumadas a las diferentes barreras de acceso al sistema de justicia, es de esperarse que haya un subregistro importante de casos de violencia sexual. El Comité CEDAW ha recomendado en el pasado la derogación de las normas que impidan que las mujeres con discapacidad denuncien y accedan a la justicia, mientras que exige a los Estados que sus servicios de atención sean accesibles para mujeres con discapacidad que han sido víctimas de violencia sexual.³⁰

- *Esterilizaciones forzadas*

El Comité CEDAW ha sido claro en afirmar que las esterilizaciones forzadas “son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.”³¹ Antes de la aprobación de la mencionada resolución 1904 de 2017, el marco legal colombiano permitía y promovía la esterilización involuntaria de mujeres y niñas con discapacidad. Sin embargo, debido a que algunos de estos procedimientos se entendían como voluntarios porque una tercera persona otorgaba el consentimiento informado, no existen cifras concretas que den cuenta de la magnitud de este fenómeno.

De acuerdo con los datos brindados por el Ministerio de Salud, entre 2012 y 2018 (parcial) se esterilizaron **4.324** mujeres con discapacidad en Colombia (Ver Tabla 1).

TABLA 1. Mujeres con discapacidad que recibieron el procedimiento de esterilización por edad y año de realización (2012-2018)

EDAD	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
De 01 a 05 años						1		1
De 06 a 09 años								
De 10 a 14 años				1	3	2		6
De 15 a 18 años	3	4	11	15	22	18	4	74
De 19 a 26 años	49	69	91	128	134	148	25	631
De 27 a 44 años	607	494	564	560	493	517	118	3.291

³⁰ Comité CEDAW, Recomendación general num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general num. 19, CEDAW/C/GC/35 (2017) párr. 29,c,iii.

³¹ Id. párr. 18

De 45 a 59 años	104	41	69	41	28	22	6	308
De 60 y más	1	1	5	3	1	2		13
Total	764	609	740	748	681	710	153	4.324

Datos obtenidos del Ministerio de Salud³²

Debido a la falta de datos confiables generados desde el sistema judicial, no es posible identificar de manera clara cuáles de las anteriores esterilizaciones se realizaron con el consentimiento de la mujer con discapacidad.

El Comité CEDAW ha recomendado en diferentes oportunidades a países como República Checa, Eslovaquia y Japón que creen campañas de concientización para mujeres que pertenecen a grupos históricamente discriminados sobre sus derechos y sobre mecanismos para recibir reparaciones por haber sido esterilizadas sin su consentimiento, les provean servicios de asistencia legal gratuita³³, no hagan interpretaciones restrictivas sobre la caducidad de sus acciones legales para reclamar reparaciones³⁴ y que creen mecanismos de compensación para las víctimas de esterilizaciones forzadas.³⁵ Debido a que muchas mujeres no saben que han sido esterilizadas, el Comité recomendó a República Checa “como mínimo, garantizar que ese plazo (de la prescripción) comience a partir del momento en que la víctima descubrió el verdadero significado y todas las consecuencias de la esterilización y no desde el momento de la intervención quirúrgica.”³⁶

En consecuencia, sugerimos al Comité que emita las siguientes **recomendaciones a Colombia**:

- Unificar su criterio de recolección y desagregación de datos en materia de discapacidad y estandarizarlos en todas las instituciones del Estado que recopilen información sobre violencia basada en género.
- Garantizar que todos los servicios de atención a víctimas de violencia basada en género sean totalmente accesibles a todas las mujeres y niñas con discapacidad.
- Establecer campañas de concientización sobre las esterilizaciones forzadas a las mujeres con discapacidad en el marco de un programa de compensación para víctimas de este fenómeno, proveer defensa gratuita para sus reclamos legales y contar el plazo de la prescripción a partir de que la víctima descubra que le fue realizado el procedimiento, su significado y sus consecuencias.

