

# EL SISTEMA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD, UN ABORDAJE DESDE EL MODELO SOCIAL Y LA INTERSECCIONALIDAD

NICOLÁS CARDOZO RUIZ



I N C L U S I O N



SECRETARÍA  
JURÍDICA  
DISTRITAL

BOGOTÁ

La **BOGOTÁ** que estamos construyendo



## **ALCALDESA MAYOR DE BOGOTÁ**

Claudia Nayibe López Hernández

## **SECRETARIO JURÍDICO DISTRITAL**

William Libardo Mendieta Montealegre

## **SUBSECRETARIO JURÍDICO DISTRITAL**

Iván David Márquez Castelblanco

## **DIRECTORA DISTRITAL DE POLÍTICA JURÍDICA**

Zulma Rojas Suárez

## **ELABORADO POR**

Nicolás Cardozo Ruiz

## **EDICIÓN Y REVISIÓN:**

Camilo Andrés Rodríguez R.

## **FOTOS PORTADA**

Freepik y Canva

## **SECRETARÍA JURÍDICA DISTRITAL**

Teléfono: + 57 (601) 3813000

Sede Principal Carrera 8 No. 10-65

[www.secretariajuridica.gov.co](http://www.secretariajuridica.gov.co)

Versión 1. Noviembre 2022

ISSN en tramite



## INTRODUCCIÓN

EN BÚSQUEDA DEL SIGNIFICADO: ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE LA DISCAPACIDAD A PARTIR DE LOS MODELOS ANALÍTICOS	5
<b>Modelo simbólico, de la prescindencia o religioso</b>	<b>7</b>
<b>Modelo biomédico</b>	<b>10</b>
Primera condición: el poder de normalización	11
Segunda condición: La discapacidad como problema público en el marco de la posguerra	16
Crisis del modelo médico	21
<b>Modelo social</b>	<b>23</b>
El concepto de discapacidad en el paradigma social	23
Consolidación del modelo social en el plano normativo internacional	25
Críticas al modelo social	28
MÁS ALLÁ DEL MODELO SOCIAL, TEORÍA E INTERSECCIONALIDAD	30
¿Es necesario teorizar sobre la discapacidad?	31
<b>Análisis de la discapacidad desde la interseccionalidad</b>	<b>38</b>
Mujeres y discapacidad	40
Intersecciones con la afrodescendencia	52
Intersecciones con la orientación sexual	59
ANÁLISIS DEL SISTEMA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD	66
<b>Consolidación del modelo social en el contexto colombiano</b>	<b>67</b>
<b>Del Sistema Distrital de Discapacidad</b>	<b>74</b>
Dimensión material	74
Dimensión orgánica	77
<b>Propuesta de actualización del Sistema Distrital de Discapacidad en su dimensión orgánica</b>	<b>83</b>
Elección de los representantes de la población para el consejo distrital de discapacidad y consejos locales en el marco de la Ley 1145 de 2007 y el Decreto nacional 1350 de 2018	84
Recomposición del consejo distrital y consejos locales de discapacidad desde la diversidad y el reconocimiento del conflicto armado	97
Reflexiones en torno a la representación de cuidadoras y cuidadores, ¿una medida necesaria?	120
Consideraciones adicionales	125
CONCLUSIONES	128
BIBLIOGRAFÍA	134

# EL SISTEMA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD, ABORDAJE DESDE EL MODELO SOCIAL Y TEORÍAS DE LA INTERSECCIONALIDAD

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objeto de estudio el Sistema Distrital de Discapacidad, en su dimensión orgánica, esta es, aquella que se preocupa por las instancias y órganos que lo conforman, con particular atención por el Consejo Distrital de Discapacidad, instancia principal de deliberación. El documento pretende formular una propuesta de actualización a dicha dimensión a la luz de una reformulación del esquema de participación de la población con discapacidad en sus instancias deliberatorias.

El objeto de estudio surge de la necesidad de revisión de la estructura del Sistema a la luz de nuevas corrientes en el ámbito de la discapacidad, por un lado, la acogida del modelo social, en el que el significado desfasa las tradicionales y hegemónicas narraciones de la ciencia médica y se ubica en el plano de los constructos sociales, y por el otro, las discusiones dadas en el contexto de la interseccionalidad y la relación dinámica con categorías como el género, la etnia, la orientación sexual y el conflicto armado.

En efecto, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), en vigor desde el 2008, recogió los principales postulados del denominado modelo social, paradigma teórico desarrollado en el seno de los estudios de la discapacidad (disabilities studies), en el cual, la categoría "discapacidad" es el resultado de la conjunción de dos elementos: la característica (o deficiencia en los términos del modelo médico) y las barreras sociales impuestas por la sociedad, siendo este segundo elemento entonces el principal foco de atención de las políticas públicas para lograr su eliminación y asegurar así la plena incorporación de las personas con diversidad funcional en la sociedad y el pleno ejercicio de sus derechos.

En adición a lo anterior y en el transcurso de los últimos doce años, aproximadamente, han surgido nuevos enfoques agrupados bajo la categoría de “estudios críticos de la discapacidad” (critical disabilities studies), en los cuales, el análisis interseccional adquiere una mayor relevancia y por ende las cuestiones de la discapacidad se analizan a partir de la diversidad misma de su población. Esta postura implica un tratamiento diferencial de la población con discapacidad, reconociendo las distintas identidades que confluyen en ella por razones de género, etnia, raza y curso de vida, enfoque que permite diagnosticar problemas y proponer soluciones en el marco de una política pública más satisfactoria de cara a las necesidades de los grupos heterogéneos que confluyen en el sector de la sociedad funcionalmente diverso.

En este contexto, el estudio se preocupa por establecer la concordancia entre el Sistema Distrital de Discapacidad, en su dimensión orgánica y los postulados del modelo social acogido en Colombia con la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad por un lado y los avances de las ciencias sociales en el marco de la interseccionalidad.

Así las cosas, el documento analiza el modelo de representación de la población con discapacidad de Bogotá y sus principales limitaciones, en particular se analizan las limitaciones a la participación con ocasión de la existencia de requisitos rígidos para la representación de la población nacidos con ocasión del Sistema Nacional de Discapacidad (Ley 1145 de 2007) y por otra parte, se examina el carácter biomédico de los espacios de participación en el ámbito distrital y su lejanía con las intersecciones producidas en el ámbito de la diversidad.

El estudio utiliza una metodología cualitativa, enfocada en la revisión documental en el marco de las investigaciones recientes de la discapacidad en el campo de las ciencias sociales y se incluyen además estrategias como grupos focales y entrevistas semiestructuradas. No obstante, en algunos apartados se presenta información cuantitativa relevante para la comprensión de fenómenos particulares.

El documento se divide en cuatro partes fundamentales: (i) en un primer término se presenta una reconstrucción histórica y con enfoque genealógico del significado de la discapacidad, se ahonda en su concepto a partir de modelos analíticos y se ubican las líneas de ruptura que permiten su gradual surgimiento. (ii) En la segunda parte, se traspasan las fronteras del modelo social para indagar por la teoría de las capacidades en el terreno de la filosofía política y la

relevancia social de la misma; asimismo se presentan las principales consideraciones en torno al análisis de la categoría discapacidad y su relación el género, la tenía, la diversidad sexual y el conflicto armado. (iii) El tercer capítulo analiza en detalle el Sistema Distrital de Discapacidad, ubicándolo como parte del Sistema Nacional de Discapacidad, se describen sus dimensiones material y orgánica, se explica desde el devenir histórico y se formula una propuesta de actualización partiendo de la base de un déficit en el ámbito de la representación de la población. (iv) Por último se presentan las principales conclusiones y hallazgos en un acápite adicional.

## EN BÚSQUEDA DEL SIGNIFICADO: ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE LA DISCAPACIDAD A PARTIR DE LOS MODELOS ANALÍTICOS

La discapacidad no es una categoría de fácil conceptualización, su contenido está determinado por visiones culturales profundamente arraigadas en las sociedades occidentales, así como por discursos predominantes en el campo científico, y por álgidas luchas sociales de actores que cuestionan esos discursos hegemónicos.

En esa medida, definir la discapacidad, como punto de partida, es una labor compleja que requiere adentrarse en la lucha por las clasificaciones. Llenar de significado este complejo concepto está lejos de ser un cometido neutral, deben avistarse las tensiones del campo, identificarse las violencias simbólicas y ponderar las visiones emancipadoras.

En esa medida, se conocen tres esquemas analíticos para abordar la categoría “discapacidad” (Couser, 2010): el modelo simbólico, médico y el modelo social. El modelo simbólico a la fe, la discapacidad en ese sentido es “considerada un signo de la moral o una condición espiritual”. Por su parte, en el modelo médico (propio del pensamiento moderno), la discapacidad es vista como una disfunción susceptible de ser “prevenida, curada, corregida o rehabilitada”. Por último, en el modelo social, característico del pensamiento postmoderno, la discapacidad se concibe como construcción social, como el género o la etnia (p. 22).

En la primera parte del estudio, se presentarán las corrientes y datos más importantes para comprender las fronteras y tensiones entre los esquemas. No obstante existen voces disidentes del abordaje de la discapacidad a partir de modelos analíticos se advierte desde ya, no existe una mejor forma de acercarse al concepto<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Treinta años después de la formulación del término “modelo social”, se han creado modelos alternativos y enfoques que brindan distintas perspectivas en cuanto a su alcance y aplicación. Lawson y Angharad alertaron sobre la proliferación de modelos en el marco del debate internacional suscitado en parte por la consolidación del modelo social. Así, se halla en la literatura referencia a modelos como el cultural, biopsicosocial, cultural, nórdico, modelo de las minorías y el modelo de los derechos humanos (2021).

La alternativa más importante es modelo de los derechos humanos, incluso algunos autores plantean que la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad refleja los postulados de este modelo más que los del modelo social. Dicho nuevo modelo estaría basado en el concepto de dignidad humana y la ubicación de los problemas relativos a la discapacidad en el ámbito externo, no en la persona, aspecto último que lo asemejaría al modelo social. La diferencia fundamental consistiría en que el modelo social es simplemente descriptivo del fenómeno de la discapacidad, pero no provee planes

Liderando la disidencia, Michael Oliver (p. 2) presentaba en 1990 una ponencia denominada “Los modelos individual y social de la discapacidad” en la cual alertaba sobre el riesgo de proliferación de modelos a su juicio inútiles:

Existe un peligro en discutir la cuestión relativa a la discapacidad, que terminemos con más modelos que Licy Clayton. Esto es peligroso en la medida en que si no somos cuidadosos gastaremos nuestro tiempo considerando que entendemos por modelo médico o por modelo social, o quizás por modelo psicológico o más recientemente, los modelos administrativos o de caridad de la discapacidad. Estas discusiones semánticas oscurecerán las reales cuestiones en discapacidad como son la opresión, discriminación, desigualdad y pobreza.

Oliver descarta que, como padre del modelo social, exista un modelo médico y mucho menos que sea este blanco de sus ataques. En su criterio, los modelos son simplemente dos: uno social y un opuesto individual, clasificación que a su juicio es más sencilla y fiel a la distinción entre deficiencia o limitación (impairment) y discapacidad (disability) planteada por el movimiento Unión de Personas Físicamente Limitadas contra la Segregación (UPIAS - Union of Physically Impaired Against Segregation). Así, a su juicio el modelo individual se estructura sobre una visión de la discapacidad como tragedia personal de origen fisiológico, siendo su medicalización una consecuencia, no un modelo en sí mismo (1990).

La posición de Oliver presenta una fisura: la idea de un “modelo individual”, como categoría universal anterior al modelo social desconoce un hecho histórico relevante: como individuo, la persona con discapacidad solo se consideró sujeto de derechos hasta la promulgación de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (1971) y la Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975) (aunque con serias limitaciones en su concepción y aplicación).

---

para la construcción de políticas públicas. A contrapelo, el modelo de los derechos humanos no es descriptivo, es prescriptivo, no se centra en la definición de la discapacidad sino en la orientación de las políticas públicas para el tratamiento de la discapacidad (Lawson y Angharad, 2021).

Salvo la posibilidad de acceder a los planes de rehabilitación, cuyos cimientos datan del periodo entre guerras, la persona con discapacidad no era ni siquiera considerada como sujeto de derechos hasta antes de la promulgación de los citados instrumentos internacionales, motivo por el cual, es impreciso encuadrar las visiones de la discapacidad anteriores al modelo social en un solo esquema “individual”; tal simplificación desconoce el complejo devenir de un proceso histórico y cultural que entrelaza visiones religiosas y médicas que delinean y dan forma a los sistemas jurídicos.

Así las cosas, conviene aproximarse a los tres modelos analíticos para construir un concepto de discapacidad y comprender los fenómenos de producción normativa que a su alrededor tienen lugar. El análisis se proyecta sobre la base de una reconstrucción histórica con enfoque genealógico, buscando entonces “extraer las condiciones de aceptabilidad de un sistema y seguir las líneas de ruptura que marcan su emergencia (...)” (Foucault, *apud* Sánchez, 2017, p, 7).

### **Modelo simbólico, de la prescindencia o religioso**

En el modelo simbólico, la discapacidad es un rasgo moral o espiritual; sus causas se atribuyen a factores metafísicos y su tratamiento se concibe desde las tradiciones y prácticas religiosas.

En la antigüedad, la discapacidad está dada por simbologías religiosas; la belleza se consideraba un atributo espiritual y aquello que no respondiera a los estándares estéticos generalmente aceptados generaba rechazo. Las investigaciones desde la paleopatología y arqueología, aunque escasas, demuestran que las personas con discapacidad se integraron de alguna u otra forma a la sociedad, dependiendo de condiciones y circunstancias especiales. En algunos casos, esas interacciones no eran positivas, tomaban forma de comedia, burla y ridículo (Mandujano y Sánchez, 2016).

Como posible explicación a este fenómeno, la teoría de la degradación plantea que: “el cuerpo humano constituye una fuente inagotable de risa, dada su dolorosa y humillante dependencia de las exigencias fisiológicas, exigencia que llega al límite de lo desgarrador en las personas

con discapacidad. También las personas supuestamente normales tienen una tendencia enfermiza a remedar a los discapacitados, considerándolos físicamente inferiores”. Las prácticas de degradación convierten en comedia lo que “rechaza, lo que lastima, lo que molesta” y persisten de una manera u otra en el plano actitudinal actual (Mandujano y Sánchez, 2016, p. 336).

En el Corán, texto sagrado de la religión musulmana, no existen referencias expresas sobre la discapacidad, *contrario sensu*, alusiones a categorías como el ciego, el sordo o el mudo se interpretan como limitaciones espirituales, ninguna relevancia tiene para la cultura árabe la limitación de orden físico. En ese sentido, todos los seres humanos tienen cabida en la sociedad, con independencia de sus características físicas o mentales, dado que la dignidad es un derecho conferido por Dios sin distinción. De particular importancia es el relato sobre la vida de Julaybi, persona de estatura baja por quien el profeta aboga para que sea incluido en la sociedad a través del matrimonio con una mujer “deseada” de la ciudad de Medina. Al final, Julaybi lucha ferozmente con el profeta y es cegada su vida en batalla, por tal motivo es enterrado con honores por Mahoma nombrándolo miembro de su familia (Elshabrawy, 2015, p. 6).

Por su parte, en la biblia, principal texto de la tradición judeocristiana y mayor referente sobre la cuestión, la discapacidad se asocia a un sistema punitivo y prohibicionista, así como a una serie intervenciones milagrosas para curar o corregir las “enfermedades”. En Deuteronomio, capítulo 28, se vincula a la discapacidad con el pecado, aquellos que desobedecen la ley de Dios son castigados con enfermedades y limitaciones como la ceguera o la limitación en la movilidad. Levítico por su parte, contiene un enfoque prohibicionista, proscribía a personas con discapacidad el ejercicio del sacerdocio y no permite su aproximación física y espiritual a la deidad residente en el templo, prohibición que ha sido interpretada como evidencia del rol general asignado a la discapacidad en la sociedad viviente hacia la era del viejo testamento, aunque algunos autores matizan tal afirmación y limitan la exclusión a la posibilidad de convertirse en sacerdotes, más no la extienden a la participación en rituales religiosos u otros en escenarios sociales (Metzler, 2006).

No se usa en el texto bíblico la palabra “discapacidad” ni término similar, tampoco se clasifican con precisión sus tipologías, no obstante, a diferencia del Corán, sí se hacen expresas alusiones a lo imperfecto, la mancha, el defecto.

Así, se lee en Levítico 21, 16:

<sup>16</sup>Y Jehová habló a Moisés, diciendo: <sup>17</sup>Habla a Aarón y dile: Ninguno de tus descendientes por sus generaciones, que tenga algún defecto, se acercará para ofrecer el pan de su Dios. <sup>18</sup>Porque ningún varón en el cual haya defecto se acercará; varón ciego, o cojo, o mutilado, o sobrado, <sup>19</sup>o varón que tenga quebradura de pie o rotura de mano, <sup>20</sup>o jorobado, o enano, o que tenga nube en el ojo, o que tenga sarna, o empeine, o testículo magullado. <sup>21</sup>Ningún varón de la descendencia del sacerdote Aarón, en el cual haya defecto, se acercará para ofrecer las ofrendas encendidas para Jehová. Hay defecto en él; no se acercará a ofrecer el pan de su Dios. <sup>22</sup>Del pan de su Dios, de lo muy santo y de las cosas santificadas, podrá comer. <sup>23</sup>Pero no se acercará tras el velo, ni se acercará al altar, por cuanto hay defecto en él; para que no profane mi santuario, porque yo Jehová soy el que los santifico. <sup>24</sup>Y Moisés habló esto a Aarón, y a sus hijos, y a todos los hijos de Israel.

Raphael (2008) explica la relación entre las formas estéticas y la divinidad presentes en el apartado bíblico en cita de la siguiente manera:

¿Qué es, entonces, el sacerdocio normal? Es un cuerpo masculino de una determinada ascendencia, sin defecto visible. Incluso entre los sacerdotes, la santidad viene en diferentes grados, entre más discapacidad, menos santidad. ¿Por qué la “mancha” debe ser inversamente proporcional a la santidad? En un culto que evitaba la iconografía visual, los representantes visibles de Dios serían los recintos sagrados y los sacerdotes. Estos elementos de belleza, simetría, y los límites intactos (piel) son representados como santos o más santos, donde la santidad es la propiedad divina definitiva (p. 39)

En el modelo religioso se utiliza con frecuencia la imagen de la discapacidad como enfermedad o tragedia digna de ser curada o redimida por poderes espirituales o mágicos.

Sobre el particular Couser explica:

Los más dramáticos son los casos de aquellos que explícitamente se describen como poseídos por espíritus malignos como se encuentra en el evangelio de Marcos 1-3, 5, 7, 8. Este es presuntamente el origen de la práctica cristiana de la fe sanadora. La buena noticia es que la enfermedad o discapacidad puede ser curada: la mala noticia es que son caracterizadas como una necesidad de limpieza espiritual. Así, este paradigma agrega insulto moral a la lesión física (2010, p. 22).

Lo que se percibe es entonces la anulación del sujeto, la asimilación de la enfermedad como castigo divino, la sacralización de la caridad y la posibilidad de curación bajo el manto de la voluntad divina. Este modelo fue sustituido por la visión biomédica con el advenimiento de la clínica, el desarrollo de la medicina y los modelos estadísticos, pero en particular, por la simbiosis entre la medicina y el derecho entrada la iluminación y la proliferación de la discapacidad física con ocasión de las guerras mundiales del siglo XX. Sin embargo, no puede darse por descontada la influencia del modelo religioso en las sociedades actuales, algunas señales culturales dan cuenta de algunos vestigios de su vigencia, por ejemplo, se han documentado casos actuales de personas con epilepsia, golpeadas y crucificadas para ser exorcizadas. Igualmente, en algunos casos la enfermedad se explica desde una visión moralista, verbigracia, la obesidad, simplificada en muchos casos como consecuencias de la falta de autocontrol (Couser, 2010).

### **Modelo biomédico**

Generalmente, los textos que abordan el modelo médico como objeto de su análisis, presentan reconstrucciones históricas cronológicas en las que se entrelazan las narrativas del esquema de pensamiento y las normas jurídicas que bajo su influencia se construyen.

Como contraste a la norma, este capítulo presenta no solo una narración ordenada de hechos sino, además, a la luz del enfoque genealógico, se pregunta por las “condiciones de aceptabilidad” del paradigma médico y las “líneas de ruptura que marcan su emergencia”, es

decir, los presupuestos que permiten su acogida como modelo determinante de los sistemas jurídicos.

En ese sentido, se plantean dos condiciones fundamentales: (i) la simbiosis entre el saber médico y el jurídico, alianza formada hacia el siglo XVIII bajo la categoría foucaultiana del “poder de normalización” y (ii) la elevación de la discapacidad como problema público como consecuencia de las guerras mundiales del siglo XX.

### ***Primera condición: el poder de normalización***

Los vestigios del modelo médico se remontan al nacimiento de la clínica como institución durante el siglo XVIII. En el texto denominado “De la deformidad”, Francis Bacon planteó por primera vez, contrario a la creencia popular de la época, que la discapacidad no se explicaba por razones metafísicas sino médicas (Couser, 2010).

El paradigma médico intenta “desmitificar y naturalizar” la “anomalía somática”, despojándola de significados morales o metafísicos, caracterizándolo solo como una cuestión científica a investigar y remediar. Se presenta como un modelo aparentemente beneficioso para las personas con discapacidad, antes relegadas a la persecución y ejecución (Couser, 2010, p. 23), no obstante, en realidad engendra una forma más sofisticada de exclusión a partir de la construcción de un binomio de oposición entre lo normal y lo anormal.

El modelo médico debe analizarse, ideológicamente, desde la lógica de la normalidad, tal y como reconoce Yarza (2019) “(...) hablar de discapacidad nos demandará hablar de ideología en sentido amplio, y de ideología de la normalidad con particular profundidad”. Lo “hegemónico” es una construcción discursiva que delimita lo normal y anormal, “así, lo distinto (...) se torna rápidamente sinónimo de lo no deseable, montado sobre una suerte de repertorio de singularidades naturalizadas como inherentes a ciertas experiencias vitales disruptivas” (p. 25).

El ascenso de la clase media en la Europa post feudal, la revolución industrial y el crecimiento de las fábricas implicó un incremento sustancial demográfico en las grandes ciudades. En ese contexto el desarrollo de la estadística fue trascendental como herramienta para llevar el paradigma normalizador al plano de los indicadores y los dígitos. Aquello que se ubica por fuera de la curva de normalidad se rechaza, se presenta “lo anormal como inferior y peligroso para la salud pública” (Couser, 2010, p, 26).

El concepto de normalidad está definido cultural y moralmente; así por ejemplo, al estudiar la significación de la epilepsia entre los indios americanos y poblaciones en Siberia, Ruth Benedict, *apud* Mandujano y Sánchez, (2016) encontró una realidad distinta a la reinante en las culturas occidentales, en las cuales, la epilepsia es una carga social y cultural, algo “anormal” y peligroso. En tales culturas las personas con epilepsia son reconocidas como médiums espirituales, lo que les sitúa en un rol social digno de honra y veneración (2016, p. 339). De igual manera, la homosexualidad fue considerada durante décadas como una conducta patológica, hasta que su eliminación como enfermedad del Manual Diagnóstico y Estadístico en 1974. De igual manera, la sordera, por ejemplo, clasificada desde siempre como una discapacidad, es considerada hoy como un lenguaje e identidad cultural particulares (Couser, 2010).

La atribución lo “normal” o “anormal” responde entonces a un proceso cultural arbitrario, se gesta en un marco de violencia simbólica, en términos Bourdianos, posible por la doble violencia simbólica ejercida por un conocimiento científico sacralizado, propio de las sociedades modernas y la fuerza del derecho. Es esta “degradación de lo normal”, la narrativa principal de los instrumentos internacionales que proliferaron en el siglo XX, centuria en la cual se consolidó el modelo médico como saber único y hegemónico.

En el marco descrito, conviene preguntarse, ¿cuáles son las condiciones que permitieron la consolidación de la ideología de lo normal?, ¿por qué los instrumentos internacionales del siglo XX se encuentran imbuidos por esta visión?

Responder esta pregunta implica adentrarse en las condiciones que auspiciaron la unión entre dos saberes lejanos e incluso antagónicos para el siglo XVII: la ciencia médica y el conocimiento jurídico. El nacimiento de esta alianza y la contemplación jurídica del paradigma de la normalidad está conectado con las transformaciones del iluminismo y la perplejidad del derecho ante los prolegómenos de la razón.

En *Los anormales*, Foucault plantea que antes del siglo XVIII el crimen se explicaba a partir de la demencia, la locura era un requisito *sine qua non* para el juzgamiento. Con el advenimiento de la razón como paradigma del pensamiento occidental moderno, se invirtió el proceso, ahora podría juzgarse solamente el acto comprensible y racional. La demencia pasó a ser razón de inimputabilidad y el crimen debía ser explicado en los parámetros del acto razonable (2007).

La primera categoría, delineada para probar la existencia de razón en la comisión del delito y por ende la ausencia de locura fue el interés. Cometer un crimen motivado por las ansias de dinero, de poder, de venganza o movido por la ira e intenso dolor es un acto racional y por ende reprochable penalmente. La complejidad nacía, y la absoluta desesperación, cuando no había interés alguno en la comisión del crimen, ¿cómo explicar un crimen sin interés? ¿cómo demostrar que se es razonable si se mata sin motivo? Los tribunales franceses enfrentaron esta hesitación ante el caso de Henriette Cornier, una mujer que se hizo contratar como niñera para matar a la niña cuyo cuidado se le encomendó, sin ningún interés aparente, al ser preguntada por el móvil simplemente respondió, era una idea que simplemente no pudo sacar de la cabeza (Foucault, 2007).

Los crímenes cometidos sin interés aturdieron al sistema judicial, ¿cómo juzgar a quien no tiene interés racional en cometer un crimen? ¿cómo demostrar demencia en una persona que hasta el momento de la comisión del crimen no mostraba ningún signo de locura?. El derecho penal entró en crisis y la psiquiatría (ciencia en desarrollo) entró en rescate, se presentó como única capaz de resolver estos casos sin respuesta e incomprensibles. El sistema judicial le encomendó la tarea de diagnosticar o descartar la locura, de definir si el criminal mostraba vestigios de razón al momento de cometer el crimen o si simplemente se trataba de un acto

irracional, digno de inimputabilidad y reclusión en un centro de atención mental. A partir de sus métodos y su incipiente nosografía, la psiquiatría cumplía el cometido encomendado, tan esquivo para el juez y para el derecho (Foucault, 2007).

La pericia médica se erigió como elemento fundamental en las causas criminales, no obstante, las pericias estaban lejos de diagnosticar enfermedades o responsabilidades, sus narrativas ponderaban principalmente conceptos morales, se condenaba lo pervertido en el sujeto, lo peligroso, lo distinto, lo anormal. Los signos de la locura eran a saber, ser gay, pobre, provenir de barrios peligrosos, haber abandonado previamente los hijos, ser adultero, ser maleducado, orgulloso, pillo, holgazán; el objeto de estudio estaba lejos de la oposición entre lo enfermo y lo sano, su preocupación eran lo pervertido y lo peligroso (Foucault, 2007).

La simbiosis entre derecho y psiquiatría, podría decirse derecho y medicina (aunque la psiquiatría no fue originalmente considerada una rama de la medicina sino de la higiene pública, lo cual, en gran parte explica sus narrativas excluyentes y discriminatorias), se concretó en la “pericia médica” dotada de voz y poder en el escenario judicial y construyó lo que Foucault denomina el “poder de normalización”:

La pericia médico legal no se dirige a delincuentes o inocentes, no se dirige a enfermos en confrontación con no enfermos, sino a algo que es, creo, la categoría de los anormales, o si lo prefieren es en ese campo no de oposición sino de gradación de lo normal a lo anormal donde se despliega efectivamente la pericia médico legal.

La fuerza, el vigor, el poder de penetración, y conmoción de esa pericia con respecto a la regularidad de la institución jurídica y la normatividad del saber médico obedecen precisamente al hecho de que les propone conceptos distintos, se dirige a otro objeto, trae consigo técnicas que son otras y constituyen una especie de tercer término insidioso y oculto, cuidadosamente encubierto, a derecha e izquierda, a una y otra parte, por las nociones jurídicas de *delincuencia*, *reincidencia*, etcétera, y los conceptos médicos de *enfermedad*, etcétera. Propone, en realidad, un tercer término; es decir que compete de manera verosímil – y es esto lo que querría mostrarles – al funcionamiento de un poder

que no es ni el poder judicial y ni el poder médico: un poder de otro tipo que yo llamaría, provisoriamente y por el momento, poder de normalización (2007, p. 49).

Los dictámenes médico legales de la época no hicieron algo distinto a criminalizar la otredad, como advierte Foucault, “dentro de la psiquiatría, el peligro social se codificará como enfermedad” (2007). A propósito de esta cuestión, el pensador francés precisa:

A causa de ello, la psiquiatría podrá funcionar efectivamente como ciencia médica encargada de la higiene pública. Asimismo, en la segunda mitad del siglo XIX, encontraremos una noción tan masiva como la monomanía, que en cierto sentido desempeña el mismo papel con un contenido muy diferente: la de *degeneración*. Con ella tenemos una manera determinada de aislar, recorrer y recortar una zona de recorrido social y darle, al mismo tiempo un *status* de enfermedad, un *status* patológico (p. 117).

De esta manera, la noción de normal o anormal está imbuida, desde sus inicios, por temor a la alteridad y en especial los riesgos que engendran los estereotipos sobre la locura, en ese sentido, su mayor expresión es el miedo latente al crimen sin razón. El rol preponderante de la psiquiatría y la experticia médica como aliadas del sistema judicial, forjó el terreno perfecto para legislar el temor a lo anormal y engendrar sistemas eugenésicos que aplaudieron la esterilización y tortura de personas con discapacidad.

El paradigma se extendió a otras constelaciones, con el advenimiento de las guerras mundiales y la proliferación de personas mutiladas por la guerra, pavimentó el camino hacia la idea que fecunda los instrumentos internacionales y legislaciones nacionales del siglo XX: la existencia de personas aptas para trabajar, normales bajo la égida de la medicina, y otras carentes de oportunidades en el mercado laboral competitivo.

## **Segunda condición: La discapacidad como problema público en el marco de la posguerra**

Siguiendo la línea propuesta, se plantea que el modelo médico se consolidó como respuesta al incremento de la población con limitaciones físicas producto de los horrores de la primera y la segunda guerra mundial. Las relaciones y tensiones entre los agentes internacionales, sus discursos y propagandas son ampliamente analizados por Gildas Brégain, historiador de la discapacidad, de quien se toman algunas ideas para los efectos de este estudio.

Entre la primera y segunda guerra mundial, la preocupación principal de las organizaciones internacionales fue el abultado número de “mutilados” y veteranos de guerra. Se hablaba de entre seis y siete millones de personas víctimas de la primera guerra mundial, quienes se organizaron colectivamente y alcanzaron niveles importantes de participación. En sus demandas, reclamaban la contratación obligatoria de veteranos de guerra tanto en el sector público como privado. Su lucha se enfocó en la reinserción laboral. En este contexto, países como Francia, Alemania, Austria, Italia y Polonia expedieron normas (entre 1916 y 1924) que ordenaban su vinculación en el ámbito público y privado, no obstante permitían la reducción de la remuneración a los “mutilados” menos productivos (Brégain, 2022).

La acción descoordinada de las organizaciones intergubernamentales no trajo mayores avances sino hasta terminada la segunda guerra mundial. Hacia 1952, en el seno de la ONU, se lanzó un programa internacional coordinado de rehabilitación de personas con discapacidad física que luego se extiende a la discapacidad mental. La rehabilitación, eje central del programa, se definió como el “(...) conjunto de las practicas destinadas a permitir a las personas con una discapacidad física o mental ‘recuperar el máximo de sus capacidades físicas y mentales y reintegrarse en el papel social, profesional y económico que pueden desempeñar’” (Brégain, 2022, p. 26).

La rehabilitación se entronizó como eje fundamental de la política internacional en materia de discapacidad durante el siglo XX.

El esquema rehabilitador se distingue por su visión liberal del mercado laboral, su restricción a la imposición del sistema de cuotas en el ámbito privado, la idea de la potencial productividad de las personas con discapacidad, el empleo selectivo para personas “funcionales”, la implementación de “talleres protegidos” o “empleos protegidos” (sheltered employment) para personas con discapacidad no “reeducadas” o rehabilitadas<sup>2</sup>, es decir, poco productivas y por la promoción de la “movilidad” y competiciones deportivas. Las políticas descendieron del plano internacional al nivel local en forma de recomendaciones (vinculante en la práctica) o en forma de normas de obligatorio cumplimiento (Brégain, 2022, p. 28).

En 1944, la OIT propuso a la Conferencia Internacional del Trabajo la emisión de una recomendación con precisas consideraciones sobre rehabilitación profesional, reserva de empleos y deberes de cara a la empleabilidad a todas las clases de discapacidad (Brégain, 2022). Fue así como se expidió la Recomendación 71 (Conferencia Internacional del Trabajo, 1944) cuyo título X se denominó “Empleo de trabajadores inválidos”. El citado acápite se aproxima al empleo de las personas con discapacidad a partir de cinco aspectos fundamentales: (i) “formación profesional y colocación de inválidos” sobre la capacidad de trabajo, cualquiera que sea el origen de la invalidez, (ii) colaboración entre los servicios médicos y los servicios de formación profesional y colocación de “inválidos”, (iii) especialización de los servicios de orientación profesional a fin de establecer la capacidad del trabajador y el “género de empleo” más apropiado, (iv) igualdad de oportunidades para el acceso al empleo y (v) ubicación de las personas con discapacidad no reeducadas para un empleo “normal” en centros especiales con el fin de que desempeñen un empleo “útil”.

Un año después, en 1945, la Comisión para el Empleo del Consejo de Administración de la OIT preparó un informe sobre el acceso al empleo de “inválidos”. El informe se enfocó en un sistema de empleo selectivo, es decir, la adjudicación “cuidadosa” del empleo teniendo en cuenta la capacidad del trabajador y las necesidades del empleo, para que la discapacidad (disability) no se convirtiera en una desventaja (hándicap). Este método, inventado en la década de los veinte, se popularizó en los años cuarenta con ocasión del refinamiento de los

---

<sup>2</sup> Centros en los cuales las personas con discapacidad trabajan aisladas en ausencia de las condiciones laborales que los trabajadores sin discapacidad detentan.

métodos estadísticos. El informe contenía consideraciones sobre el sistema de cuotas, destacando su “inutilidad”, teniéndolo como contraproducente y contrario al sistema de colocación selectiva. Igualmente, el informe propugnaba por la promoción de las capacidades profesionales, la reducción de indemnizaciones laborales para promover el empleo de personas con discapacidad y la vinculación de estas como trabajadores independientes, dada su presunta imposibilidad para el cumplimiento de horarios y el mantenimiento de regímenes disciplinarios estrictos en el trabajo (Brégain, 2022).

En ese contexto, la OIT expidió la Recomendación 88 de 1950 sobre formación profesional. En el acápite V, sobre “Formación profesional de los Inválidos” se prescribe la garantía de acceso a medios de formación para personas con discapacidad, siempre que haya posibilidades “razonables” de empleo y formación profesional. La colocación selectiva en el trabajo, previa consulta médica es la medida adoptada. Se propugna por el control médico durante la formación y la idea de lograr que los “inválidos” sean aptos para trabajar “normalmente, en condiciones de igualdad con los trabajadores hábiles, si fuere capaz de hacerlo” (OIT, 1950).

Destaca Brégain (2022) que, en la década de los años 50 y 60, las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales, dirigieron sus iniciativas a la legitimación de especialidades médicas que permitieran desarrollar el paradigma rehabilitador, verbigracia la terapia ocupacional y la fisioterapia (en 1944 había sido fundada la Sociedad Americana de Medicina Física).

En ese contexto, en 1951, el concepto de discapacidad se refundaba bajo el reinado del modelo rehabilitador y el sistema económico liberal. En ese sentido, el Grupo de Trabajo Técnico en Rehabilitación de los Discapacitados (Technical Working Group on the Rehabilitation of the Handicapped) promulgó una lista de principios que permitían pensar una “nueva concepción de la discapacidad”. El punto central era el “futuro prometedor” que la ciencia médica ofrecía a los “discapacitados”. Así, la rehabilitación se exaltaba como medio para que las personas con discapacidad pudiesen ser productivas e interactuar en condiciones de igualdad con quienes no tienen una discapacidad. En esa lógica del mercado, los cuerpos “inútiles” dejaban de serlo

si se prestaban a la explotación comercial, como sucedía en la industria farmacéutica (Yarza, 2019).

Se hablaba también del carácter “perturbador” o doloroso de la discapacidad y se recomendaba la asistencia psicológica. Se planteó la necesidad de incorporar servicios de rehabilitación en todos los sistemas sanitarios, motivo por el cual, a partir de 1954, Naciones Unidas dedicó sus energías y recursos a la promoción del nuevo concepto de discapacidad, a través de folletos, monografías y estudios. Lo mismo hizo la OIT en la década de los setenta, momento histórico en el cual perdió su prevalencia en el campo, cediendo terreno ante la Organización Mundial de la Salud quien expandió la citada “visión moderna” de la rehabilitación a los países en desarrollo (Brégain, 2022).

La rehabilitación fue sinónimo de lucha contra la discapacidad. En 1957, en el Séptimo Congreso Mundial de la Sociedad Internacional por el Bienestar de los Lisiados celebrada en la Iglesia (Seventh World Congress of the International Society for the Welfare of Cripples held at Church House) se dirigió la mirada a la derrota de la “invalidez”, estrategia propagandista del poder de la normalización (Brégain, 2022).

En 1967, como parte de la dinámica en cita, en el simposio organizado en Estocolmo por la Liga Internacional de Asociaciones de Ayuda a los Discapacitados Mentales, se tomó la decisión de medir la inteligencia y en particular de los retardos bajo el guarismo del consiente intelectual (IQ), en los rangos: 0-17 (retardo profundo), 18-34 (retardo severo), 35-51 (retardo moderado), 52-67 (retardo leve) (pp. 27 y 28); agregando patrones numéricos a la estigma ya existente sobre las personas con discapacidad mental (Yarza, 2019).

Para el mismo año distintas ONG advirtieron la necesidad de contar con normas más vinculantes a nivel internacional para reivindicar los derechos de la población con discapacidad. Así se produjeron cambios importantes; en 1971 se expidió la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental y en 1975 se expidió la Declaración de los Derechos de los Impedidos. Estos instrumentos, por primera vez, atribuyeron a las personas con discapacidad

y en particular con discapacidad mental<sup>3</sup>, la calidad de sujetos de derecho desde una visión individualista (Brégain, 2022).

El reconocimiento de derechos no fue pleno y por el contrario fue fiel a la idea de rechazo general de la discapacidad. La Declaración de los Derechos del Retrasado Mental condicionó el goce de derechos al “grado máximo de viabilidad” y se concentró principalmente en el derecho al tratamiento médico y la rehabilitación. Adicionalmente, estableció, para las personas con discapacidad, el derecho a un nivel “decoroso” de vida y a vivir con la familia aunado al hecho de recomendar la restricción de sus derechos cuando fuese necesario mediante sistemas sustitutivos de la voluntad (Naciones unidas, 1975).

Así las cosas, en las Declaraciones de los Derechos del Retardado Mental (1971) y de los Impedidos (1975): “La rehabilitación, la ayuda social/estatal, y la sobre-adaptación para alcanzar la normalidad y superar la discapacidad serán los modos de alcanzar la integración social. Es decir, se trata una reproducción plena de la ideología de la normalidad” (Yarza, 2019).

Por su parte, la OIT también expidió normas de reconocimiento limitado, así, profirió los convenios 159 y 167 en materia de rehabilitación y condicionó su obligatoriedad a las posibilidades y recursos económicos de los países (Brégain, 2022).

Por lo anterior, para Brégain, los instrumentos emitidos por todas las Organizaciones Internacionales, durante las décadas de los sesenta y setenta, representan un modelo liberal del trabajo, es decir, caracterizado por su enfoque individualista, con primacía de los derechos civiles y políticos por encima de los económicos, sin obligatoriedad, condicionada a las “posibilidades y recursos” de los países” (2022).

A pesar de que el modelo médico dominó la escena mundial desde el siglo XIX, alcanzó su punto más álgido hasta 1980 cuando tuvo lugar la expedición de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud, texto que sirvió de base para el desarrollo de las políticas públicas de los países desarrollados y en

---

<sup>3</sup> Olvidados hasta el momento por políticas internacionales enfocadas principalmente en discapacidades físicas

desarrollo. El sistema contempla tres categorías: (i) la deficiencia o limitación física, mental o funcional (impairment), (ii) la discapacidad (disability) la restricción o falta de habilidad para ejecutar una determinada actividad de manera “normal” y (iii) la desventaja (hándicap) social o económica causada por la discapacidad que impide la normal interacción de la persona en sociedad. El modelo se modificó en el seno de la OMS en el año 2002, cuando se expidió la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, en el cual, nuevamente contempló las tres categorías de la clasificación inicial, pero con alguna que otra variante. En ese sentido, el impedimento “impairment” siguió atado a la limitación corporal o mental, la discapacidad “disability” por su parte se refirió como la actividad o la imposibilidad de desempeñarla, y la minusvalía “hándicap” fue definida en términos de participación. Con todo, a diferencia del modelo original, el nuevo esquema reconocía alguna incidencia de los factores sociales y culturales con los cuales interactúa la persona con discapacidad, aunque con desde una mirada individualista, haciendo caer el peso de la discapacidad sobre la persona y no sobre la sociedad (Barnes, 2003).