³² Ministerio de Salud. Respuesta al Radicado No.: 201812001465471, 22 de noviembre de 2018.

³³ Comité CEDAW, *Observaciones finales sobre los informes séptimo y octavo de Japón*, CEDAW/C/JPN/CO/7-8 (2016) párr. 25.

³⁴ Comité CEDAW, *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de la República Checa*, CEDAW/C/CZE/CO/6, (2013) párr. 29a.

³⁵ *Ibíd.*

³⁶ *Ibíd.*

PARTICIPACIÓN POLÍTICA

Las mujeres con discapacidad están subrepresentadas en los mecanismos de participación política, especialmente en las instancias de decisión.

En el imaginario social cuando se piensa en mujeres, no se incluye a las mujeres con discapacidad en toda su diversidad, lo que se ve reflejado en la participación de éstas en la agenda pública y por supuesto en su participación política. Como se observa en el informe del Estado en el punto 100, de las 251 entidades analizadas sólo 10 (4%) cuentan con mujeres con discapacidad en el nivel decisorio, sin referir el tipo de discapacidad y el número de mujeres con discapacidad al interior de estas entidades como el área a la que se dedican estas entidades. Para las mujeres con discapacidad resulta de vital importancia participar en los escenarios políticos para que sus intereses y necesidades cuenten con representación, y se diseñen planes, programas y acciones que respondan a estas.

Lo anterior es relevante en la medida que el mismo Comité CDPD ha señalado que “Las mujeres con discapacidad deberían poder participar en los procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones que repercutan de forma exclusiva o desproporcionada en ellas, y en los derechos de las mujeres y las políticas de igualdad de género en general, por ejemplo las políticas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, y todas las formas de violencia de género contra la mujer.”³⁷

En consecuencia, sugerimos al Comité que emita las siguientes **recomendaciones a Colombia**:

- Garantice condiciones mínimas para la participación política de las mujeres con discapacidad, asegurando recursos para el fomento de organizaciones de mujeres con discapacidad y promoviendo su liderazgo al incluirlas en las decisiones de política pública que les atañen,
- Permita a las personas con discapacidad, en particular las mujeres con discapacidad, ejercer sus derechos políticos, incluido el derecho a presentarse como candidatas a cargos públicos y a participar en la dirección de los asuntos públicos.

SALUD MENTAL

La situación de las mujeres con discapacidad psicosocial en Colombia es compleja debido a factores sociales, culturales, políticos y económicos que afectan su salud mental predisponiendo la aparición de distintos trastornos desde edades tempranas. La vida de las mujeres tradicionalmente va ligada a roles de género que las ubican casi exclusivamente en el ámbito doméstico, ejerciendo labores de crianza y cuidado, enmarcadas en relaciones de subordinación y dependencia justificada por razones biológicas o religiosas³⁸. Este modelo

³⁷ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CRPD/C/GC/7. Observación general núm. 7 (2018) sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención, párr.73.

³⁸ Ortega, Cristina. Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. En Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género (Primavera /Verano 2011) Vol.1/ N° 4, P 211 Disponible en:

relacional favorece frecuentes situaciones de distintos tipos de abuso naturalizadas dentro y fuera del núcleo familiar y a su vez configura importantes restricciones a la educación y al empleo. La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 señala que las mujeres entre 18 a 44 años reportaron haber sufrido violencia intrafamiliar (9,4%), violencia psicológica (56,7%), violencia física (70,5%), abuso sexual (26,5%), y violencia por desplazamiento toda la vida (19,9%) en mayor grado que los hombres.³⁹

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 la prevalencia de cualquier trastorno mental en los 12 últimos meses, es de 4,7% en niños de 7 a 11 años y es más frecuente en las niñas. Al menos “un 44,7% de la población infantil de 7 a 11 años requieren de evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para descartar problemas o posibles trastornos” y en los pocos casos detectados, la edad de inicio del consumo de SPA está alrededor de los 11 años.⁴⁰