Como corolario de lo anterior, es dable afirmar que el modelo médico se consolidó por las dinámicas sociales y culturales del siglo XX y las consecuencias de las dos guerras mundiales, a partir de las cuales se hizo visible la discapacidad como problema social relevante. Las construcciones normativas, políticas internacionales y discursos robustecieron el ideal de lo normal, erigiéndolo como aspiración posible a través de tratamientos rehabilitadores, en los cuales se concentraron los esfuerzos y recursos de los agentes internacionales y de contera de los sistemas jurídicos y políticos nacionales.

### ***Crisis del modelo médico***

Son innegables los aportes de la ciencia médica, en particular se reconoce su aporte para hacer posible la vida en escenarios anteriormente considerados como fatales. Sin despecho de lo anterior, se ha visto, que los descubrimientos médicos vienen acompañados en una gran cantidad de ocasiones de prejuicios. Por ejemplo, Bacon planteó el síndrome X de personalidad, según el cual, las personas con deformidades tenían dos clases de personalidad, por un lado, los que se superan (overachiever) y por otro los que viven frustrados, los “lisiados

desviados". En igual sentido, los dictámenes psiquiátricos analizados por Foucault se enfocaron en la ponderación de categorías morales. En muchos casos, la medicina explica ciertas condiciones, "psicologizandolas", en una forma parecida al modelo simbólico o religioso, pero con el respaldo autoritario de la ciencia (Couser, 2010, o. 24 y 25).

Para Oliver (1990) el principal defecto del modelo consiste en la confusión que conlleva asociar el concepto de discapacidad a la categoría "enfermedad". La discapacidad es un estado social o condición social de largo plazo, no una definición científica o médica. Así, el problema consiste en que los médicos dediquen sus conocimiento y capacidades para tratar la discapacidad y no la enfermedad, asociada o no a una discapacidad, habida consideración que las condiciones sociales que "discapacitan" no son de naturaleza científica.

En ese orden de ideas, los profesionales de la salud deben dedicar sus esfuerzos al tratamiento y cura de enfermedades, se relacionen o no a una discapacidad, más no están llamados a tomar decisiones sobre las vidas de personas con discapacidad: "donde deben vivir, si deben trabajar o no, a qué clase de escuela deben asistir, qué clase de beneficios o servicios deben recibir y en el caso de los no nacidos, si deben vivir o no" (Oliver, 1990, p. 4).

La clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías de 1981, manual por excelencia del modelo, ha sido blanco de críticas en el corazón del activismo por perpetuar la visión de la discapacidad como una degradación de lo normal. En ese sentido, en dicho protocolo, la discapacidad se define como la imposibilidad de ejecutar tareas de manera "normal" en un contexto determinado ante lo cual se aplica el remedio de la rehabilitación. Esa clasificación lleva a concluir que las limitaciones o características físicas, mentales o funcionales son maleables y por el contrario, las instituciones e infraestructuras sociales son rígidas, de ahí que la persona deba adecuarse al contexto y no el contexto a la persona. El esquema elaborado por la OMS en el 2002, si bien presenta una mejora importante, en la medida en que reconoce los factores sociales y culturales que influyen en las cuestiones relativas a la discapacidad, sigue percibiendo el fenómeno como un asunto individual y pocas luces arroja para tratar o atacar tales factores exógenos (Barnes, 2003).

Los programas de rehabilitación son vistos, por los autores más radicales del modelo social, como “chistes enfermos” en la medida en que “medicalizan” la discapacidad y someten a personas con limitaciones bajo tratamientos creados para satisfacer estereotipos, olvidando que las causas más importantes de esas limitaciones son la “pobreza, bajos niveles sanitarios, dietas pobres, polución, accidentes de tránsito, violencia y guerras” (Barnes, 2003).

Así las cosas, el modelo médico ha sido blanco de críticas feroces por parte de los movimientos sociales de la discapacidad, por la construcción de un relato de tragedia, de enfermedad, de cura, tortura y exclusión. Es en el seno de tales críticas en donde se gestó el modelo social como esquema analítico contestatario y emancipador.

## **Modelo social**

### ***El concepto de discapacidad en el paradigma social***

El modelo social como forma de interpretación de la discapacidad comenzó a ganar terreno en 1974, siete años antes de la publicación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (Barnes, 2003).

Las luchas de las personas con discapacidad adquirieron visibilidad a través los planteamientos de Erving Goffman sobre la construcción social del estigma y de Robert Scott en torno a la “fabricación del conocimiento médico sobre la dependencia de las personas con discapacidad” y la relevancia de aspectos de la discapacidad en el ámbito social (Ville *apud* Yarza, 2019).

Los estudios de la discapacidad nacieron como producto de las luchas del movimiento de vida independiente en los Estados Unidos y de la Unión de Personas con Limitaciones en contra de la Segregación (UPIAS - Union of Physically Impaired Against Segregation) en el reino unido (Yarza, 2019). Este colectivo en particular, planteó categóricamente que la discapacidad es algo impuesto de una forma en la que innecesariamente se aísla a las personas y se les excluye de toda participación (Oliver, 2009).

Sobre el particular, se lee en el manifiesto de UPIAS, lo siguiente:

Nuestra posición sobre la discapacidad es clara, y está en línea con nuestros principios. En nuestra visión, es la sociedad la que discapacita a las personas con limitaciones físicas. La discapacidad es algo impuesto por encima de nuestras limitaciones, de paso, nosotros somos innecesariamente aislados y excluidos de la participación plena en sociedad. La población discapacitada es entonces un grupo oprimido de la sociedad (1975).

En este enfoque posestructuralista, dice Couser (2010), la “limitación” se encuentra en el cuerpo, la discapacidad en el contexto social y cultural. Mandujano y Sánchez parten de la visión aristotélica del ser y logran definir categóricamente el concepto de discapacidad desde el modelo social: “Si aceptamos que el hombre en su naturaleza es un ser social, la ‘limitación en la participación social’ de un segmento creciente de la humanidad, es un verdadero hándicap, es decir, una condición invalidante, (...)” (2016, p. 348). De esta manera, la discapacidad “es una categoría que solamente puede ser entendida en un marco que sugiere que es culturalmente producida y socialmente estructurada” (Oliver *apud* Rimmerman, 2013).

Desmarcar la discapacidad de la limitación o impedimento, explica por qué un caso el de Christopher Reeve es causa de indignación en el foco del activismo. La defensa de los derechos del actor se enfocó en buscar una cura para su lesión de espina dorsal que en remediar las formas en que las personas con parálisis sufren restricciones sociales y culturales. “Incluso si la investigación encuentra una cura para la lesión de espina dorsal, la cual es ciertamente deseable, ello no hará obsoletas las rampas, porque la parálisis tiene muchas causas” (Couser, 2010: 24). Según Oliver, “desde la perspectiva del modelo social, demasiado se invierte en intervenciones individualmente consideradas con cada vez menos retorno” (2009, p. 45).

Así las cosas, la discapacidad puede definirse como la sumatoria de dos elementos, la limitación física o mental, por un lado, y las barreras de acceso a la participación plena en sociedad por el otro. Los esfuerzos de los modelos anteriores, religioso y médico, se

concentraron en malear el primer elemento de la ecuación, este es, el sujeto con discapacidad, el modelo social a contrapelo, se concentra en eliminar el segundo componente, este es, la barrera de acceso a la participación.

### ***Consolidación del modelo social en el plano normativo internacional***

A pesar de los avances en el reconocimiento de algunos derechos durante el siglo XX, especialmente en el plano de la educación, no se consideró a las personas con discapacidad como sujetos plenos de derechos civiles sino hasta la expedición de la norma norteamericana sobre discapacidad (American Disabilities Act) en 1990. Rimmerman destaca: “Esta histórica ley federal contra la discriminación aseguró igual acceso a oportunidades de empleo y espacios públicos para personas con discapacidad. Con esta norma, el Congreso, identificó la participación plena, inclusión e integración de personas con discapacidad como objetivo nacional” (Rimmerman, 2013, p. 21).

En diversas latitudes se produjo un proceso similar (Israel, Gran Bretaña, entre otros); esta tendencia y la presión de los movimientos sociales hicieron relevante en el debate público internacional la necesidad de expedir una norma vinculante para los Estados, con obligaciones y objetivos públicos precisos.

Así, en el año 2006 se expidió la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad, primer tratado de derechos humanos del siglo XXI, ratificada a la fecha por 196 países incluido Colombia, siendo la primera norma internacional vinculante que elevó la cuestión de la discapacidad al plano de los derechos y abandonó la visión caritativa, residual y excluyente de las Declaraciones del Impedido y del retardado mental de la década de los setenta.

Esta convención fue más allá en el reconocimiento de derechos, en varios aspectos, si se compara con el arquetipo normativo norteamericano de 1990 (American Disabilities Act), pero sin duda, el punto más innovador está previsto en el artículo 12 del instrumento, en virtud del cual se reconoce igual capacidad jurídica - de ejercicio - a las personas con discapacidad, obligando a los Estados a abandonar los sistemas de sustitución de la voluntad hasta ahora

construidos como el de interdicción para garantizar el ejercicio pleno de la voluntad como elemento clave para la creación de relaciones jurídicas..

Sin duda, la Convención estuvo influenciada por el modelo social, tal y como destacan Lawson y Angharad. En su concepción, si bien el modelo fue entendido de distintas formas por los involucrados, es innegable que sirvió de marco de referencia estructural, de ello dan cuenta los informes presentados por las delegaciones de países y los documentos redactados por la Comisión Ad Hoc (2021).

En el proceso de diseño de la convención, el modelo social sirvió como herramienta para la reducción de la desigualdad; se estipularon en ese sentido cuatro derechos fundamentales: prohibición de detención involuntaria, capacidad legal (explicado anteriormente), educación y rehabilitación. Este último aspecto causó controversia, en la medida en que ha sido clasificado como característico del modelo médico, tal y como se ha descrito en este estudio. Con todo, el concepto de rehabilitación se acerca más al derecho a la educación que al de salud (Lawson y Angharad, 2021).

El modelo jugó un rol fundamental para la construcción del concepto de discapacidad. India, Jordania y Yemén propusieron la mención explícita del modelo en la Convención, moción que no tuvo éxito dado que nos e hace referencia concreta a este en el instrumento. Con todo, China formuló una definición de discapacidad refiriéndose a ella como un estado de participación restringida resultante de la interacción entre una persona con deficiencias y las barreras del medio; este significado, con algunos ajustes, finalmente se consagró en el texto de la Convención. Esta definición ha sido asociada a las teorías del modelo social aunque con una variante terminológica importante; se adoptó el término “personas con discapacidad” (People with Disabilities), categoría ajena a las teorías clásicas del modelo. En efecto, los precursores del mismo previeron dos categorías fundamentales: personas con limitaciones funcionales, físicas o mentales (people with impairments) y “personas discapacitadas” (disabled people), es decir, personas víctimas de opresión por restricciones y barreras impuestas por la sociedad (Lawson y Angharad, 2021, p. 356).

Sobre el particular, Barnes confirma que al interior del movimiento que introdujo el modelo social en la década de los setenta, el término “personas con discapacidad” no estaba contemplado, y por el contrario confunde la visión biológica de la limitación (impairment) con el cariz social de la discapacidad (disability). Así, a la luz del modelo social en estricto sentido, no hay personas con discapacidad, sino personas con limitaciones físicas, mentales o funcionales que son sometidas a dinámicas opresoras y por lo tanto “discapacitantes”, de ahí el término de personas discapacitadas (disabled people) en el sentido opresivo de la expresión (2003).

Barnes aclara:

Claramente, la conceptualización médica de limitación física ha sido mantenido en contraste a la definición de discapacidad en términos socio-políticos. Este enfoque hace que el uso de la frase “personas con discapacidades” sea problemático dado que oscurece el crucial concepto y la distinción analítica entre lo biológico y lo social. Esto ha sido causado considerablemente fuera de Gran Bretaña desde que varios países no angloparlantes no tienen equivalentes o no están contentos con el término “impairment”. La confusión es extendida por la tendencia al interior de académicos y profesionales en ignorar las implicaciones teóricas e investigativas del constructo de UPIAS (2003, p. 13).

Morris, (*apud* Barnes 1993), aclara la diferencia terminológica de la siguiente manera: “la inhabilidad para caminar es una limitación, mientras que la inhabilidad para entrar a un edificio porque su entrada está hecha de escaleras es una discapacidad (...)” (2003, p. 14).

En el plano jurídico colombiano, la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad fue acogida con la expedición de la Ley 1346 de 2009, y fue ratificada el 10 de mayo de 2011. Paradójicamente, la Ley 1346 de 2009 se promulgó el mismo año en que se expedía la Ley 1306 de 2009, norma que perpetuaba el sistema de sustitución de la capacidad en el marco de la figura de “incapacidad jurídica”, absoluta y relativa.

Como consecuencia de los compromisos adquiridos por Colombia se expidieron dos normas fundamentales a saber: la Ley 1618 de 2013, norma estatutaria de la Discapacidad y, en el marco de lo dispuesto por su artículo 21, el Congreso promulgó la Ley 1996 de 2019, norma que hizo realidad el postulado de plena capacidad jurídica de ejercicio y abandonó el modelo de sustitución de la voluntad que se concretaba a través de la figura de la interdicción.

Desde nuestra perspectiva constitucional, el modelo social, inserto en nuestro bloque de constitucionalidad (Corte Constitucional, C-052 de 2021), se concreta en cuatro principios de orden superior a saber: autonomía individual, independencia, dignidad humana inherente e igualdad (Corte Constitucional, C-098 de 2022)<sup>4</sup>.

### **Críticas al modelo social**

Dos décadas atrás inició un proceso de transformación de los estudios de la discapacidad y se gestaron algunas críticas al modelo social. Principalmente, se han reconocido tres críticas puntuales:

1. En primer lugar, se ha criticado al modelo médico por su desconexión con el saber médico y la sospecha que crea en torno al conocimiento científico (Rimmerman, 2013).

En ese sentido, Tom Shakespeare (*apud* Mandujano y Sánchez, 2016, p. 340) critica la postura ortodoxa del modelo, le acusa de crear suspicacias sobre la medicina y las posibilidades que ofrece. Así, reivindica los beneficios inherentes a los planes rehabilitación y narra su satisfacción al ver una mejora en sus condiciones de vida como consecuencia del acceso a tratamientos, terapias y buenas prácticas del sistema de salud (citado por Mandujano y Sánchez, 2016, p. 340).

<sup>4</sup> Sobre el particular, la Corte Constitucional indicó:

La Convención de Derechos de Personas con Discapacidad tiene como objeto “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, incluidas las que tienen deficiencias sensoriales tales como las personas con discapacidad visual (art. 1), para asegurar el respeto de su **dignidad inherente, su autonomía individual y su independencia** (art. 2), mediante la realización de ajustes razonables (art. 5) (Corte Constitucional, C-098 de 2022).

Se critica la postura sesgada de la discapacidad como constructo exclusivamente social, habida cuenta que en dicha categoría convergen elementos de distintas clases. En esta línea Shakespeare y Watson, citados por Barnes (2003, p. 14), dudan de “la distinción entre limitación y discapacidad” por ser “insostenible, poco práctica, y representa un anticuado dogma que debe ser abandonado. Bajo su perspectiva, la discapacidad es una compleja relación dialéctica de factores biológicos, psicológicos, culturales y sociopolíticos (...)” que requiere de intervenciones holísticas o integrales desde tales áreas de pensamiento y tratamiento.

En igual sentido, Mandujano y Sánchez reivindican el carácter neutral de la medicina. En su sentir, el diagnóstico es un ejercicio científico despojado de juicios de valor, no ven en su ejercicio dinámicas excluyentes que el modelo social le atribuye (2016).

Las diversas investigaciones citadas en el presente estudio reflejan una realidad distinta a la aparente neutralidad del saber médico. Adicionalmente, la crítica del modelo social no apunta a la medicina en sí misma considerada, son las narrativas del modelo médico, las que se tildan de excluyentes. Ningún autor del modelo social niega los avances de la medicina, por el contrario, se propugna por el reconocimiento de derechos en el área de la salud, para todas las personas, no solo con discapacidad. En ese orden de ideas, lejos de una crítica al saber médico, ontológicamente considerado, es una oposición a su hegemonía como único discurso válido para describir la discapacidad y determinar el destino de las personas con discapacidad. Así, el modelo social es una respuesta colectiva e individual de las personas con discapacidad cuyo propósito fundamental consiste en “politizar” las cuestiones relativas a la discapacidad en aras de crear principios y reglas generales que conduzcan a una integración plena incondicional, sin ser sometida a valoraciones científicas, dictámenes, permisos o habilitaciones contrarias al principio de dignidad humana inherente (2003).

Por esta razón, a la luz de los argumentos expuestos con anterioridad, se considera este punto aclarado con amplitud. No sucede igual con los dos puntos críticos que se exponen en los puntos dos y tres del presente acápite, sobre los cuales se construye la necesidad de ir más allá del modelo social para encontrar respuestas diversas a la cuestión de la discapacidad.

2. En ese sentido, también se ha acusado la limitación del modelo social al no describir una teoría de la discapacidad. La crítica es incluso aceptada por Mike Oliver; en su texto *Entendiendo la discapacidad* (Understanding the disability), en el cual, acepta que el modelo social no es una teoría académica, por el contrario, responde más a la categoría de “herramienta”, un martillo que permite romper las estructuras discapacitantes.

3. Por último, se acusa una ausencia de enfoque interseccional, no tiene en cuenta que al interior de la población con discapacidad existe diversidad por razones de género, raza y orientación sexual, elementos identitarios que crean experiencias distintas de opresión y que merecen un trato diferenciado. En ese sentido, se ha identificado “(...) su falta de relación con las formas múltiples de opresión, tales como racismo, sexismo u homofobia”, por lo cual, cada día toma más fuerza la necesidad de analizar la discapacidad desde un plano interseccional (p. 357).

Estas últimas dos críticas dan origen a la necesidad de analizar la discapacidad a partir de constelaciones distintas, desde la órbita de la teoría, y la segunda, desde los postulados del análisis a partir de las intersecciones.

## **MÁS ALLÁ DEL MODELO SOCIAL, TEORÍA E INTERSECCIONALIDAD**

En el presente acápite se profundizan dos dimensiones olvidadas por el modelo social. Por un lado, se incursiona en el plano de la teoría, específicamente se discute la importancia de la teorización como respuesta social, a partir del concepto de violencia simbólica, y se presenta la teoría de las capacidades desarrollada en el ámbito de la teoría política.

Por otra parte, se aborda la necesidad de analizar las intersecciones que se presentan entre la discapacidad y características tales como el género, la raza y la orientación sexual, al reconocer las múltiples identidades que confluyen en el sujeto con discapacidad, concurrencia que demuestra la existencia de diversas experiencias y la necesidad de tratamientos diferenciados.

## ¿Es necesario teorizar sobre la discapacidad?

El modelo social no es una teoría de la discapacidad, es una herramienta de emancipación, su propósito es “politizar” la discapacidad, hacerla visible como un asunto social y no un tema de teorización académica.

Conviene preguntarse, ¿es importante elevar la discapacidad al plano de la teoría? ¿qué hace una teoría y cuál es su relevancia social? y como se dijo al principio, ¿es importante crear teorías de la discapacidad?

Ochoa (2012), en un análisis de los postulados de Bourdieu, precisa que el interés principal del campo científico es “encontrar representaciones acerca de la realidad y estipularlas como verdad”; se construye un “monopolio de la realidad” posible solo “(...) cuando se crea una frontera entre quienes pueden entrar en el juego y quienes son excluidos de este. La mejor forma de hacerlo es a través de una barrera lingüística que, sin necesidad de parecer violenta, excluya y demuestre que quienes están fuera del campo tienen una visión vulgar opuesta a una visión sabia de quienes están adentro” (p. 87).

Durante tres siglos el monopolio de la verdad en el ámbito de la discapacidad ha sido detentado por la ciencia médica, sus hallazgos y conclusiones han dado forma a la realidad y se han impuesto gracias a la validez que, *per se*, se otorga al conocimiento científico. En su sabida hegemonía, la medicina se ha abrogado la prerrogativa de determinar cuáles visiones son aceptables y cuáles carecen de legitimidad.

La manera en que el campo científico sea sobrepuesto a otros constituye, en términos Bourdianos, violencia simbólica. Esta tiene lugar:

(...) cuando unas creencias socialmente inculcadas generan la percepción de que son superiores a otras de una forma natural y no debelan el proceso social, cultural y simbólico, por medio del cual se posicionaron sobre ellas. Mediante la violencia simbólica, el conocimiento científico se ha afirmado como superior a cualquier otro; sin embargo, esto

no es más que una percepción afirmada como verdad desde el campo científico y naturalizada, al punto de que los saberes dominados lo asumen también como su verdad en un acto, como dice Bourdieu, casi mágico, que es eficaz pues sus principios de visión y de división están ajustados a los preexistentes en el orden social (Ochoa, 2012, p. 89).

Esta clase de violencia es exitosa cuando los agentes dominados aceptan el carácter universal del conocimiento científico, así sus conclusiones sean meramente parciales (Ochoa, 2012).

No se niega el avance que supuso para la humanidad el desarrollo del conocimiento médico, se cuestiona su hegemonía, se critica su carácter monopolístico a partir del cual se presentan verdades parciales como dogmas universales y se deslegitiman otras visiones sobre la discapacidad.

En ese contexto, elevar la discapacidad al plano de la teoría implica, entrar en la lucha por las clasificaciones para diseñar una nueva realidad, generar un “efecto de teoría”, definido como un “proceso con un efecto político, que radica en mostrar una ‘realidad’, ‘que no existe completamente mientras no se le conozca y reconozca” (Bourdieu *apud* Ochoa, 2012, p. 90). La entronización de un nuevo modelo, social o de los derechos humanos, necesariamente implica restar el papel monopolístico de la ciencia médica a la hora de producir conocimiento “válido”, por lo cual, debe propenderse por la construcción de teorías de la discapacidad desde la filosofía, la ética, la política, la antropología, la sociología y el derecho.

En el campo de la filosofía política ha tenido lugar un fenómeno importante, la construcción de una teoría de las capacidades como contestación al olvido sistemático de las personas con discapacidad en las teorías contractualistas explicativas del nacimiento del Estado y las sociedades organizadas, es decir, como respuesta a la violencia simbólica de la teoría política preponderante en nuestra tradición occidental.

Las teorías del contrato social, explican el nacimiento del Estado como un acuerdo entre hombres que, afectados por las inclemencias del estado de naturaleza, deciden organizarse en sociedad y constituir una Entidad imaginaria pero eficaz, el Estado, para lo cual establecen

los principios políticos que gobiernan esta nueva forma de vida. Hobbes, Locke y Rousseau, destacan como los padres de estas posturas, más recientemente John Rawls ha construido un enfoque nuevo, conocido como la teoría de la justicia.

Las razones por las cuales “los hombres” se asocian en organizaciones sociales varían, dependiendo del autor. Así por ejemplo, la defensa de la propiedad privada parece prevalecer en el *Segundo tratado sobre el gobierno civil* de Locke como razón primordial de la asociación o la limitación del poder del hombre, entendido como un lobo para sí mismo, se erige como causa fundamental del Estado en *El leviatán* de Thomas Hobbes.

Lo cierto es que ninguna teoría contractualista incluye personas discapacidades en el grupo de sujetos que escoge los principios políticos de una sociedad o un Estado. La negociación fundacional del Estado tiene lugar entre hombres iguales en capacidad y en productividad económica; así, se soslaya, de la etapa de negociación original del contrato social, a mujeres, niños, personas mayores y en especial, personas con discapacidad. La presunción de igualdad, en “poderes y capacidades”, de quienes negocian los principios políticos, produce una exclusión inmediata y automática de personas funcionalmente diversas, cuyas cuestiones son diferidas, pospuestas, para ser discutidas en el seno de poderes públicos impuestos (Nussbaum, 2007, p. 14 y 31).

Otra crítica a las teorías del contrato social deviene de su cariz utilitarista. Los teóricos clásicos y neocontractualistas coinciden en que, las partes negocian los principios políticos para obtener una ventaja mutua; no se reconoce la filantropía o la benevolencia como móvil para construir una sociedad organizada y de contera fundar un Estado. De esta forma, si, quienes pactan las cláusulas del contrato social son hombres de iguales poderes y capacidades movidos por la necesidad de satisfacer necesidades recíprocas y obtener ventajas mutuas, deviene lógico que los principios políticos que acuerdan no giran en torno al bienestar de aquellos que no participan del proceso de negociación, por ejemplo, las personas con discapacidad y sus necesidades particulares, como el acceso a esquemas de cuidado y la obligación de realizar ajustes razonables en todos los ámbitos de la vida social (Nussbaum, 2007).

Si el contrato social es la mayor construcción hasta ahora diseñada para explicar por qué los seres humanos se organizan en sociedad, la ausencia de las personas con discapacidad en el núcleo mismo de su concepción está lejos de ser una simple omisión teórica y por el contrario se erige como el punto más álgido de un proceso de violencia simbólica, tal y como se anotó, de exclusión en el ámbito de creación y circulación del conocimiento, de explicación del mundo, del Estado y la vida en sociedad. John Rawls incluso acepta la limitación de su teoría contractualista por la imposibilidad de contemplar las cuestiones de la discapacidad en sus constructos tal (*apud* Nussbaum, 2007).

Como respuesta al olvido de la teoría política, Amartya Sen, en el plano de la economía, y Martha Nussbaum, en el marco de la filosofía política, formulan la denominada “teoría de las capacidades” (Nussbaum, 2007).

Nussbaum precisa el núcleo de su teoría de las capacidades en el seno de la filosofía política así:

Yo, en contraste, he usado el enfoque para proveer un sustento filosófico para una serie de derechos humanos básicos que deben respetarse e implementarse por los gobiernos de todas las naciones como un mínimo de lo que exige respeto a la dignidad humana. En *Mujeres y Desarrollo Humano* y otros textos, argumento que la mejor aproximación para esta idea de un mínimo social básico está dada por un enfoque que se concentra en las capacidades humanas, este es, lo que las personas están en capacidad real de hacer o de ser, en una manera informada por una idea intuitiva de una vida que es merecedora de la dignidad de un ser humano. He identificado una lista de capacidades humanas centrales, argumentando que todas ellas están implícitas en la idea de una vida humana con dignidad (2007, p. 70).

Más adelante, Nussbaum precisa:

Las capacidades son entonces presentadas como una fuente de principios para una sociedad liberal pluralista; están establecidas en el contexto de un tipo de liberalismo político que hace de ellos específicamente objetivos políticos y los presenta en una forma libre de cualquier base metafísica. Presentadas y elogiadas de esta manera, las capacidades, argumento, pueden convertirse en el objeto de un consenso superpuesto entre personas que de otra manera tiene muy diferentes concepciones del bien (2007, p. 70).

En ese orden de ideas, el planteamiento es el siguiente: ante el soslayo de las personas con discapacidad en la negociación de los bienes primarios de la sociedad y la falta de inclusión de sus necesidades en los principios y reglas que componen los sistemas jurídicos, deviene necesario un consenso general sobre las posibilidades a las que todo ser humano puede aspirar para experimentar una vida digna, es decir, en la cual se le mire como fin en sí mismo y no como objeto. Estas posibilidades o capacidades, asimilables a los derechos humanos básicos, deben ser garantizadas por los Estados y es el cumplimiento de este fin el factor principal de evaluación de su desempeño y control político.

Así, la citada autora propone una lista de diez capacidades, cuya citación *in extenso* se presenta a continuación (2007, p. 77 y 78) (traducción propia):

1. *Vida*, ser capaz de vivir hasta el fin de la vida humana con normal longevidad, no morir prematuramente, o poder morir antes de que la vida sea reducida de tal manera que no valga la pena vivirla.
2. *Salud corporal*, ser capaz de tener buena salud, incluyendo salud reproductiva, ser adecuadamente alimentado, tener adecuado refugio.
3. *Integridad corporal*, ser capaz de moverse libremente de un lugar a otro, estar seguro en contra asaltos violentos, incluyendo asaltos sexuales y violencia doméstica; teniendo oportunidades para la satisfacción sexual y para elegir en materia de reproducción.
4. *Sentidos, imaginación y pensamiento*, ser capaz de usar los sentidos, de imaginar, pensar, y de usar la razón – y de hacer estas cosas en una verdadera vía humana, una

manera informada y cultivada por una adecuada educación, incluyendo, pero no limitadamente, alfabetismo y matemática básica y preparación científica. Ser hábil de usar la imaginación y el pensamiento en conexión con experiencias y producción de trabajos y eventos a elección, religiosos, literarios, musicales, entre otros. Ser capaz de usar la mente en formas protegidas por garantías de libertad a la libre expresión con respecto a discursos políticos y artísticos, y libertad de ejercicio religioso. Siendo capaz de tener experiencias placenteras y evitar dolor no beneficioso.

5. *Emociones*, ser capaz de tener apegos por cosas y personas por fuera de nosotros mismos, de amar aquellos que nos aman y nos cuidan, de hacer duelo en su ausencia, en general, de amar, de hacer duelo, de experimentar anhelos, gratitud, e ira justificada. No teniendo un desarrollo emocional frustrado por miedo y ansiedad. (Apoyar esta capacidad significa apoyar formas de asociación que puedan ser conocidas como cruciales en este desarrollo).
6. *Razón práctica*, ser capaz de formar una concepción del bien y de involucrarse en una reflexión crítica acerca del plan de vida. (Esto implica protección para la libertad de conciencia y observancia religiosa).
7. *Afiliación*,
  - A. Ser capaz de vivir con y para otros, de reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, de comprometerse en varias formas de interacción social; de ser capaz de imaginar la situación de otro. (Proteger esta capacidad significa proteger instituciones que constituyen y alimentan esas formas de afiliación y también protegen la libertad de asociación y expresión política).
  - B. Tener la base social para el respeto propio y la no humillación, siendo capaz de ser tratado como un ser digno de valor y de igual trato que otros. Esto implica previsiones de no discriminación por razones de raza, sexo, orientación sexual, etnicidad, casta, religión, origen nacional.
8. *Otras especies*, ser capaz de vivir con preocupación por y en relación con animales, plantas y el mundo de la naturaleza.
9. *Juego*, Ser capaz de reír, de jugar, de disfrutar actividades recreacionales.
10. *Control sobre el medio ambiente*:

- A. *Político*. Ser capaz de participar efectivamente en elecciones políticas que gobiernan la propia vida, teniendo el derecho de participación política, protección de la libre expresión y el derecho a la asociación.
- B. *Material*. Ser capaz de tener propiedad (ambos, tierra y bienes muebles), y de tener derechos sobre una igual base con otros, tener el derecho de buscar empleo en una base igualitaria con otros, tener el derecho de libertad frente a registros y allanamientos injustificados. En el trabajo, ser capaz de trabajar como un ser humano, ejercitando la razón práctica y entrando en relaciones significativas de mutuo reconocimiento con otros trabajadores.

La lista de capacidades es no negociable, no existen unas más importantes que otras. Una sociedad no puede catalogarse como justa si garantiza nueve de las diez capacidades; la falta de condiciones para el ejercicio de una sola puede significar para una persona llevar una vida sin dignidad. Este planteamiento nos lleva a cuestionar los sistemas actuales de medición de la calidad de vida, basados en metodologías puramente cuantitativas bajo las cuales se normaliza la falta de satisfacción de todos los derechos que hacen parte del pacto político bajo la égida de los promedios generales. En esa medida, el seguimiento a las políticas públicas debe abordarse cualitativamente para entender el grado de cumplimiento de los objetivos del pacto político en el plano existencial de cada sujeto, si consideramos por supuesto a la persona humana como fin en sí misma (Nussbaum, 2007).

La teoría de las capacidades permite reivindicar las posibilidades de todos los seres humanos en los contextos personales, sociales, económicos y culturales, cerrando así la brecha creada por la teoría clásica del contrato social al tener como partes de la negociación a un grupo reducido de la población. De esta manera, permite pensar la discapacidad en el contexto de las obligaciones de los Estados y no de la caridad, puesto que una sociedad será justa sólo si provee condiciones mínimas para el ejercicio de las capacidades de todo ser humano. De contera, hace posible revalorizar bienes primarios olvidados en el pacto social por su ajenez al esquema de la mutua ventaja; en ese sentido, recobran su valía actividades históricamente subestimadas como la provisión de cuidado a otros seres humanos, de vital importancia, debe

decirse, para lograr la efectiva participación de personas con discapacidad en distintos ámbitos sociales y culturales (Nussbaum, 2007).

La teoría de las capacidades ha permitido repensar el papel de las personas con discapacidad en la definición de los principios políticos que les excluye, ha conducido a revalidar su voz en las esferas de definición de las políticas públicas y ha puesto sobre la mesa de discusión, la idea de que parte de los problemas de la población es el sustento mismo de la organización social, cimentada sobre la base de una concepción utilitarista del vínculo social y la igualdad original de quienes fundan los Estados. Se ha logrado en parte el “efecto de teoría” de Bourdieu, entendido como el proceso político de crear una realidad antes no reconocida.

### **Análisis de la discapacidad desde la interseccionalidad**

Se ha criticado al modelo social el olvido de la diversidad de la población con discapacidad dada la presunción de un “estatus que eclipsa otro tipo de variación cultural”. A partir del año 2000 se ha encontrado un incremento ostensible en la integración teórica y empírica de aspectos multiculturales para el estudio de la discapacidad, no obstante, algunos investigadores siguen negando la importancia de este enfoque, a pesar de existir “evidencia que sugiere que las diferencias culturales, incluyendo género, raza, y estatus socioeconómico, etc., afectan la experiencia como individuo con discapacidad. Por ejemplo, la doble discriminación ha sido documentada en personas con discapacidad que también pertenecen a una minoría étnica o en mujeres (víctimas de racismo o sexismo) (Greenwell, 2008, pp. 188-190)”.

No obstante, analizando las principales publicaciones entre los años 2002 y 2006, Greenwell (2008) encontró que las investigaciones yerran en la consideración de datos cuantitativos y adolecen de interés por la categoría “transgénero” en sus análisis, además de ostentar una negligencia absoluta en cuanto a la inclusión de la orientación sexual de las personas investigadas como parte de las categorías a investigar.

Enfocando su trabajo en la interacción de las personas con discapacidad con los servicios de salud, Begum plantea que las experiencias sobre la discapacidad varían dependiendo del sexo, la raza, la clase social, la edad, la sexualidad y la identidad de género. En ese sentido indica:

Por ejemplo, las personas de raza negra han llamado la atención sobre el hecho de que la idea equivocada de que las personas que padecen anemia falciforme son «drogadictas» les impide, a menudo, el acceso a los servicios de salud. Las mujeres discapacitadas han manifestado su preocupación por la forma en que los programas de rehabilitación hacen hincapié en «el cultivo de actitudes competitivas» y se han ocupado de los problemas relativos a la sexualidad y el empleo masculinos (1996, p. 191)

Distintas constelaciones de saberes y experiencias se crean cuando se cruzan identidades a partir del género, raza y diversidad sexual con la discapacidad por lo cual, deviene obligatorio el análisis interseccional que escapa completamente al paradigma del modelo social que, en muchas ocasiones, infravalora, incluso desprecia o censura, las experiencias individuales por cuanto les acusa de perpetuar del relato de la tragedia propio del modelo médico.

Los feminismos negros crearon el concepto de interseccionalidad a partir del reconocimiento de los efectos de las múltiples identidades o afiliaciones sociales. En principio se planteó la posibilidad de una experiencia conocida como “doble desventaja”, pero luego evolucionó hacia una comprensión cualitativa y cuantitativa de tales efectos, es decir, al reconocimiento de distintas intensidades de discriminación dependiendo de contextos determinados (Shaw et al, 2012).

En esa línea, los nuevos enfoques de la interseccional resaltan que la metodología está lejos de ser una “ecuación aritmética”, no se trata solamente de sumar consecuencias por raza o género, por ejemplo, consiste más bien en analizar las formas de discriminación desde una perspectiva cualitativa a partir de la combinación de categorías (Goward *apud* Cramer y Plummer, 2009).

El Centro para el Liderazgo Global de Mujeres, citado en Cramer y Plummer (2009), describe el concepto de interseccionalidad a partir del flujo del tráfico. Así las cosas, las mujeres, por

ejemplo, “se ubican en un espacio en donde el racismo o la xenofobia, la clase o el género se encuentran. Ellas son consecuentemente sujetos de lesión por parte del flujo pesado del tráfico viajando a lo largo de estos carriles”.

El abordaje interseccional propuesto en el presente estudio se presenta desde tres aristas distintas, aunque no excluyentes: (i) el género, (ii) la raza y (iii) la orientación sexual. Estas consideraciones tienen como fin demostrar que la multiplicidad de identidades, es decir, la coincidencia de la discapacidad con algunas de las anteriores variables, crea experiencias diversas de opresión, problemas particulares que demandan tratamientos diferenciados.

Igualmente, estas líneas preparan el camino para la formulación de uno de los planteamientos centrales del presente estudio, consistente en que la representación de la población con discapacidad en las instancias de participación del Sistema Distrital debe abandonar la visión hegemónica médica, latente en la estructura actual de la ciudad, para lo cual es necesario reconocer un plexo identitario más amplio.

### ***Mujeres y discapacidad***

Ejercer como discapacitadas durante todo el día puede convertirse en un proceso agotador. No me refiero al hecho de tener una minusvalía —en mi caso, no poder andar—. Como la mayoría de las personas, esto lo sobrellevo sin problemas. Aludo al hecho de tener que pasar una parte significativa de cada día relacionándome con un mundo físico diseñado históricamente para excluirme y, todavía más agotador, tener que afrontar las concepciones previas o erróneas de otras personas sobre mí. (Encuentros con personas extrañas: reacciones ante las mujeres discapacitadas, (Lois Keith, p. 89).

La necesidad de estudiar la discapacidad con enfoque de género se hizo palmaria en el año 2007 cuando el mundo se enteró del caso “Pillow angel”. Ashley, una niña con discapacidad de 6 años en los Estados Unidos, fue sometida a un tratamiento para detener su crecimiento y desarrollo sexual. El tratamiento fue solicitado por sus padres y a la postre aprobado por el Comité del Hospital de Seattle, argumentando que el mismo evitaría traumas y la incomodidad del crecimiento dado que el desarrollo cognitivo y motor de Ashley siempre sería el de una niña de 3 años (Hall, 2011).

En palabras de Hall (2011) las decisiones tomadas en torno a la vida de Ashley prueban dos prejuicios sobre las personas con discapacidad. La negación de la discapacidad conjugada con la sexualidad tiene origen en la presunción de inexistencia de deseo sexual o la hipersexualidad, o en el reproche al deseo en cuerpos no normados. La discapacidad repele además la maternidad, son incompatibles, como lo advirtió el padre de Ashley cuando fue cuestionado por el "grotesco" procedimiento respondió que lo grotesco es que una mujer pueda ser fértil cuando tiene un cerebro de niña. Se pregunta Bysek, citado por Hall, ¿Habrían aplicado el mismo tratamiento si Ashley fuera un niño?

Tres casos propone Morris para reflexionar sobre las experiencias específicas de mujeres con discapacidad y la necesidad de un análisis interseccional entre género y discapacidad (2008, p. 321):

- La violación de una mujer con discapacidad por un enfermero mientras se transportaba en una ambulancia.
- El reporte de una asistente social sobre una mujer con discapacidad presuntamente hallada mientras se masturbaba, en el que se consignan los rasgos de su personalidad.
- Un grupo de oficiales de policía esperando en el pasillo de un hospital a que una mujer con discapacidad dé a luz para quitárselo con ocasión de una orden judicial en ese sentido motivada por la discapacidad de la madre.

Los casos ponen en el centro del debate la cuestión: la experiencia de las mujeres con discapacidad es distinta a la de mujeres sin discapacidad y hombres con discapacidad. Sobre el particular Morris aclara:

Los tres ejemplos muestran distintas formas en las que se interconectan la opresión que soportan las mujeres y la que sufren las personas con discapacidad. No obstante, pasar demasiado tiempo analizando la relación entre el sexismo y la discriminación contra las personas con discapacidad es desviar la atención de la verdadera cuestión central. Lo que a mí más me interesa es si la experiencia de las mujeres antes descrita aparece entre los

objetivos principales de los investigadores feministas sin discapacidad; o si, al menos, se añada como un tema complementario al pensar que la experiencia de las mujeres con discapacidad es diferente de la de las mujeres que no la tienen (Morris, 2008, p. 321).

El binomio mujer-discapacidad definitivamente encarna realidades distintas, como refiere Tamayo, ser mujer con discapacidad "(...) provoca mayores probabilidades de vivirlas (las violencias) y menos probabilidades de gestionarlas en términos subjetivos e institucionales" (2022, p. 65).