La atención en salud mental hacia las mujeres está fuertemente condicionada por estereotipos de género que les atribuyen mayor debilidad emocional y susceptibilidad a presentar comportamientos disruptivos en función de su género⁴¹. Con frecuencia son medicadas en mayor medida y de forma permanente y reciben tratamientos invasivos como el electroshock en mayor proporción que los hombres⁴². Las condiciones de encierro y aislamiento de las instituciones mentales propician diferentes tipos de abuso hacia las mujeres sin que existan posibilidades de denunciar los hechos debido al prejuicio hacia su discapacidad⁴³.

La prestación de servicios de salud mental está regulada mediante la Ley 1438 de 2011 en la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud a partir de la estrategia de Atención Primaria en Salud que emplee la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la provisión de servicios de calidad. En el artículo 8° de la Ley se propone también la creación del Observatorio Nacional de Salud.⁴⁴

Ley 1616 de 2013- Ley de Salud Mental tiene por objetivo garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y

<https://www.scribd.com/document/240220780/La-Salud-Mental-y-Las-Mujere-s>

³⁹ Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 tomo I Tabla 5.36 Exposición, comportamientos y experiencias asociadas a la violencia en la población colombiana de 18 a 44 años según sexo. P 110

Disponible en:

https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf

⁴⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Salud Mental. Enero 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

⁴¹ Ortega, Cristina. Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. (Primavera /Verano 2011) P. 219-221

⁴² Informe Relator ONU sobre la atención en salud mental en el mundo 2017.pdf P. 7 Párrafo 22

Las asimetrías de poder en las instituciones psiquiátricas afectan la situación de los usuarios, hombres y mujeres, haciéndolos blanco de actitudes paternalistas y con sesgos de género, asimismo suprimen su capacidad de decisión respecto a los tratamientos de que son objeto.

⁴³ Observación General No. 3. Mujeres y discapacidad. pdf P. 5 Párrafo 17a

⁴⁴ Ministerio de Salud y la Protección Social. Observatorio Nacional de Salud Mental. P. 14

adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental y la Atención Integral e Integrada en Salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. También se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.⁴⁵

La Encuesta Nacional de Salud Mental reveló que el 43% de las personas con edades entre 18 a 44 años diagnosticadas no recibe tratamiento.⁴⁶ Pese a que la intención de la legislación es garantizar atención de calidad y con mayor cobertura, esto no se lleva a la práctica por falta de infraestructura, reducción paulatina de la inversión en salud mental⁴⁷, predominancia del criterio biológico medicalizador en el diagnóstico, tratamiento y en la formulación de política pública⁴⁸ sobre salud mental, debilidad en la implementación de atención primaria, institucionalización y escasa aplicación de estrategias de tipo comunitario⁴⁹.

El Ministerio de Salud y de la Protección Social ha realizado jornadas de capacitación a aseguradores en salud EPS, Prestadores IPS y Entidades territoriales sobre el consentimiento informado y la provisión de apoyos y ajustes razonables para la toma de decisiones en salud sexual y salud reproductiva a partir de lo dispuesto en la Resolución 1904 de 2017.⁵⁰ Sin embargo, falta claridad en la aplicación del consentimiento informado en procedimientos invasivos en psiquiatría.

La legislación vigente orientada hacia la prevención de la violencia contra las mujeres no está siendo aplicada adecuadamente, y en el caso de mujeres con discapacidad psicosocial afectadas por hechos violentos prevalece la impunidad. No existe información confiable sobre casos de abusos en las instituciones. Dentro de las Observaciones al Estado colombiano el comité CDPD recomendó efectuar inspecciones⁵¹ a hospitales e instituciones de salud mental para vigilar el trato hacia los pacientes, no hay reportes acerca del cumplimiento de esta recomendación.

⁴⁵ Ministerio de Salud y la Protección Social. Observatorio Nacional de Salud Mental. P. 14.