De la producción científica sobre las cuestiones de discapacidad y mujeres se colige una idea común, una categoría especial de opresión, algo así como una especie de doble "desventaja".

Durante la década de los setenta, específicamente en 1974 y 1975, varias ONG alertaron a la Comisión de la Condición Jurídica y social de la Mujer de Naciones Unidas, sobre la necesidad de incluir a las mujeres con discapacidad. La comisión rechazó la sugerencia y no incluyó ninguna actividad relacionada con mujeres con discapacidad en el año internacional de la mujer y luego en el programa del Decenio Internacional de la mujer. Tras el fracaso, la CWOIH (Conference of World Organizations Interested in the Handicapped) negoció con la Secretaría de Naciones Unidas en el marco de un comité con sede en Estados Unidos, lo cual, provocó que en marzo de 1980 la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer nombrase las necesidades de las mujeres con discapacidad, reconociendo que sufrían "a menudo" una doble desventaja. La Conferencia Mundial de Naciones Unidas aprobó esta nueva directriz y se alentó a las organizaciones internacionales y países a tener en cuenta las "necesidades de las mujeres con discapacidad en los programas de rehabilitación". En 1982, en el marco de los debates de la Comisión de Rehabilitación Profesional de la OIT se planteó la posibilidad de considerar especialmente las necesidades de las mujeres con discapacidad. Sin embargo, el único logro fue la inclusión, en el Convenio 159, de la expresión "trabajadoras inválidas y trabajadores inválidos" en el marco de la igualdad de oportunidades (Brégain, 2022, p. 262 y 263).

Brégain es categórico: “los derechos de las mujeres discapacitadas no fueron institucionalizados a nivel internacional” (2022, p. 263). Este fenómeno es explicado por tres factores:

Por una parte, las ONG se movilizaron poco y con retraso sobre este tema. Raros y poco concurridos fueron los congresos internacionales como para permitir una transnacionalización eficaz de estos derechos. Por otra parte, los servicios administrativos encargados de la rehabilitación en las Naciones Unidas, la OIT y la OMS estaban dirigidos exclusivamente por hombres que no consideraban este tema prioritario. Por último, muchos representantes de los empleadores y del gobierno estaban entonces en contra de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres (Brégain, 2022, p. 263 y 264).

Morris critica la categoría “doble desventaja”, no es conveniente en su sentir, las “imágenes de desventaja son una parte importante de la experiencia de opresión (...)” (2008, p. 321). A su juicio, los estudios en esta materia se han limitado a describir el problema para producir una idea de victimización. Si bien reconoce la visibilización lograda mediante la producción científica en ese sentido, no deja de ser una investigación pasiva, se limita al reconocimiento de la “mujer discapacitada” como víctima y la ausencia de análisis que reafirme la resistencia y la lucha de las mujeres con discapacidad. Esa forma de relatar su experiencia solo crea compasión, reacción que es igual de hostil a la discriminación (1996).

De todas maneras, determinar cuál es la razón preponderante de discriminación resulta extremo difícil cuando en un mismo sujeto concurren varias características diferenciales, género, raza, sexualidad, discapacidad (Morris 1996).

La interseccionalidad permite comprender que las mujeres con discapacidad sufren abusos por mayores periodos de tiempo y por un mayor número de perpetradores, son frecuentemente abusadas por trabajadores del sistema de salud y cuentan con menos oportunidades en contraste a las mujeres sin discapacidad (Cramer y Plummer, 2009).

El trato compasivo y agresor que usualmente reciben personas con discapacidad, suele ser más agudo cuando el sujeto es una mujer con discapacidad, a quien se le suele identificar con categorías relacionadas con su cuerpo con más asiduidad que los hombres. La importancia de las interacciones cotidianas, destaca Keith, radica en que todos los gestos despreciativos del mundo sin discapacidad se incorporan en la persona que los recibe; evitar ese proceso de identificación con las visiones del mundo externo es el principal reto individual de las personas con discapacidad (1996).

Sentirse menos atractivas, deseables o como objeto de preocupación, son parte de las “humillaciones” que aquejan a las personas con discapacidad. La relación con los demás puede ser más crítica en tratándose de mujeres, “la forma de ver- nos los demás configura, desarrolla e, incluso, daña nuestra idea de nosotras mismas” (Keith, 1996, 103). Esta apreciación descansa sobre un hecho relativo al rol de géneros. Los niños son educados para identificarse como individuos autónomos e independientes, mientras que a las niñas se les inclina a definirse por sus relaciones con los demás.

En relación con la manera en que les ha educado a las mujeres, Keith precisa:

Pero nuestro deseo de hacernos todo más fácil siendo siempre brillantes y agradables en nuestras relaciones con el mundo y nuestra necesidad de que todo el mundo piense bien de nosotras pueden ser destructivos (...).

Si actuamos de ese modo, significa que adoptamos siempre una postura pasiva y agradecida, negando nuestra ira y nuestra rabia justificadas. A las mujeres, nos han condicionado para pedir perdón por cosas que no son faltas con el fin de que la otra persona se sienta mejor y, a veces, las mujeres que vamos en silla de ruedas podemos provocar algunas dificultades a los otros. Ocupamos mucho espacio, a veces pisamos a la gente o necesitamos que los demás se aparten para dejarnos pasar y podamos ir a lo nuestro, pero es importante que no pidamos perdón por existir (1996, p. 104).

El trato compasivo o cruel de la sociedad se cimienta en la visión de la discapacidad como una “desgracia”. La silla de ruedas, por ejemplo, representa, en el imaginario mayoritario, enfermedad, ancianidad, dependencia, pero para quien la usa puede representar un elemento liberador, un artefacto que permite el movimiento. “Tengo cierto cariño a mi cacharrito, me angustio si no está a mi alcance y siento pánico si no lo tengo a la vista” afirma Keith, investigadora social que se desplaza en silla de ruedas (1996, p. 94).

En un estudio denominado “Mujeres con discapacidad, la suma de dos obstáculos”, Hanna y Rogovsky probaron que el binomio mujer/discapacidad tiene particulares consecuencias en términos de baja participación, deficitario acceso al sistema sociocultural y construcción de conceptos peyorativos sobre sí mismas, durante la década de los noventa al interior de la sociedad norteamericana (2008).

El estudio mostró como las mujeres con discapacidad sufrían niveles mayores de exclusión que las mujeres sin discapacidad y hombres con o sin discapacidad. Si bien algunos datos del estudio son sospechosamente sexistas, como la evaluación del capital relacional de las mujeres por sus probabilidades de casarse, no separarse o tener hijos, o incluso eugenésicos - una especie de apología a las cirugías plásticas para mejorar el aspecto y por ende la autoestima- otros datos son profundamente esclarecedores.

En términos de participación socioeconómica, el análisis sobre el sistema educativo mostró que las mujeres con discapacidad son quienes mayoritariamente no terminan la escuela secundaria y minoritariamente asisten a Instituciones de Educación Superior. En lo tocante al ámbito laboral sucede algo similar. El binomio mujer/discapacidad reduce las posibilidades de acceder a oportunidades laborales en mayor medida si se compara con los demás grupos poblacionales. En términos salariales la brecha era dramática. Una mujer con discapacidad devengaba casi 300 dólares mensuales menos que los hombres con discapacidad, 1200 dólares menos que las mujeres sin discapacidad y 1800 dólares menos que hombres sin discapacidad (Hanna y Rogovsky, 2008).

Sobre las diferencias en el acceso al sector productivo, Hanna y Rogovsky reflexionan de la siguiente manera:

Los hombres con discapacidad tienen, desde el comienzo, algunas ventajas programáticas (e incluso nacionalistas). Las campañas de “contrata un veterano” pueden ayudar a los veteranos de guerra y a otros hombres con discapacidad, pero no es probable que ayuden a las mujeres con discapacidad (aun cuando algunas de ellas también son veteranas de guerra). Por otra parte, las discapacidades de origen laboral (que son más comunes entre los hombres) aumentan las posibilidades de una rehabilitación satisfactoria y de volver a obtener un empleo (2008, p. 56).

Los bajos niveles de participación en la vida comunitaria y universitaria de las mujeres que hicieron parte del estudio reflejan aún más las estrechas relaciones entre las categorías “mujer” y “discapacidad”. Citando a Saxton y Howe, Hanna y Rogovsky, advierten sobre el “paralelismo” existente entre la opresión sufrida por las mujeres y las personas con discapacidad. Estos grupos poblacionales son vistos como “pasivos, dependientes e infantiles”. En ese sentido, las encuestas del estudio muestran que las mujeres con discapacidad se asocian a los términos “enfermizas y débiles, viejas y tristes, estériles y asexuadas”. A estas etiquetas se suman las de mujeres no deseadas o atractivas físicamente, imposibilitadas para tener pareja sexual e incapaces de formar una familia o de ser madres, es usual la sugerencia de familiares y doctores para que se practiquen una ligadura de trompas (Hanna y Rogovsky, 2008, p. 58). Casi veinte años después del estudio tales estereotipos se ven replicados en casos como el de Ashley, condenada a una vida sin sexualidad y prohibida la maternidad por decisión de sus padres, para quienes tales posibilidades resultaban “grotescas”.

Igualmente, la atribución causal de la discapacidad es distinta entre mujeres y hombres. Cuando se preguntó por las palabras asociadas a un hombre en silla de ruedas de aproximadamente 45 años, los encuestados expresaron ideas sobre heridas de guerra, lesiones en el trabajo, accidentes automovilísticos o deportivos. Al preguntárseles lo mismo frente a una mujer en silla de ruedas, ninguno de los encuestados asoció la discapacidad a heridas de guerra o lesiones en el trabajo, por el contrario, la causa preponderante fue la

enfermedad y secundariamente accidentes de carácter doméstico (caerse en las escaleras, por ejemplo). El rol del “enfermo”, atribuido a personas con discapacidad y en especial a mujeres con discapacidad, crea estructuras basadas en la “exención de responsabilidades” y “necesidad del cuidado” (Hanna y Rogovsky, 2008, p. 58), patrones paternalistas que anulan la individualidad del sujeto.

En un artículo fascinante, “The powerhouse”, un grupo de mujeres con dificultades de aprendizaje relata el proceso para construir un hogar de refugio seguro contra las formas más variadas de abuso. El hogar, ubicado en Londres, fue bautizado con el nombre “Beverly Lewis Home”, en un honor a Beverly Lewis, una mujer negra, sorda, ciega y con dificultades de aprendizaje que murió a los 23 años por falta de atención integral de los servicios sociales. El grupo heterogéneo de mujeres está compuesto por mujeres con dificultades de aprendizaje, pero con realidades bien distintas, mujeres negras, lesbianas y con discapacidades físicas. En sus estatutos, se consignó que los órganos de dirección de su organización deben ser dirigidos por mujeres miembros de la organización y tienen como fin brindar protección y hogar transitoriamente, compartir sus experiencias, aprender a relacionarse con personas sin discapacidad y ayudar a las mujeres para hacerse a su propio hogar después de su estadía (1996).

Este ejemplo vívido de organización colectiva muestra que las violencias percibidas por mujeres con discapacidad distan de las que sufren en muchísimas ocasiones hombres adultos y niños. El grupo “The powerhouse” construyó el relato de sus violencias que dio vida a su organización así:

«Las mujeres con dificultades de aprendizaje tienen pánico y se sienten confusas en relación con lo que deben hacer si abusan de ellas, a dónde pueden dirigirse para pedir ayuda.»

«Las mujeres se sienten perdidas, asustadas y desconcertadas.»

«Las mujeres se sienten apabulladas; no hay un sitio adonde pueden acudir.»

«¿Por qué atacan a las mujeres? ¿Por qué son siempre mujeres?»

«¿Por qué los hombres hacen estas cosas a las mujeres? Es peligroso para las mujeres y para los niños.»

«Algunas mujeres estamos demasiado asustadas para marcharnos de casa, para salir a la oscuridad; los hombres te siguen; no confío en ellos» (The Powerhouse, 1996, 160).

El análisis de las categorías discapacidad-mujer como conjunto es frugal, no ha sido desarrollado con consistencia y solo se encuentran estudios aislados. Tamayo plantea que ninguno de los acercamientos a la cuestión ha tenido en cuenta las experiencias de las mujeres colombianas con discapacidad y la literatura se limita a uno que otro documento institucional. En ese contexto, destaca el ejercicio realizado por la Alcaldía de Cali, denominado Encuentro de Saberes de las Mujeres con Discapacidad en torno a las Violencias de Género, adelantado en octubre de 2020 y en donde se dio voz a varias mujeres con discapacidad para narrar sus experiencias (2022).

Tres formas de violencia identificaron las mujeres que participaron del evento: (i) *frente a la trayectoria sexual*: las mujeres describieron como son obligadas diariamente a compararse con formas corporales hegemónicas y el prejuicio de no ser aptas para los roles tradicionalmente asignados a la feminidad; (ii) *frente a la autonomía económica*, las mujeres describieron las dificultades para desprenderse de los roles domésticos y de cuidado impuestos por el sistema patriarcal y la inexistencia de oportunidades de crecimiento laboral o las inequidades que enfrentan cuando se hacen a un empleo y (iii) *en torno a las relaciones de poder que emanan del cuidado*, por la imposición de las labores de cuidado, como trabajo no remunerado y las limitaciones creadas a partir de la obligatoria distribución social del trabajo (Tamayo, 2022, p. 68).

La construcción de relatos como fuente primaria de investigación es principio fundamental de la metodología feminista y nace de la afamada expresión “lo personal es lo político”. Con todo, los feminismos están en deuda con las mujeres con discapacidad, no han sido protagonistas en sus teorías en igualdad de profundidad y condiciones que las mujeres sin discapacidad:

La exclusión de las mujeres discapacitadas significa que las descripciones de las experiencias de las mujeres son incompletas porque todo un grupo importante de mujeres queda fuera del cuadro. Es más, esta exclusión hace que la teoría y el análisis feministas sean

incompletos, al no preocuparse de entender las interacciones entre los dos constructos sociales del género y la discapacidad. Si las investigaciones y análisis tratan de «iluminar los problemas sociales desde el punto de vista de las mujeres discapacitadas», las investigaciones feministas tendrán que adoptar formas nuevas para examinar las experiencias de las mujeres (Morris, 1996, p. 22).

Los estudios de discapacidad con enfoque diferencial en mujeres, se inspiran en las teorías feministas y en el movimiento de vida independiente, como corrientes que se aproximan por su aspiración de dotar a los sujetos control sobre sus vidas. No obstante, para Morris (1996), ni los estudios feministas ni el activismo en discapacidad se han aproximado correcta y profundamente a las experiencias, dilemas y perspectivas de las mujeres con discapacidad, tal y como pasará a explicarse. En esa medida, Tamayo destaca el papel que las mujeres con discapacidad han adquirido en los “espacios de militancia social” y resalta este protagonismo como una deuda de los feminismos, que en parte ha empezado a saldarse por los feminismos coloniales y comunitarios (2022, p. 66).

Las teorías feministas tienen dos momentos importantes según Morris. En un primer momento, se incorporaron las experiencias de las mujeres a la “cosmovisión” dominada por los hombres. Luego, las feministas sospecharon que este proceso no era suficiente, vieron necesario reformular las estructuras sociales y culturales para crear un nuevo paradigma para “explicar las realidades de las mujeres (o de los hombres)” (2008, p. 319).

En algún punto, las teorías fueron criticadas por cimentar afirmaciones sobre experiencias de mujeres blancas de clase media, “se tomaron como norma”, dejando mujeres con otras identidades por género, raza o clase social en la periferia de la discusión (Morris, 2008, p. 319). Spelman es categórica, a su juicio la mujer sin discapacidad es a los textos filosóficos sobre la “naturaleza del hombre” lo que las mujeres con discapacidad son a los textos feministas sobre la “naturaleza de la mujer” (*apud* Morris, 2008, p. 319).

El feminismo se enfocó en los últimos años en el trabajo con mujeres con identidades distintas por razones de género y raza, sin embargo, continuaron relegadas a un lugar secundario del

debate las mujeres mayores y las mujeres con discapacidad. El problema podría encontrarse en el principio mismo de “lo personal es lo político”: no es suficiente ponderar la experiencia individual, es fundamental salir de lo personal para entender otras experiencias – de mujeres con menos voz y participación como algunas mujeres con discapacidad - y hacerlas públicas. Esta desatención puede estar causada además porque los estudios de discapacidad basados en los modelos analíticos biomédicos y sociales se desentienden de las experiencias individuales, tanto de hombres y mujeres con discapacidad, quienes en términos generales carecen de voz o representación, haciéndolas difíciles de rastrear para investigadoras sin discapacidad en el plano de los feminismos (Morris, 2008, p. 320) y constructores de políticas públicas en ámbitos gubernamentales.

Es una realidad que los estudios de la discapacidad están desconectados de los avances de la teoría feminista, no obstante, la investigación feminista con énfasis en la discapacidad se ha abierto campo en el ámbito de las ciencias sociales. Como indica Garland (2011):

Una manera de pensar sobre teoría feminista consiste en decir que esta investiga como la cultura satura las particularidades de los cuerpos con significados e investiga las consecuencias de esos significados. (...) Una teoría feminista de la discapacidad introduce el sistema de la capacidad/discapacidad como categoría de análisis en este diverso y difuso proyecto (...) Un enfoque feminista de la discapacidad promueve complejos entendimientos de la historia cultural del cuerpo (p. 15).

Las teorías feministas de la discapacidad van más allá de las nociones tradicionalmente arraigadas al concepto, como salud, belleza, eugenésica, tecnología, prótesis. Este enfoque permite pensar la categoría “mujer”, el significado del cuerpo, el privilegio de la “normalidad”, multiculturalismo, sexualidad y construcción social de las identidades. Se permite así articular el concepto de discapacidad y extender el rango de influencia de las teorías feministas (Garland, 2011, p. 16).

En efecto, las categorías “mujer” y “discapacitado” tienen históricamente una larga relación por su carga de exclusión. Aristóteles definía a las mujeres como “hombres mutilados”, las mujeres históricamente han sido “minusválidas” en un sistema sexista (Garland, 2011).

El postulado principal del pensamiento feminista de la discapacidad es el sistema “capacidad/discapacidad”, desde ese enfoque el sistema de la discapacidad excluye todos los cuerpos, formas, deficiencias y ambigüedades que cuestionan el ideal de cuerpo como algo neutral y acoge postulados de los estudios críticos: (i) la realidad de la estructura de representación, (ii) los márgenes definen el centro, (iii) la discapacidad es una manera de significar relaciones de poder, (iv) la identidad es múltiple e inestable y (v) todo análisis tiene consecuencias políticas (Garland, 2011, p. 18).

Dorothy (*apud* Morris 2008, p. 317), plantea que si algo caracteriza el método feminista, es el espacio que crea para al sujeto ausente y su experiencia, mujeres reales que hablan de desde su experiencia cotidiana. A contrapelo, la investigación en el campo de la discapacidad es esencialmente “objetiva”, se construye a partir de modelos analíticos (médico, social), esta forma de pensar la discapacidad devalúa la experiencia individual de las personas con discapacidad como sujetos y los relega como simples objetos de investigación. Desde esta visión, son tres aspectos que distinguen el “conocimiento no alienado” en palabras de los estudios feministas:

- El investigador se sitúa como un sujeto real en un contexto específico.
- Las actividades investigadas son materiales y no de tipo abstracto (transcendentes, no analizables por personas comunes)
- El “acto de conocer” se reconoce como “determinante crucial de aquello que se conoce” (p. 318).

Debe anotarse que la teoría feminista de la discapacidad no se limita a las realidades de las mujeres, aunque es una primera pretensión que los estudios de esa clase incorporen y se preocupen por la mujer con discapacidad. Como segunda pretensión se intenta incorporar principios y metodologías de investigación feminista en el catálogo de estudios de la

discapacidad para reflejar las experiencias de todas las personas con discapacidad en un marco diverso de análisis y emancipación.

Cuatro características para un enfoque feminista de aproximación a la discapacidad se leen en Morris (2008, pp. 322-325):

1. La investigación debe ser un vehículo para la liberación de las personas con discapacidad.
2. La experiencia individual es relevante, incluso las vivencias negativas de la discapacidad. El activismo asociado al modelo social en su empeño por luchar contra la visión hegemónica que encarnó el modelo médico, prácticamente prohibió que las personas con discapacidad expresaran el dolor asociado a su situación personal.
3. Los investigadores sin discapacidad deben ser aliados. Es su tarea localizar a sus pares con discapacidad para darles voz y producir textos que propendan por la liberación de las personas con discapacidad.
4. Las investigaciones y políticas sobre discapacidad incumben a todos los actores sociales, dado que las cuestiones relativas a esta cuestión encarnan las más profundas desigualdades del sistema en que vivimos.

De esta manera, las investigaciones de las ciencias sociales demuestran que, ser mujer con discapacidad produce experiencias de opresión singulares, producidas en el marco de esquemas sexistas y capacitistas, motivo por el cual, se hace imperioso que la investigación científica introduzca este fenómeno como un objeto de investigación primordial en el área y las políticas públicas y normativas se construyan en torno al reconocimiento adeudado a las mujeres con discapacidad.

### ***Intersecciones con la afrodescendencia***

(...) es ciego “pero” sabe hacer tal cosa, es decir, es ciego pero no sé, tiene algún talento en específico, entonces es ciego pero sabe hacer esto, es sordo pero sabe hacer esto, o sea siempre es como ese pero y a mi ese pero me parece problemático, es como cuando me dicen “ay tu eres una negra pero eres muy

bonita”, o sea como si ya de por sí como que si ya ese adjetivo fuese malo o eso que te compone fuese malo pero tienes ese algo que lo solivia, que lo sustenta y que lo tapa (Conversa 2, Agudelo et al., 2021)

Ayesha Vernon, mujer investigadora feminista, hindú y auto reconocida como ciega, quien emigrara a Gran Bretaña en el ocaso del siglo XX, escribió un texto descriptivo de las experiencias de mujeres negras con discapacidad en Inglaterra en la década de los noventa. En el texto narra su propia historia y la de otras siete mujeres indias, afroasiáticas, paquistanés afrocaribeñas y árabes. Al narrar su propia experiencia, Vernon cuenta como su primera vivencia del “racismo” tuvo lugar cuando fue recluida en un internado para personas ciegas, en donde sufrió todo tipo de abuso por su color de piel. Luego, en un centro universitario sufrió una discriminación expresa y alusiva a sus dos características, su identificación como persona con discapacidad y su raza. La gobernanta de la residencia para mujeres en donde viviría pronunció estas palabras a su llegada:

“Tú tienes un doble inconveniente, porque la mayoría de la gente no quiere estar con una persona de color ni con una invidente y no digamos con una persona invidente y de color (1996, p. 67)”.

Al terminar sus estudios, Vernon conoció el movimiento activista defensor del modelo social y sintió la alegría de conocer muchas personas que compartían su experiencia de opresión motivada por la discapacidad, pero evidenció la falta de “reconocimiento de su experiencia como mujer negra con discapacidad, que es totalmente distinta a la del hombre discapacitado blanco”. Su caso resulta de particular interés, dado que, al trabajar con organizaciones defensoras de derechos de personas con discapacidad, sufrió discriminación por raza y al trabajar con organizaciones defensoras de personas negras, constató que su discapacidad la “separaba” de sus demás compañeros y además fue víctima de una “brutal agresión sexual” (Vernon, 1996, p. 68).

En un fragmento esclarecedor, Vernon describe su opresión por razón de su discapacidad al interior de la comunidad negra:

Mi experiencia de mujer discapacitada dentro de la comunidad negra resulta muy molesta para algunas personas negras. En el pasado, me advirtieron que no debía hablar de la segregación por discapacidad que existe en la comunidad negra para no fomentar una visión desfavorable de los negros que provocara el racismo. Creo que, lejos de provocar el racismo, las personas negras tendrían que reconocer sus propios prejuicios porque, hasta que no aprendes a juzgarte de verdad a ti misma, no puedes juzgar a los demás. Esto no quiere decir que niegue el papel que desempeña el racismo en la vida de las personas negras ni sus efectos lesivos, pero las personas negras son tanto opresoras como víctimas de la opresión. Lo mismo puede decirse de las mujeres y de las personas discapacitadas: el hecho de que se oprima a alguien no quiere decir que el oprimido carezca de prejuicios en contra de otros grupos oprimidos de la sociedad (Vernon, 1996, p. 68).

En su texto critica la falta de estudios sobre la identidad y experiencia de las mujeres negras con discapacidad y presenta los hallazgos de las distintas entrevistas realizadas a las mujeres que participaron en su estudio. Todas relataron las desventajas de la educación, tanto ordinaria como especial. En la ordinaria no se comprendían las necesidades de los niños y niñas con discapacidad y en la especial no avanzaban, las escuelas estaban más preocupadas por la fisioterapia y “normalización” que por su educación. Una de ellas, Neelam, cuenta su experiencia al ser la única niña asiática una escuela especial para ciega. No conocían su cultura, su vestimenta, su dieta, adicionalmente, se le subvaloraba por su nivel de inglés, marcado por su acento norteño al haberse criado en Newcastle, pero atribuido erróneamente a su ascendencia asiática, se creía que su acento provenía de su ascendencia y no a su marcada identidad regional. Por esta razón se le obligó a tomar clases de dicción. Se le identificó como una persona de menos valor y coeficiente intelectual por ser asiática (Vernon, 1996).

En conclusión, para Vernon, las mujeres negras o de minorías étnicas, con discapacidad “experimentan múltiples obstáculos que se derivan de la combinación de la segregación a causa de la discapacidad, el racismo y el sexismo” (1996, p. 86).

Casos similares tienen lugar en el ámbito de la violencia intrafamiliar. Cramer y Plummer plantean que los casos de violencia doméstica deben abordarse a partir de criterios culturales. En su texto, Discapacidades: interseccionalidad como marco para el análisis de la violencia del

compañero íntimo en contextos sociales, históricos y políticos (*Disabilities: Intersectionality as a Framework for Analyzing Intimate Partner Violence in Social, Historical, and Political Contexts*), relatan la historia de dos mujeres migrantes en los estados unidos con discapacidades, víctimas de violencia intrafamiliar perpetrada por sus esposos. En sus historias se encuentra la complejidad de la múltiple identidad, por un lado, al ser migrantes ven en la denuncia un riesgo para perder su calidad migratoria, adquirida por su calidad de esposas de residentes o ciudadanos. Adicionalmente, en sus culturas (egipcia y coreana) el divorcio se reprocha como inmoral, por lo cual, volver a sus países tampoco es una opción. Por último, las limitaciones en el lenguaje impiden su acceso al sistema judicial, el cual no está adaptado a las necesidades de estas víctimas de violencia doméstica.

En otra investigación, Camille, mujer negra con discapacidad, entrevistada por Miles (2019, p. 53), relata que las mujeres negras con discapacidad en los Estados Unidos tienen menos posibilidades para acceder al empleo o a una vivienda que las mujeres blancas con discapacidad. Sobre el particular precisa: “nosotras muchas veces sentimos que estábamos al final del tótem, porque tú eres negra, eres mujer, tú tienes una discapacidad. Entonces, todos están por encima tuyo (...)”.

La experiencia de mujeres negras con discapacidad se caracteriza por una especie de ausencia de rol de género, son consideradas como “inadecuadas” “para la producción económica”, función vinculada tradicionalmente a la masculinidad” y por otra parte para la reproducción, aspecto asociado a la feminidad” (Miles, 2019, p. 44).

Los estudios de la discapacidad, feministas con enfoque de raza, parten de cuatro afirmaciones: (i) la clase social, la raza, el género, entre otros, y los esquemas de opresión “contribuyen colectivamente en como la discapacidad es adquirida, experimentada y socialmente construida”, (ii) las relaciones entre “raza, clase social, género y capacidad contribuyen” a la falta de oportunidades, recursos y acceso sufrida por mujeres afro, (iii) las mujeres afro sufren discriminación en la “mayoría dominante” como en las poblaciones minoritarias a las cuales pertenecen y (iv) el “capacitismo” es una causa no contabilizada de inequidad estructural (Miles, 2019, p. 46).

Las mujeres con discapacidad no solo deben luchar contra la falta de recursos para proveerse los medios para su propio cuidado, sino que, en muchas ocasiones son madres y por ende proveedoras de cuidado y de medios económicos, situación más gravosa para, por ejemplo, mujeres afrodescendientes, quienes en muchas ocasiones tienen menos oportunidades e ingresos (Miles, 2019).

Devlieger et al. (apud Greenwell, 2008, p. 191), investigó “si la discapacidad cultural existe en el contexto de la sociedad blanca convencional”. Para tal efecto, adelantó estudios con hombres afroamericanos que sufrieron lesiones en la médula espinal. El estudio evidenció la “pobreza, discriminación y exposición a la violencia de bandas, todo lo cual contribuyó a una alienación social previa a la lesión. Los factores prexistentes afectaron el desarrollo de su identidad y sobre todo el ajuste general de su discapacidad”.

Para Stuart (2008) existe una “tentación por representar la experiencia de las personas con discapacidad que forman parte de comunidades étnicas minoritarias como una ‘doble opresión’” En su criterio, tal categorización es “vacía” puesto que muy pocas investigaciones la soportan; “hace ya demasiado tiempo que la retórica sustituye al contenido”. Así las cosas, podría afirmarse mejor, que la opresión sufrida por personas negras con discapacidad es “simultánea” y las aleja de sus similares en la comunidad negra sin discapacidad y de los demás grupos minoritarios, incluidas las personas con discapacidad (p. 327).

La doble opresión, en términos de Carby, citada la obra de Stuart, es una forma que “separa de todos los demás grupos”. Esta forma particular de opresión se presenta en tres esferas: “una individualidad e identidad limitadas o nulas; en segundo lugar, la discriminación de recursos; y por último, el aislamiento dentro de la comunidad de raza negra y la familia”. Con todo, las tres formas de discriminación “ocurren a la vez y no puede entenderse de otro modo” (2008, p. 331).

La inexistencia de una identidad reconocida como persona negra con discapacidad, que vive una experiencia distinta y particular, es un hallazgo común de las investigaciones existentes sobre el particular. En la lucha contra el racismo, la identidad ha servido de refugio para las comunidades negras, entendida aquella “como símbolos, los indicadores, las practicas, las

pautas de empleo y de residencia, etcétera, que separan a un grupo de los demás” (Stuart, 2008, p. 326). Para el autor las personas negras con discapacidad no han podido beneficiarse plenamente de ese refugio “identitario” o participar de manera activa de la construcción de una etnicidad habida cuenta que está desprovista de imágenes de discapacidad. Así, la población con diversidad étnica y discapacidad carece de representantes visibles y sus integrantes “son débiles en sus propias comunidades”.

En ese sentido, Stuart toma el ejemplo del trabajo independiente. Al destacar su importancia como pieza clave de reivindicación de las comunidades negras, describe la desventaja de personas negras con discapacidad: “las limitadas oportunidades de empleo disponibles para la población de raza negra y la incapacidad de aportar recursos a sus familias hace que las personas de raza negra con discapacidad tengan menos poder en el núcleo familiar” (2008, p. 338).

A la situación anotada se suma la asignación sospechosa de recursos del Estado, en el estudio adelantado por Stuart se demuestra que, en la asignación de viviendas en Inglaterra en la década de los noventa, las autoridades adjudicaban casas en los barrios más peligrosos a las comunidades étnicas y especialmente a migrantes y personas afro.

Por otra parte, los movimientos para la defensa de los derechos de las personas con discapacidad no lograron “atraer exitosamente” a las personas con diversidad étnica, se marca de manera pronunciada su ausencia en posiciones influyentes al interior de las organizaciones activistas (Stuart, 2008). En ese sentido, es notoria la falta de representación que aqueja a la población de mujeres negras con discapacidad y “(...) les lleva a experimentar opresión y aislamiento y permite la internalización de la opresión” (Miles, 2019, p. 60).

En el hemisferio, las preguntas en torno al binomio raza/discapacidad han experimentado un incremento sustancial, no obstante, solo manifestaciones aisladas se encuentran en la literatura especializada.

No existen mayores referencias a la cuestión interseccional, etnia-discapacidad, en la literatura latinoamericana, tal y como lo reconoce De Los Ríos (2019: 38). Algunos vestigios de la discusión se avizoran en las ciencias sociales, como la referencia de Mosquera Rosero-Labbé (2017) a la acumulación de desventajas (*handicaps*) de personas con elementos culturales distintos (pero clasificados en una identidad superficialmente reconocida), el “ser, por ejemplo, un hombre gay negro discapacitado y portador del VIH o una mujer lesbiana negra y pobre” (p. 217).

En ese sentido, la acumulación de desventajas sitúa a las personas negras con discapacidad en el rango de poblaciones de alta vulnerabilidad, sin embargo, “(...) es muy probable que los programas de bienestar social y los intervinientes que atienden estos problemas sociales no incorporen estas diferencias a sus prácticas interventivas” (Mosquera Rosero-Labbé, 2017 p. 217).

Agudelo et al. (2021) demuestra, con distintas entrevistas realizadas en el contexto nacional, como las personas con discapacidad son minorías dentro de las minorías afrocolombianas. En sus relatos, distintas personas afro entrevistadas dieron cuenta de la exclusión que sufren las personas con discapacidad en sus comunidades.

Una de las mujeres entrevistadas dio cuenta de su primer contacto con el término “discapacidad” hasta el momento de ingresó a la Universidad. Así, solo hasta su ingreso a la educación superior comprendió que a quienes en sus comunidades se les llama “el mongólico, el bobo, el loco”, son en realidad personas con discapacidad, a quienes se les clasificaba solo de manera despectiva al interior de su comunidad. En el mismo sentido, otra persona (K.A.), relata como las personas con discapacidad pierden su nombre de nacimiento, se les llamaba por la clasificación asignada por la comunidad, “el bobo”, “el loco”, el “chunto”, el “manco” (Agudelo et al., 2021).

Sobre la atribución de causas de la discapacidad, las personas entrevistadas presentan una visión que mezcla aspectos sociales y místicos, propios de la cosmovisión de las comunidades. En ese sentido, la persona M.M., relata como existe una conexión entre la brujería y la

discapacidad. Así, cuenta que en la mayoría de las veces se explica el “volverse loco” o perder una mano, como una consecuencia de la brujería (Agudelo et al., 2021).

Igualmente, la discapacidad es vista como una consecuencia punitiva, un castigo impuesto por violar las leyes religiosas o sociales. Así, por ejemplo, el nacimiento de una niña con labios leporino se explica como una consecuencia por haber sido concebida por fuera del matrimonio. En otras oportunidades, se relaciona con las acciones de las parteras al momento del nacimiento. Así, si la partera ha obrado mal o practica malos hábitos, como la brujería, produce la discapacidad al momento de ayudar a dar a luz (Agudelo et al., 2021).

La exclusión tiene variadas formas, desde el lenguaje o a partir de creencias mágicas o místicas, pero también existe en el plano laboral. En esa medida, en algunas comunidades afro se relega a las personas con discapacidad a oficios determinados, convirtiéndose esta práctica en una forma de explotación. Así las cosas, “el mandadero”, el que cuida el cementerio, son los “locos” a quienes se les ve con miedo, pero al mismo tiempo se les explota (2021).

Así las cosas, es dable concluir que la raza produce experiencias variadas de la discapacidad, se ha documentado la exclusión que sufren las personas afro con discapacidad en la sociedad mayoritaria y al interior de sus propias comunidades, así mismo, los relatos e investigaciones permiten comprender la concurrencia de opresiones simultáneas cuando confluyen dinámicas racistas y capacitistas, aunado a la falta de representación efectiva de la población negra con discapacidad en los movimientos sociales y escenarios públicos. Estos elementos robustecen el argumento central de esta fase de la discusión sobre la necesidad de analizar las cuestiones de la discapacidad a la luz de una metodología interseccional, omnicomprensiva de la multiplicidad de identidades y las necesidades sociales que de ella emanan.

### ***Intersecciones con la orientación sexual***

La idea de que las personas con discapacidad de alguna manera no están interesadas en sexo, o no deben estar interesadas en él, ambas, se derivan de y refuerzan el estereotipo de que las personas adultas con discapacidad son como niños. Este es un prejuicio, una furtiva manera de denegar que las personas

adultas con discapacidad son adultas – o incluso, en un importante sentido, que son completamente seres humanos (Kulick y Rydstrom, 2015, p. 6).

De la misma manera como se abordó el análisis interseccional en género y raza, los autores en materia de orientación sexual, reconocen la existencia de una experiencia doblemente opresiva cuando concurren múltiples identidades, como la discapacidad y la orientación sexual. La concurrencia identitaria produce exclusiones más complejas a partir de las cuales, las PCD con orientación sexual diversa se erigen como la minoría al interior de la minoría. En esa medida, algunos autores señalan que las personas con discapacidad no siempre son aceptadas en las comunidades LGTB (los estudios encontrados se limitan a lesbianas, gays y bisexuales), así mismo, se han documentado prácticas homofóbicas al interior de las comunidades con discapacidad (Fraleley et al., 2007).

Shuttleworth destaca que hasta finales de la década de los ochenta, la relación entre discapacidad y sexualidad en el escenario investigativo estuvo centrado mayoritariamente en la pérdida de funciones sexuales de hombres blancos heterosexuales que adquirieron una discapacidad en su adultez, usualmente por lesiones en la espina dorsal. Así la investigación de la época era masculinista, heterosexual, y agrega el autor, racista, cuyo fin era recuperar el poder hegemónico del falo. No obstante, existen grandes avances en la materia para incluir mujeres y personas con discapacidad en el foco de atención, sigue prevaleciendo la cuestión heterosexual masculina (2007).

En el seno de los movimientos sociales de la discapacidad, los derechos sexuales han ocupado un lugar secundario en la agenda, más enfocada hacia el reconocimiento de derechos en educación, empleo y accesibilidad física (Shuttleworth, 2007). Así, la reacción tardía de los movimientos sociales frente a la cuestión de los derechos sexuales se explica por la preocupación prevalente por los problemas asociados a la accesibilidad y a la idea

generalizada de que las personas con discapacidad carecen de deseo sexual<sup>5</sup> (Fraley et al., 2007).

La sexualidad pasó a ser un punto de preocupación en la década de los ochenta con el incremento de casos de VIH positivo, sin embargo, en los estudios sobre la materia se incluyó muy lentamente a la población con discapacidad, lo cual tuvo lugar por el aumento de personas infectadas con discapacidad especialmente en los países en desarrollo (Shuttleworth, 2007).

En 1996, como aclara Shuttleworth, Tom Shakespeare, junto a Kath Gillespie-Sells, y Dominic Davies, hizo un llamado para integrar un enfoque sociopolítico en la cuestión, en un estudio que presentó hallazgos relacionados con la forma en que las personas con discapacidad ven su sexualidad (2007).

Fraley et al., destaca dos principales aspectos identificados como problemáticos en la vida de PCD gais, lesbianas y bisexuales, (i) el establecimiento de relaciones y (ii) la expresión sexual.

En relación con el primer elemento, los autores encuentran dos barreras concretas:

- a. Actitudes y apariencia física: las posibilidades de presentarse de manera segura, psicológica y físicamente, como personas diversas sexualmente en la búsqueda por compañeros sexuales son pocas, especialmente para mujeres. Igualmente, las imágenes en torno al cuerpo, disminuyen la confianza para conocer otras personas. En ese sentido, los estereotipos de mujeres atléticas, fuertes y activas pueden crear una idea negativa; igual efecto tiene la idea de belleza masculina, cultura fitness y énfasis en la juventud de la comunidad gay.
- b. Accesibilidad: las barreras comunicativas y arquitectónicas disminuyen las posibilidades de encontrar compañeros. Por ejemplo, Langholtz y Rendon (*apud* Fraley et al., 2007)

---

<sup>5</sup> Resalta Fraley et al (2007) que, la presunción de asexualidad impacta profundamente las visiones que las personas con discapacidad tienen sobre sí mismas, adoptan entonces imágenes negativas en torno a su carácter deseable y se frustra el proceso de involucramiento sexual.

encontró que algunas personas sordas buscan afuera de la comunidad para incluir personas oyentes como potenciales compañeros, lo cual genera complejidades en torno a la diferencia lingüística. En el mismo sentido, Marilyn Van Veersen (citada en Fraley et al., 2007), intérprete del lenguaje de señas encontró que existían signos específicos de la comunidad sorda lesbiana que solo se aprendían en interacción con sus miembros.

Igualmente, los diseños arquitectónicos en bares o lugares donde usualmente se buscan encuentros sexuales no son accesibles para muchas personas con discapacidad.

En torno a las posibilidades para la expresión sexual, los autores describen dos barreras distintas:

- a. Creencias acerca de la sexualidad: las personas con discapacidad enfrentan una presunción de imposibilidad para el desempeño sexual o para la producción de placer. “Negativas o restrictivas visiones son predicadas sobre ideas de que el sexo que involucra personas con discapacidad lesbianas, gais o bisexuales no es saludable, no puede ser espontáneo, o no va a ser placentero o significativo si no puede incluir ciertas conductas como relaciones anales u orales entre hombres” (Schover *apud* Fraley et al., 2007).
- b. Complejidades en parejas: el deseo sexual es un elemento que puede tener efectos negativos en las relaciones de personas con discapacidad gais, lesbianas y bisexuales. Como explica Fraley et al.: “Muchos factores relativos a ciertas discapacidades pueden afectar el deseo, incluyendo el dolor agudo o crónico, debilidad muscular, fatiga, y ciertos medicamentos y sus efectos secundarios. Ajustes relativos a la depresión o ansiedad pueden reducir el nivel de deseo sexual (...)” (p. 20).