⁴⁶ Ministerio de Salud y la Protección Social. Observatorio Nacional de Salud Mental. P. 22

⁴⁷ La inversión en salud mental en Colombia ha disminuido drásticamente. En 2015 fue de \$110.238.320, en 2016 bajó a \$82 785.957.000 y en 2017 quedó en \$57.367.294.467. Las necesidades en salud mental por estrés postraumático han ido en aumento debido a la violencia, especialmente en mujeres y niños. Fuente: Inversión en salud mental en Colombia disminuye, aunque aumenten violencias. En: <http://elpacientecolombiano.com/salud-mental/la-inversion-en-salud-mental-en-colombia-disminuye-aunque-aumentan-violencias/>

⁴⁸ ONU Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 28 de marzo 2017. (Pág 8, párrafo 28) Informe relator ONU sobre la atención en salud mental en el mundo 2017.pdf

La Política Pública Nacional de Salud Mental 2018 se diseñó sin contar con la participación activa de sectores independientes, no se convocó a entidades defensoras de derechos humanos ni a activistas independientes, sólo participaron organizaciones afines con los intereses de la psiquiatría.

⁴⁹ ONU Consejo de Derechos Humanos. 28 de marzo 2017. (Pág. 14, párrafo 55)

⁵⁰ Ministerio de Salud y de la Protección Social. Respuesta a Derecho de petición. 20-12-2018 P. 6

Documento sobre orientaciones al consentimiento informado disponible en [:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-t](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-t)

⁵¹ ONU Comité CDPD. Observaciones finales sobre el informe inicial de Colombia. (Pág. 7, párrafo 43)

En consecuencia, sugerimos al Comité que emita las siguientes **recomendaciones a Colombia**:

- Ratifique el Protocolo Opcional de la Convención Contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT),
- Prohibir explícitamente la institucionalización forzada por motivo de discapacidad, y que adopte protocolos que garanticen el ejercicio del derecho al consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad, especialmente psicosocial,
- Modifique su legislación penal en concordancia con la Convención, y que asegure los ajustes de procedimiento y razonables para las personas con discapacidad involucradas en procedimientos penales y que garantice, en igualdad de condiciones con los demás, su derecho al debido proceso, presunción de inocencia, contar con asistencia letrada y defensoría calificada.

MUJERES VÍCTIMAS DEL CONFLICTO

Según el RLCPD, tan sólo el 0,5% de las personas con discapacidad afirman haber adquirido su discapacidad como consecuencia del conflicto armado. Es posible exista un subregistro, debido a la gravedad de algunos hechos victimizantes⁵². Del total de las personas con discapacidad víctimas del conflicto, se estima que el 0,1% son mujeres⁵³. De 6.033 personas que afirmaron haber adquirido discapacidad por el conflicto armado, 56,9% recibieron lesiones por arma de fuego y 20,7% por minas antipersona⁵⁴.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece en su artículo 11 el reconocimiento como *Sujetos de especial protección a grupos vulnerables, tales como niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, personas con discapacidad*, entre otros. La atención no estará restringida por ningún tipo de restricción administrativa ni económica. La Resolución 429 de 2016, la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, es un conjunto de acciones para garantizar el derecho a la salud, mediante políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y prestación de servicios integrales priorizando zonas marginadas⁵⁵.

Las mujeres y niñas con discapacidad son altamente vulnerables a sufrir distintos tipos de violencia y discriminación en medio del conflicto armado. Los estereotipos negativos sobre la discapacidad y el género generan discriminación múltiple como resultado de características indivisibles generadoras de desigualdad. Las mujeres con discapacidad están expuestas a la negación de servicios específicos de salud, acceso a la justicia y protección ante abusos por la ausencia de ajustes para la comunicación de sus necesidades y la falta de infraestructura y preparación de funcionarios y personal especializado para atender a la discapacidad.

⁵² Ministerio de Salud y la Protección Social. Sala situacional de personas con discapacidad. Agosto 2015 Pdf (P. 26)

⁵³ Alta consejería presidencial para la equidad de la mujer. Observatorio de asuntos de género. Pdf (P. 14)

⁵⁴ Personas con discapacidad-subcomité técnico de enfoque diferencial. Pdf (P. 20)

⁵⁵ Ministerio de Salud y la Protección Social. Respuesta a Derecho de Petición 20-12-2018. P. 10

En consecuencia, sugerimos al Comité que emita las siguientes **recomendaciones a Colombia**:

- Adopte políticas de rehabilitación e inclusión social de personas con discapacidad víctimas del conflicto armado, que incluyan medidas para la rehabilitación y reinserción comunitaria con enfoque de género, particularmente dirigidas a personas que adquirieron discapacidades psicosociales como consecuencia del conflicto armado,
- Elimine el requisito de la interdicción para ser beneficiario de los programas de reparación y atención de víctimas del conflicto armado y hacer operativo en todas las circunstancias el protocolo e instrumento de toma de decisiones con apoyo con el que ya cuenta la Unidad de Reparación y Atención Integral a las Víctimas,
- Identifique a las mujeres y niñas con discapacidad víctimas de violencia sexual durante el período del conflicto, tanto civiles como excombatientes,
- Investigue e inicie procesos en tribunales civiles para determinar responsabilidad penal de militares y grupos de autodefensa por violencia sexual a mujeres y niñas con discapacidad durante el conflicto armado y en el período de transición hacia la paz

Discriminación contra mujeres con discapacidad

La discriminación hacia las mujeres y niñas con discapacidad responde a distintas condiciones generadoras de desigualdad tales como la edad, discapacidad, grupo étnico al que se pertenece, raza, nivel económico, condición de desplazamiento, opinión política, orientación sexual y ser madre, entre otros⁵⁶. Estas situaciones confluyen generando interseccionalidades que condicionan el acceso a servicios esenciales tales como salud, trabajo, educación, acceso a la justicia, educación sexual, servicios de salud sexual y salud reproductiva, igual reconocimiento como persona ante la ley, la participación política y ejercicio de la capacidad jurídica⁵⁷.

El Indicador de Exclusión en Capital Humano muestra que en 14 departamentos existe entre el 60 y el 65,9% de población con discapacidad excluida de los servicios de salud y educación y en 3 departamentos supera el 66%⁵⁸.

La pobreza es un factor determinante, que unido a un bajo nivel educativo (42% de las personas con discapacidad tienen primaria completa), impide a las mujeres con discapacidad ingresar al mercado laboral y las restringe a la informalidad⁵⁹. La doble discriminación compromete sus habilidades en función de la discapacidad y la condición de género, lo cual afecta el ejercicio de la maternidad⁶⁰, ya que el prejuicio hacia la discapacidad impide a la mujer ejercer adecuadamente la crianza, y supone que la carga económica será mayor para la familia;

⁵⁶ Naciones Unidas. Comité CDPD. Observación general Número 3 sobre las mujeres y las niñas con discapacidad. 25 de noviembre 2016. (P 1)

⁵⁷ Naciones Unidas. Comité CDPD. 25 de noviembre 2016 (P 2)

⁵⁸ Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en capital humano.pdf (P.8)

⁵⁹ Mujer y discapacidad en Colombia. Observatorio de asuntos de género. Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Junio de 2012 Boletín No 14 (P. 13)

⁶⁰ Posada García y otros. Influence of Disability on maternal care. Publicado en línea 1 de septiembre de 2015 Springer Science Business Media New York 2015 (P 4)

destacándose la ausencia de programas de apoyo para la crianza diferenciados por tipo de discapacidad. Este hecho señala la necesidad de establecer mecanismos de apoyo para realizar esta tarea, suministrados por el Estado.