Igualmente, el nivel de apertura sexual es un aspecto relevante. En ese sentido, “cuando uno o los dos compañeros tienen una discapacidad, la confianza de la pareja en el apoyo social es usualmente mayor que el de las parejas que no tienen discapacidad. El nivel de conflicto y angustia será, por lo tanto, mayor para una pareja lesbiana, gay o bisexual con discapacidad que está luchando por salir” es decir, por identificarse como pareja diversa (Fraley et al., 2007, p. 20).

Para romper las barreras descritas, las investigaciones invitan a las personas a con discapacidad a repensar la sexualidad por fuera de los paradigmas hegemónicos de cuerpos normalizados, a darse la oportunidad de comentar sus experiencias y de explorar nuevas posibilidades en un marco de mayor creatividad y aprovechando los nuevos recursos que se encuentran en la sociedad, tales como las redes sociales y los sitios en internet para el intercambio con otras personas. Igualmente, la literatura da cuenta de una industria naciente de juguetes sexuales para personas con discapacidad, aunque limitada por la ausencia de sus recursos económicos. Ahora bien, una de las posibilidades que mayor curiosidad y problemas genera, es la posibilidad de contar asistencia en el desempeño de actividades sexuales, especialmente cuando la discapacidad impide severamente la movilidad o limita determinadas acciones inherentes a ellas (Fraley et al., 2007).

Para Kulick y Rydstrom (2015) el punto de más álgido en la discusión tiene que ver con el ejercicio de derechos sexuales por parte de personas con discapacidades significativas, aquellos que necesitan asistencia o intervención para el desempeño sexual, sus necesidades y cuestionan axiomas tradicionales de las sociedades occidentales como el de la personalidad individual o la distinción entre lo público y lo privado.

En ese contexto, llama poderosamente la atención el concepto de “sexo facilitado”.

Sexo facilitado, indica Shuttleworth, “es definido como la asistencia en el desempeño de una actividad sexual suministrada por alguien que provee cuidado personal a un cliente (...). Esta asistencia puede incluir posicionamiento de la persona con discapacidad para la masturbación o para el sexo con otro compañero, ayudarla o ayudarlo para desvestirse, asistirlo con estimulación para la persona con discapacidad u para su compañero sexual, transferir a la persona a una cama o un sofá, transportarla a la residencia de un compañero, comprarle condones, o proveer recordatorios sobre control de natalidad. Otra posible tarea (...) es una que suministré como asistente personal de un hombre, facilitando su comunicación en un club de striptease y también solicitando servicios de trabajadores sexuales para él” (2007).

La facilitación del sexo para personas con discapacidades significativas, a través de la asistencia de terceros encargados de su cuidado, es una posibilidad abierta en algunas latitudes comprometidas con la inclusión de los derechos sexuales como un asunto de justicia social.

En ese sentido, el caso danés se erige como ejemplo de un sistema pensado sobre la base de un compromiso político y social con la dimensión sexual de las PCD. Sobre el particular Kulick y Rydstrom (2015) explican:

Los daneses se involucran con estas cuestiones diferentemente. A pesar de que los profesionales daneses, también, están preocupados por el abuso sexual, también dedican una importante cantidad de tiempo y esfuerzos para discutir y promover el placer sexual. Los trabajadores sociales que quieren aprender cómo ayudar a que personas con discapacidad tengan una vida sexual pueden ingresar a un programa especializado de capacitación de dieciocho meses que les entrena para ser lo que se denomina “consejeros sexuales”. El establecimiento de unos *lineamientos sobre sexualidad – al margen de la discapacidad* mencionados antes discuten como los consejeros sexuales y otros ayudantes pueden asistir personas con discapacidades a desempeñar actividades como masturbarse, tener sexo con un compañero, o comprar servicios sexuales con un trabajador sexual.

El caso danés da cuenta de un sistema garantista de las condiciones necesarias para el ejercicio de derechos sexuales. El punto no es asegurar una vida feliz o sexualmente activa, porque esta aspiración no es realista para ninguna persona, tenga o no tenga discapacidad, se trata de implementar mecanismos que permitan el ejercicio de algunas capacidades en términos de Nussbaum, integridad corporal, emociones y afiliación<sup>6</sup>, que autores como Kulick y Rydstrom encuentran directamente relacionadas con la dimensión sexual de las personas con

<sup>6</sup> En líneas anteriores se describieron tales capacidades así:

*Integridad corporal*, ser capaz de moverse libremente de un lugar a otro, estar seguro en contra asaltos violentos, incluyendo asaltos sexuales y violencia doméstica; teniendo oportunidades para la satisfacción sexual y para elegir en materia de reproducción.

*Emociones*, ser capaz de tener apegos por cosas y personas por fuera de nosotros mismos, de amar aquellos que nos aman y nos cuidan, de hacer duelo en su ausencia, en general, de amar, de hacer duelo, de experimentar anhelos, gratitud, e ira justificada. No teniendo un desarrollo emocional frustrado por miedo y ansiedad. (Apoyar esta capacidad significa apoyar formas de asociación que puedan ser conocidas como cruciales en este desarrollo).

*Afiliación*,

- A. Ser capaz de vivir con y para otros, de reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, de comprometerse en varias formas de interacción social; de ser capaz de imaginar la situación de otro. (Proteger esta capacidad significa proteger instituciones que constituyen y alimentan esas formas de afiliación y también protegen la libertad de asociación y expresión política).
- B. Tener la base social para el respeto propio y la no humillación, siendo capaz de ser tratado como un ser digno de valor y de igual trato que otros. Esto implica previsiones de no discriminación por razones de raza, sexo, orientación sexual, etnicidad, casta, religión, origen nacional (Nussbaum, 2007, p. 77 y 78).

discapacidad, quienes, en muchos casos necesitan verdaderos apoyos más que una simple retórica del respeto por su sexualidad (2015).

En relación con los problemas legales que la asistencia personal y sexual genera, Sabatino, en Fraley et al., indica: “No soy experto en esta área, pero incluso si es perfectamente legal en teoría, usar servicios de asistencia personal para actividad sexual, podría ser una papa caliente para los creadores de política pública (...)”. En esa línea, los problemas legales pueden girar en torno a la dificultad de distinguir la ayuda en la actividad sexual de la participación (2007, p. 22).

Los problemas “pragmáticos y éticos” asociados al sexo facilitado son más complejos cuando la persona con discapacidad vive en una casa familiar o una institución. La inexistencia de políticas públicas al respecto deja a las personas con discapacidad la responsabilidad de contratar los servicios, lo cual, genera en muchos casos vergüenza por la vinculación del sexo con la esfera más íntima de la personalidad (Shuttleworth, 2007).

Por la transgresión de la línea divisoria entre íntimo y social, la facilitación del sexo crea riesgos jurídicos para las personas cuidadoras, dada su posible vinculación como participantes en la actividad sexual y no como facilitadores, lo cual, genera miedos en torno a la atribución de responsabilidades penales y civiles (Shuttleworth, 2007).

Igualmente, la asistencia sexual puede generar mayores dificultades para parejas LGB, en la medida en que deberán ser abiertos sobre su sexualidad, exponiéndose a prejuicios conocidos por su orientación (Fraley et al., 2007).

Otro aspecto relevante, que para Shuttleworth (2007) demuestra la resistencia de la política pública a tratar la cuestión es la ausencia de educación sexual en los colegios y comunidades para personas con discapacidad. Es un hecho que, las personas con discapacidad son usualmente aisladas durante la adolescencia, lo cual, sumado a una deficiente educación sexual, conduce a cuadros de represión sobre sus deseos. Igualmente, destaca el autor, se ha documentado que niñas y mujeres con discapacidad se encuentran en alto riesgo de sufrir abuso sexual, esta probabilidad incrementa por la falta de conciencia sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Con todo, la poca educación sexual existente está enfocada en la prevención del abuso, no en el ejercicio de la sexualidad, con lo cual, se convierte en otra forma de opresión. Por esta razón, autores como Mona (*apud* Shuttleworth, 2007), plantean la necesidad de construir una política de “dignidad del riesgo”, en la que se reconozcan los peligros de la población, especialmente con discapacidad mental, garantizando el derecho a buscar realización sexual.

A modo de conclusión, es claro que la intersección entre discapacidad y orientación sexual produce experiencias diversas que merecen ser tratadas con enfoque diferencial, tanto en el campo científico como en sede de construcción de política pública y sistemas normativos. Las especiales vivencias, percepciones y necesidades de la población LGB, refuerzan la idea transversal del presente capítulo, esta es, la existencia clara de elementos diversos e identidades diversas en la población con discapacidad, cuya visibilidad se erige como reto para las investigaciones venideras y el sistema jurídico – político.

## **ANÁLISIS DEL SISTEMA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD**

En el presente capítulo, se abordará la acogida del modelo social en nuestro ordenamiento jurídico desde la perspectiva legal nacional, denotando sus antecedentes y evolución hasta la consolidación del Sistema Nacional de Discapacidad, esquema dentro del cual se ubica el Sistema Distrital de Discapacidad, engranaje sobre el cual gira el presente estudio.

En segundo término, se analiza sistema nacional de discapacidad desde la mirada de la representación de la población y se formulan reflexiones sobre sus principales deudas, causadas por una especie de corporativismo que reduce sustancialmente las oportunidades de participación.

Así mismo, se presentan las principales recomendaciones para reformular el sistema distrital de discapacidad en su dimensión orgánica desde la diversidad, específicamente en lo tocante al Consejo Distrital y de los Consejos Locales de Discapacidad.

## Consolidación del modelo social en el contexto colombiano

Hasta la década de los ochenta, el sistema jurídico colombiano guardó silencio sobre las cuestiones inherentes a la discapacidad. La primera norma con una referencia explícita es la Resolución 14861 del 4 de octubre de 1985, expedida por el Ministerio de Salud “Por la cual se dictan normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de los minusválidos”. La Resolución se enfocó principalmente en aspectos urbanísticos y sanitarios tales como dimensiones de las aceras, calles, señalización, tamaño de las entradas a los edificios, medidas para los baños y duchas, entre otros.

La Constitución Política de 1991 consagró artículos expresos referidos a la discapacidad, aunque no todos redactados de manera afortunada. Al artículo 13, cláusula general de igualdad y personas en condición de vulnerabilidad, se sumó el artículo 47, norma que consagró el deber de atención de quienes el constituyente denominó “físicos, sensoriales y psíquicos” bajo tres pilares fundamentales: previsión, rehabilitación e integración social.

El artículo 47 superior consagró por primera vez en nuestro ámbito constitucional cierto marco de protección de las personas con discapacidad, aunque bajo el paradigma de la minusvalía y claro está, alejado del enfoque de derechos humanos.

Bajo la égida de un nuevo régimen constitucional, se expidió la Ley 361 de 1997, “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”. La norma en cita fue interpretada por la Corte Constitucional, quien ordenó acoger el término “persona en situación de discapacidad”, dejando atrás la expresión “persona con limitación” prevista en su tenor original. Con todo, esta ley se dictó con un claro enfoque normalizador; así, se lee expresamente en el artículo 2 que: “El Estado Colombiano inspira esta ley para la normalización social plena y la total integración de las personas en situación de discapacidad (...)”.

Como marco normativo internacional de “inspiración”, dice el artículo 2 de la Ley, se tienen varios instrumentos internacionales, en su gran mayoría no vinculantes, todos imbuidos por la

misma visión médica (muchos de ellos se analizaron en el acápite dedicado al modelo biomédico), como la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental aprobada por la ONU en 1971, la Declaración de los Derechos de las Personas Impedidas de 1975, el Convenio 159 de la OIT, la Declaración de Sund Berg de Torremolinos, Unesco 1981, la Declaración de las Naciones Unidas respecto a las personas con limitación de 1983 y la recomendación 168 de la OIT de 1983.

La Corte Constitucional, años más tarde, declaró exequible condicionada la expresión “para la normalización social plena y la total integración” del artículo 2 de la Ley 361 de 1997. La sentencia, precedida de una álgida crítica al postulado normativo por inducir el ideal de seres humanos normales y anormales, declaró la constitucionalidad de la norma a partir de una interpretación alternativa. De esta manera, “la expresión ‘normalización social y plena’ también puede ser válidamente comprendida como una referencia, no a las personas en situación de discapacidad, sino al entorno físico y social en el cual se encuentran”, es decir, “normalización” significaría “superación de las barreras sociales que se imponen a las personas con discapacidad” (Corte Constitucional, C-066 de 2013”).

Sin perjuicio del giro hermenéutico de la Corte Constitucional, la norma fue concebida con un claro espíritu normalizador, prueba de ello es el igualmente desafortunado artículo 18, ubicado en el acápite de la “rehabilitación”, cuyo tenor literal reza:

Toda persona en situación de discapacidad que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiere *sufrido* la discapacidad, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus *óptimos niveles de funcionamiento* psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social (Congreso de la República, Ley 361 de 1997) (destacado fuera del texto original).

La discapacidad se describe en la norma en cita como sufrimiento, mitigable si la persona alcanza un “nivel óptimo de funcionamiento”.

Precisamente, aquellos que no son funcionales o competitivos, son relegados al empleo de segunda clase recomendado desde las organizaciones internacionales a mitad del siglo XX, denominado "empleo protegido". En ese sentido, el artículo 22 prescribe el "empleo protegido" para "aquellos casos en que la discapacidad no permita la inserción al sistema competitivo". Las personas contratadas bajo esta modalidad se consideran "menos productivas", por consiguiente se permite su remuneración por debajo del salario mínimo, el 50% de aquel baremo inferior y no menos del 75% para aquellos empleados con discapacidad que aún se encuentren en terapia (Congreso de la República, Ley 361 de 1997).

El legislador plantea, como hicieron las organizaciones internacionales durante la pasada centuria, una tensión entre el ejercicio del empleo y la discapacidad que se mitiga únicamente si existe rehabilitación y en caso de ser "insuperable" mediante un empleo de segunda categoría, mal pagado y sin relevancia social, como lo es el "empleo protegido". Es curioso que el artículo 22 fuere declarado exequible por la Corte Constitucional bajo el entendido de que la relación jurídica que nace entre la persona con discapacidad y el taller protegido no es una relación de trabajo sino terapéutica, de integración y de aprendizaje (Corte Constitucional, C-810 de 2007).

La tensión se advierte igualmente en la redacción del artículo 27 de la Ley 361 en el cual se plantea una especie de incompatibilidad entre la discapacidad y el trabajo en el marco de los concursos públicos.

Así, se lee:

En los concursos que se organicen para el ingreso al servicio público, serán admitidas en igualdad de condiciones la personas en situación de discapacidad, y si se llegare a presentar un empate, se preferirá entre los elegibles a la persona en situación de discapacidad, siempre y cuando el tipo o clase de discapacidad no resulten extremo incompatible o insuperable frente al trabajo ofrecido, luego de haberse agotado todos los medios posibles de capacitación (Congreso de la República, Ley 361 de 1997) (destacado propio).

Otras previsiones en materia de accesibilidad, transporte, educación y eliminación de barreras arquitectónicas se destacan como de avanzada en la Ley 361 de 1997.

El mismo año, el Congreso expidió la Ley 368, en virtud de la cual creó la Red de Solidaridad Social, establecimiento público destinado a la financiación y desarrollo de programas de apoyo a los sectores más vulnerables y en su artículo 3, numeral 2, le asignó la función de “adelantar y coordinar programas que tengan por finalidad promover los derechos constitucionales y contribuir a la satisfacción de las necesidades de las personas” con discapacidad.

El siglo XXI trajo para Colombia importantes avances, en ese sentido, hemos constatado el reconocimiento de la población sordociega - Ley 982 de 2005 -, norma que además reivindicó la lengua de señas y su valor cultural. Con todo, en tratándose de inclusión laboral su tono es similar al de las normas predecesoras, plagado de expresiones sobre lo normal y su opuesto.

El año 2009 es trascendental para el análisis de la historia de la discapacidad en nuestro país, mediante Ley 1346 de 2009 se aprobó la Convención sobre derechos de las personas con discapacidad adoptada por Naciones Unidas en diciembre de 2006, norma hito y consagratoria del nuevo enfoque de derechos inherente al modelo social<sup>7</sup>. Paradójicamente, el mismo año, el Congreso de la República había promulgado la Ley 1306, norma que reforzaba el sistema de sustitución de la voluntad caracterizado por la figura preponderante

---

<sup>7</sup> La influencia del modelo social en la Convención y en nuestro contexto interno es innegable. En esa línea, la Corte Constitucional estableció lo siguiente:

“9.4. Las normas actuales sobre los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad, en especial las contenidas en la CDPD, modifican el paradigma expuesto y adoptan el que se ha denominado como *modelo social de la discapacidad*. Esta concepción se basa en admitir que la discapacidad no es un asunto que se derive exclusivamente de las particularidades físicas o mentales del individuo, sino que también tiene un importante concurso en la misma las barreras que impone el entorno, de diferente índole, las cuales impiden que la persona con discapacidad pueda ejercer adecuadamente sus derechos y posiciones jurídicas.

(...)

10. La jurisprudencia constitucional, a partir de estas premisas, ha concluido que el modelo social es el marco de referencia de las previsiones del bloque de constitucionalidad contenidas en el CDPD. Por lo tanto, como en esta sentencia se ha señalado que ese instrumento de derechos humanos es el estándar más alto de protección de los derechos de las personas en situación de discapacidad, conforma el parámetro de interpretación sobre el contenido y alcance de las prerrogativas constitucionales a favor de esa población, de acuerdo con la regla hermenéutica contenida en el inciso primero del artículo 93 C.P.” (Corte Constitucional, C-066 de 2013).

de la interdicción y sus correspondientes curatelas diseñadas en el marco de la incapacidad jurídica, esquema proscrito por la citada Convención en su artículo 12.

En desarrollo de los postulados de la Convención, el legislador promulgó la Ley 1618 de 2013, norma estatutaria de avanzada en la medida en que, bajo un nuevo paradigma conceptual, radicó sendas obligaciones en cabeza del Estado en el ámbito de la salud, empleo, transporte, educación, cultura, vivienda y participación de las personas con discapacidad.

Precisamente, en el artículo 21 de la citada ley, en el acápite de acceso a la justicia, se ordenó al Ministerio de Justicia, al Ministerio Público, junto con las comisarías de familia y el ICBF, promover un cambio del esquema de sustitución de la voluntad y en esa medida “proponer e implementar ajustes y reformas al sistema de interdicción judicial de manera que se desarrolle un sistema que favorezca el ejercicio de la capacidad jurídica y la toma de decisiones con apoyo de las personas con discapacidad, conforme al artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas”.

En ese contexto nació la Ley 1996 de 2019 que desmontó el sistema de sustitución de la voluntad (interdicción), haciendo efectivos los principios de autonomía individual e independencia contenidos en el artículo 3 de la norma en cuestión. Así las cosas, se otorgó a todas las personas con discapacidad mayores de edad, la facultad de obligarse por sí mismas y crear, modificar y extinguir instituciones jurídicas, es decir, se les reconoció por primera vez en la historia de nuestro país capacidad de ejercicio.

En el interregno ocurrido entre la adopción de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 1346 de 2009) y la promulgación de la Ley 1996 de 2019, se diseñó e implementó el Sistema Nacional de Discapacidad definido como un “conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad contenidos en esta ley” (Congreso de la República, Ley 1145 de 2007).

El sistema ostenta cuatro niveles a saber, conforme el artículo 5 de la Ley:



El Consejo Nacional de Discapacidad está conformado por las siguientes Entidades:

- a) Presidencia de la República,
- b) Ministerios de la Protección Social, Educación Nacional, Hacienda y Crédito Público, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Transporte, Defensa Nacional, los demás Ministros y Directivos de Entidades Nacionales o sus delegados;
- c) Departamento Nacional de Planeación,
- d) Departamento Administrativo de la Función Pública,
- e) Representantes de las organizaciones sin ánimo de lucro de personas con discapacidad física, visual, auditiva, cognitiva, mental, múltiple y sordoceguera.

- f) Personas jurídicas cuyo objeto gire en torno a la atención de las personas con discapacidad (un representante);
- g) Federación de Departamentos (un representante);
- h) Federación de Municipios (un representante);
- i) La academia (un representante).

Las funciones del Consejo Nacional de Discapacidad están contenidas en el artículo 12 de la Ley 1145 de 2007<sup>8</sup> y en el artículo 13 se crea la Secretaría Técnica permanente en cabeza del Ministerio que lo preside (Ministerio del Interior).