A medida que las mujeres avanzan en edad aumenta el porcentaje de la discapacidad, causada en su mayoría por enfermedad general y accidente entre los 35 a 39 años⁶¹. Según la pertenencia a un grupo étnico, el Registro de localización muestra que el 90,8% de las personas con discapacidad se identifican como mestizos, 4,7% son afrodescendientes y el 2,7% indígenas⁶². La falta de acceso a servicios médicos y de rehabilitación propicia la aparición de discapacidad, especialmente en los sectores con mayor pobreza y afectados por el desplazamiento.

Junto a la pobreza y restricción a la educación se suman el desplazamiento por el conflicto armado que deja más vulnerables a las mujeres de sufrir agresiones sexuales y posterior discriminación, verse privadas del acceso a la justicia y no contar con asistencia médica. La asistencia psicosocial hacia las mujeres víctimas es insuficiente, reduciéndose a esquemas medicalizantes que desconocen la realidad del contexto que éstas enfrentan. Esto en razón a que en Colombia no se piensa la discapacidad derivada del conflicto en relación con las mujeres sino con los hombres combatientes y en clave de rehabilitación de una discapacidad física.

⁶¹ Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en capital humano.pdf (P.19 y 24)

⁶² Discapacidad en Colombia. pdf (P. 26)

ANEXO 1

Organizaciones

- Aniscol Colombia;
- Asesorarte;
- Asdown Colombia;
- Asociación Colombiana de Bipolares;
- Asociación Colombiana de Sordo-ciegos (SURCOE);
- Asociación para la Inclusión Social de la Población en Situación de
- Discapacidad - AS INCLUSIÓN;
- Asociación de Personas Sordas de Caldas – ASORCAL;
- CREA;
- Colegio Filadelfia para Sordos;
- Colectiva Polimorfias;
- Comisión Colombiana de Juristas (CCJ);
- COPNE;
- Fundación FIPADI;
- Fundación Gestión Apoyo y Amor;
- Fundación RAUDAL;
- Fundación Síndrome de Down;
- Fundación Síndrome de Down del Caribe -Fundown Caribe-;
- Federación Nacional de Sordos de Colombia -FENASCOL-;
- Fundación Familia Down;
- Fundación Fundar Humanos Down - Fundown;
- Fundación Ser como Niños;
- Handicap Internacional;
- Liga Colombiana de Autismo LICA;
- Nodo Comunitario de Salud Mental y Discapacidad Psicosocial;
- PAIIS – Universidad de Los Andes;
- Profamilia;
- Red de Familias por el Cambio;
- Red Santandereana de Personas con Discapacidad – REDES;
- Universidad Libre Seccional Pereira;
- Universidad Nacional de Colombia - Maestría en Discapacidad e Inclusión
- Social.

Activistas independientes

- Abel Antonio Díaz;
- Ana Milena Jimenez;
- Andrea Liliana Cortés;
- Beldys Hernández;
- Camilo Daza;
- Camila Lozano Ruiz;
- Claudia Patricia Rodriguez;
- Cristian Murillo;
- Daniela Palma;
- Diego Yonathan Moreno Ramírez;

- Felipe Jaramillo Ruiz;
- Henry Alexis Tole Diaz;
- Jorge Ramirez Montoya Palma;
- Julia Ruiz Navarro;
- Karen Milena Calderón;
- Laura Marcela Morelo;
- Laura Melissa Liscano Pinzón;
- Leidy Aguirre;
- Liliam Beatriz Baquero Rodriguez;
- Luz Nelly Merchán Caicedo;
- Miguel Ángel Gonzalez Barreto;
- Mónica Isabel Hernández Ríos;
- Nancy Ponce Vallejo;
- Nestor Hernandez;
- Paola Diaz;
- Rafael Pabón García;
- Sandra Meléndez Labrador;
- Sandra Patricia Rojas Rodriguez;
- Verel Monroy