---

<sup>8</sup> Las funciones son:

1. Participar y asesorar el proceso para la formulación de la Política Pública para la Discapacidad, en el marco de los Derechos Humanos.
2. Concertar las políticas generales del Sistema Nacional de Discapacidad, para que sean coherentes con el Plan Nacional de Desarrollo.
3. Presentar recomendaciones técnicas y las que correspondan, para el desarrollo de la política social a favor de las personas con algún tipo de discapacidad.
4. Verificar el cumplimiento, hacer seguimiento de la puesta en marcha de las políticas, planes, estrategias y programas de intervención del sector de la discapacidad.
5. Conceptuar sobre los proyectos de ley y de decretos para desarrollar los principios, derechos y deberes de las personas con discapacidad y la prevención de las mismas.
6. Promover la apropiación de presupuestos en las entidades nacionales y territoriales que conforman el Sistema, en búsqueda de garantizar los recursos necesarios para ejecutar los planes, programas y proyectos del Plan Nacional de Discapacidad.
7. Proponer mecanismos para la conformación, consolidación y puesta en marcha de los grupos de enlace sectorial GES.
8. Promover las alianzas estratégicas entre el Gobierno, sector privado, ONG y organismos internacionales para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con algún tipo de discapacidad.
9. Darse su propio reglamento.
10. Proponer los ajustes y cambios necesarios de la política pública y del Plan Nacional de intervención para la discapacidad.
11. Promover la difusión y el cumplimiento de las disposiciones, principios y derechos establecidos y reconocidos por la Constitución Política Nacional y las demás disposiciones legales que reglamenten la materia.

Los Comités Departamentales y Distritales tiene la connotación de “nivel intermedio de concertación, asesoría, consolidación, seguimiento y verificación de la puesta en marcha de la Política Pública” y se conforman conforme lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley y la reglamentación vertida en la Resolución 3317 de 2012 del Ministerio de Salud. Igualmente, las normas en cita son aplicables a los Consejos Locales de Discapacidad, instancias de la base inferior de la pirámide.

Es de anotar, que los Consejos Territoriales adquieren una forma particular en el Distrito Capital de Bogotá, en cuanto a su estructura y denominación.

## **Del Sistema Distrital de Discapacidad**

En este capítulo se describe el Sistema Distrital de Discapacidad desde dos dimensiones a saber: (i) material; relativa a los planes y proyectos que lo desarrollan y (ii) orgánica; el conjunto de las instancias que lo componen,

### ***Dimensión material***

El Sistema Distrital de Discapacidad nació con el Acuerdo Distrital 137 de 2004 y se denominó como “Sistema Distrital de Atención Integral de Personas en condición de discapacidad”; fue definido además “como un conjunto de instancias y procesos de desarrollo institucional y comunitario, que a través de los mecanismos de planificación, ejecución, seguimiento y control social, articulados entre sí” (Concejo de Bogotá).

- 
12. Contribuir al desarrollo de estrategias que permitan crear condiciones de institucionalización del tema de discapacidad, en las diferentes entidades públicas y privadas, haciendo de este un tema transversal a las mismas.
  13. Proponer los nombres de los representantes del sector de la discapacidad a los diferentes eventos internacionales, relacionados con este sector y conceptuar sobre los informes presentados por estos al Ministerio de la Protección Social.
  14. Las demás que le sean asignadas por ley o que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del CND.

Conforme el Acuerdo 505 de 2012, modificadorio del Acuerdo 137 de 2004, el Sistema se define como “(...) el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas, instituciones y procesos sociales y comunitarios que permiten la puesta en marcha de los principios de la política pública de discapacidad para el Distrito Capital consagrados en el Decreto 470 de 2007 y actúa como el mecanismo de coordinación, asesoría y articulación de los diferentes actores sociales e instituciones que intervienen en la atención de las personas con discapacidad, sus familias, sus cuidadoras y cuidadores a través de la planificación, ejecución, seguimiento y control social en el marco de los derechos humanos”.

En su faceta material, el sistema está dado por el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, procesos de desarrollo institucional y comunitario y programas que permiten la ejecución de la Política Pública de Discapacidad de la ciudad, vertida en el Decreto Distrital 470 de 2007 y cuya vigencia tuvo lugar entre los años 2007 y 2020. Es de anotar que, en la actualidad, la ciudad se encuentra en proceso de discusión y formulación de la nueva política pública.

El Decreto Distrital 470 de 2007 representó un avance fundamental en el contexto de las políticas públicas para la población con discapacidad; conviene aproximarse a algunos aspectos clave del documento para comprender en mayor medida la magnitud de la progresión que implicó su expedición y las bases sólidas que deja como legado para la confección de una política para la ciudad.

El concepto de discapacidad contenido en el Decreto contiene algunas aristas interesantes. En un primer término, es evidente que se abandona la perspectiva hegemónica del modelo biomédico; así, atribuye a la categoría el carácter de compleja y multicausal. Asimismo, refleja la influencia del modelo social al reconocer que “(...) la discapacidad es un concepto dinámico porque es el resultado de la interacción entre la persona y el ambiente en que vive” (Distrito Capital de Bogotá, Decreto Distrital 470 de 2007, artículo 1).

El enfoque de la política está claramente alineado con la teoría de las capacidades explicada en el capítulo 2 del presente estudio, lo cual se colige de la lectura del artículo 4, en el cual se

define la categoría “desarrollo humano” como “el incremento de las oportunidades y capacidades de las personas para hacer realidad el proyecto de vida que se han propuesto”. Simulando un ejercicio similar al de Nussbaum y su propuesta de capacidades, el artículo 4 en cita formula 4 “libertades” (Distrito Capital de Bogotá, Decreto Distrital 470 de 2007):

1. Disfrutar de una vida prolongada y saludable.
2. Adquirir los conocimientos que le permitan apropiarse del acumulado de la cultura.
3. Participar de las decisiones sobre el destino de su comunidad.
4. Estar despojada del miedo a la violencia.
5. Contar con ingresos suficientes para solventar un nivel de vida digno.

Vertido el listado de “libertades”, la norma en cita da cuenta, una vez más, de la influencia del pensamiento político de Nussbaum, al concluir que “(...) el desarrollo humano implica la ampliación de capacidades de la gente, por la gente y para la gente”.

Se destaca igualmente el enfoque de derechos de la política a las voces del artículo 5, en virtud del cual se “(...) parte de considerar los derechos consagrados en la Constitución Política de Colombia, su proyección y aplicabilidad social, económica y cultural bajo principios de equidad, autonomía y participación con un sentido democrático”.

Es necesario destacar que para el año 2007 nuestro país no había acogido la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad, por lo que, el enfoque de derechos de la política y su marcada influencia de la teoría de las capacidades, la proyectan como un documento precursor de los discursos que luego fueron acogidos en normas de avanzada como la Ley 1618 de 2013 y 1996 de 2019.

La política se desarrolla a través de una serie de dimensiones, entendidas como espacios “(...) de expresión de los habitantes de la ciudad en el que confluyen las creencias y las percepciones diversas con la intención de construir colectivamente una representación del tejido social” (artículo 8).

Las dimensiones sobre las cuales se estructura la política pública son cuatro a saber: (i) desarrollo de capacidades y oportunidades; (ii) ciudadanía activa; (iii) cultural y simbólica y (iii) entorno, territorio y medio ambiente. Cada una de estas dimensiones se desarrolla en los artículos 12 a 31 del Decreto 470 de 2007 en comento y reflejan verdaderos deberes en cabeza del Distrito Capital para garantizar y hacer efectivos los derechos reconocidos a la población con discapacidad de la ciudad.

En el marco de la política pública plasmada en el Decreto Distrital 470 de 2007, el Distrito Capital y el Concejo de la ciudad ha proferido un conjunto de normas tendientes a garantizar el ejercicio de derechos de la población con discapacidad en las dimensiones antes anotadas.

### ***Dimensión orgánica***

Como se indicó en el capítulo precedente, nuestro sistema jurídico nacional despertó el interés por la discapacidad hacia finales de los ochenta y en particular durante la década de los noventa, tendencia que no fue ajena al Distrito Capital. En 1994, el Concejo de Bogotá dictó el Acuerdo 016 en virtud del cual se ordenó la conformación del Consejo Distrital “para el discapacitado” como Ente encargado de coordinar y asesorar los programas de atención de las personas “discapacitadas” en la ciudad.

El Consejo, presidido por el Alcalde Mayor de Bogotá, se conformaba los Secretarios de Salud, Obras Públicas y Educación y los Directores del Departamento Administrativo de Bienestar Social, del Instituto para la Recreación y el Deporte y del Instituto de Cultura y Turismo. En este esquema, las personas con discapacidad solo tenían participación en calidad de invitadas. En ese sentido, cuatro representantes de asociaciones de “discapacitados” reconocidos por la Alcaldía tenían dicha calidad.

Las funciones principales del Consejo Distrital “para el discapacitado” eran a saber: proponer y determinar de políticas públicas que deben seguir las administraciones públicas, propender por el diseño y operación de un sistema de captura, sistematización y reporte de datos para hacer seguimiento a la atención de personas con discapacidad, la coordinación en el ámbito

público y académico y la divulgación de programas y seguimiento a los mismos. En particular, el artículo 3 presta una importante atención a los programas de rehabilitación, así, el Consejo se encargaba de velar porque la rehabilitación se prestará a las personas con discapacidad hasta alcanzar “sus niveles óptimos”.

En cumplimiento de lo dispuesto en el Acuerdo 016 de 1994, el Alcalde Mayor de Bogotá expidió el Decreto 801 de 1995, mediante el cual conformó el Consejo Distrital con la estructura y funciones descritas anteriormente (y el mismo enfoque rehabilitador). Igualmente, en el citado Decreto se delegó al Consejo Distrital para el discapacitado la función de crear los Consejos Locales de Discapacidad, a los que se refiere el artículo 5 del Acuerdo 016 junto con los “lineamientos generales para su funcionamiento”.

En 1999, se derogó el Acuerdo 016 y en su lugar se expidió el Acuerdo 022 del 06 de octubre de 1999, el cual mantuvo, en esencia, la estructura de su norma antecesora, aunque cambió la denominación del órgano coordinador y asesor, el cual pasó a llamarse “Consejo Distrital para las personas que presenten limitantes de carácter físico, psíquico o sensorial”. En su conformación, no hacía parte la Secretaría de Obras Públicas y en su lugar se incorporó el Instituto de Desarrollo Urbano.

El Acuerdo 022 consagró en su artículo 5, nuevamente, la posibilidad de creación de Consejos Locales, sometida a iniciativa del Consejo Distrital para las personas que presenten limitantes de carácter físico, psíquico o sensorial, cuyo funcionamiento estaría determinado por el mismo Consejo Distrital.

Como se indicó, no fue sino hasta el año 2004 cuando se consagró un Sistema Distrital, avance que tuvo lugar con la expedición del Acuerdo Distrital 137 de 2004, derogatorio del Acuerdo Distrital 022 de 1999.

El Sistema Distrital de Discapacidad, debe decirse, es un modelo arquetípico, pionero en nuestro país. Nótese que el Sistema Nacional de Discapacidad fue concebido tres años después con ocasión de la Ley ordinaria 1145 de 2007, cuyo articulado siguió la ruta trazada

por el Acuerdo Distrital 137 de 2004 especialmente en cuanto la estructura general del Consejo Nacional de Discapacidad se trata.

En su dimensión orgánica, el Sistema Distrital de Discapacidad se compone por el Consejo Distrital de Discapacidad y los Consejos Locales, a razón de uno por cada localidad.

En lo tocante al Consejo Distrital de Discapacidad, ya bajo la égida del Sistema, se otorgó una mayor participación Entidades del orden distrital. Así, el Consejo se conforma, por mandato del Acuerdo Distrital 137 de 2004, por el Alcalde Mayor o su delegado y los secretarios de Gobierno, Salud, Educación, Tránsito y Transporte. Así mismo, participan los directores del Departamento Administrativo de Bienestar Social, Departamento Administrativo de Acción Comunal Distrital, Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte. I.D.R.D., Instituto de Desarrollo Urbano I.D.U, Instituto Distrital de Cultura y Turismo I.D.C.T.

Igualmente, los representantes de la población con discapacidad, pasaron de 4 a 6; cada uno representa un tipo de discapacidad a saber: visual, auditiva, cognitiva, mental, física y múltiple, quedando por fuera de consideración la sordoceguera, tipo único de discapacidad reconocida en el sistema con posterioridad. Por último, participa como miembro permanente un representante del Comité Técnico, órgano creado en el Acuerdo como instancia asesora técnica del Consejo Distrital y los Consejos Locales, conformado por un delegado de los organismos que componen el Consejo Distrital y los representantes de la población.

Los Acuerdos anteriores consagraron como función principal del Consejo Distrital la de “determinar” y “proponer” de la política a seguir por parte de la administración distrital, a contrapelo, la nueva normatividad abandona dicho enfoque y establece como funciones las de “asesorar” y “concertar” la política pública. La aparente disminución de las posibilidades decisorias puede considerarse como una consecuencia natural de la creación de un sistema de mayor robustez en donde participan instancias adicionales, como el Comité Técnico antes referenciado y la Secretaría Técnica, órgano gestor que permite la operatividad del modelo.

De la misma manera, como aspecto novedoso, el Acuerdo Distrital 137 de 2004, a diferencia de sus predecesores, reglamentó la composición y funcionamiento de los Consejos Locales de Discapacidad, en el marco de lo que se denominó el “Sistemas Locales De Atención Integral De Personas”. En cuanto a su conformación, se extrapoló la estructura del Consejo Distrital, pero ajustándolo a la dimensión local, y en cuanto a sus funciones se consignaron las siguientes (Acuerdo 137 de 2004, Concejo de Bogotá, artículo 16):

1. Promover la construcción de la política y plan local de discapacidad para que sean armónicos con el Plan Distrital de Discapacidad y el Plan de Desarrollo Local en materias relacionadas con las personas en condición de discapacidad.
2. Asesorar a las autoridades locales en la formulación de programas, planes y proyectos a favor de las personas en condición de discapacidad de la localidad.
3. Concertar los planes anuales de trabajo que se definan de las actividades que se desarrollarán de manera articulada con las otras instancias del Sistema Distrital de Discapacidad y con los distintos mecanismos de control social vigentes en el Distrito Capital.
4. Ejercer veeduría y control social sobre el desarrollo de los programas, planes y proyectos de la localidad en pro de las personas en condición de discapacidad, de acuerdo a las directrices del Plan Distrital de Discapacidad el Plan de Desarrollo Local y Distrital.
5. Asesorar a las instituciones y grupos de personas en condición de discapacidad para presentar anualmente y entre los meses de julio y agosto de cada vigencia, ante la Junta Administradora Local los proyectos sobre prevención, atención en salud, habilitación, rehabilitación, educación, orientación, integración laboral y garantía de los derechos fundamentales económicos, culturales y sociales de las personas en condición de discapacidad, tendientes a mejorar el bienestar de las mismas y de sus familias, en consonancia con las políticas Distritales.
6. Realizar la actualización del Sistema Local de Información sobre demanda de servicios de salud, recreación, educación, bienestar y otros de este grupo poblacional y participar, fomentar, desarrollar, incrementar y complementar sistemas locales de información de discapacidad, articulados con el Sistema Distrital de Información.

7. Presentar un informe semestral, al Consejo Distrital de Discapacidad en los meses de enero y julio de cada vigencia, de la evaluación de gestión y resultados de la localidad, incluyendo los informes de gestión de cada uno de los sectores y los resultados de la gestión adelantada por cada uno de los representantes de las organizaciones locales.
8. Promover la divulgación y difusión en el ámbito local de las normas, derechos, deberes, competencias y mecanismos de participación de las personas en condición de discapacidad para favorecer su bienestar y el de sus familias.
9. Elegir a los delegados que asistirán al Consejo Distrital como representantes de los Consejos Locales de Discapacidad.
10. Elaborar su propio reglamento interno.

Es de anotar que el Consejo Distrital de Discapacidad de Bogotá cumple las funciones del Comité Distrital previsto en la Ley 1145 de 2007, por lo cual, sirve de instancia intermedia de “concertación, asesoría, consolidación, seguimiento y verificación” de la política pública entre el nivel nacional y local.

Igualmente, el Acuerdo asignó, por primera vez, funciones y competencias a tres órganos vitales del sistema: Comité técnico de Discapacidad, Secretaría Técnica de Discapacidad y Consejos Locales de Discapacidad.

El Acuerdo Distrital 137 de 2004 fue modificado ocho años más tarde a través del Acuerdo Distrital 505, expedido por el Concejo de Bogotá en el 2012, norma que se encuentra vigente con algunas modificaciones previstas en el Acuerdo Distrital 548 de 2016. Las modificaciones contenidas en la norma en cita se explican a continuación.

En primer lugar, se modificó la definición del sistema, abandonando la visión médico rehabilitadora del Acuerdo Distrital 137 y consagrando un concepto genérico. Se deja atrás entonces el objetivo de lograr la habilitación y rehabilitación y se concreta el objeto en una idea simple, como lo es poner en “marcha de los principios de la política pública de discapacidad para el Distrito Capital consagrados en el Decreto Distrital 470 de 2007”. Igualmente, se ratifica la naturaleza coordinadora, asesora y articuladora del Consejo en el

marco de las relaciones entre actores sociales, instituciones, personas con discapacidad, sus familias, sus cuidadoras y cuidadores, reconociendo la relevancia de estos últimos en el ámbito de la discapacidad.

Así mismo y por primera vez, el Acuerdo ubica la discapacidad en el ámbito de los derechos humanos, forjando dos pilares y cometidos esenciales: la inclusión y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

En cuanto a la composición del Consejo, se pasa de 10 Entidades participantes a 13, aparte del alcalde, son diez secretarías (Gobierno; Salud; Educación; Movilidad; Integración Social; Desarrollo Económico; Cultura, recreación y deporte, Planeación, Hábitat, Hacienda), un Instituto (Participación y Acción Comunal IDPAC) y un delegado del Comité Técnico de Discapacidad de una Entidad distinta a la cual pertenece la Secretaría Técnica.

Igualmente se amplió el número de representantes de la población con discapacidad, sumando a las 6 preexistentes (visual, auditiva, cognitiva, mental, física y múltiple) la sordoceguera, completando un total de 7 voceros de la población, ajustando así la tipología de discapacidad a la normatividad nacional, contenida actualmente en la Resolución 1239 de julio de 2022 expedida por el Ministerio de Salud.

Por su parte, el Acuerdo Distrital 505 de 2012 fortalece tres órganos relevantes del sistema a saber: el Comité Técnico, la Secretaría Técnica y los Consejos Locales (hablar de cada uno).

En cuanto al Comité Técnico, el Acuerdo fortalece su estructura, en la medida en que, en el Acuerdo 137 estaba conformado por delegados de las mismas Entidades que hacían parte del Consejo Distrital de discapacidad y los representantes de la población; ahora, se suman 3 Institutos más (Instituto para la Recreación y el Deporte IDR; Instituto de Desarrollo Urbano IDU; Instituto para la Economía Social IPES) y se establece la participación de Transmilenio S.A.

Sus funciones, reglamentadas en el artículo 11, se incrementan en comparación con las fijadas en el Acuerdo 137 de 2004. Lo mismo sucede con la Secretaría Técnica, se incrementan y precisan sus funciones, pasando de 9 a 12.

En conclusión, el Sistema Distrital de Discapacidad es un modelo, pionero en el país, en el que interactúan planes, políticas, instancias y Entidades con el fin principal de facilitar la puesta en marcha de la política pública de Discapacidad en la ciudad. En su dimensión orgánica el sistema está conformado por instancias robustas como el Consejo Distrital y los Consejos Locales en los cuales participa el Gobierno Distrital y la población con discapacidad representada por personas adscritas a organizaciones sin ánimo de lucro por cada tipo de discapacidad.

A continuación, se formula la propuesta de actualización del Sistema Distrital de Discapacidad en el marco del reconocimiento de la diversidad y la influencia del conflicto armado en la ciudad. Adicionalmente, se dejará planteado el debate en torno a la posible representación de las personas del cuidado en las instancias de participación.

### **Propuesta de actualización del Sistema Distrital de Discapacidad en su dimensión orgánica**

En las siguientes líneas se consignarán las recomendaciones para la actualización del Sistema Distrital de Discapacidad en su dimensión orgánica, es decir, en lo tocante a su estructura e instancias de participación en dos secciones a saber:

En un primer momento, se presenta el análisis constitucional del esquema legal actual previsto para la elección de los representantes de la población con Discapacidad en el Consejo Distrital y Consejos locales de Discapacidad en la ciudad de Bogotá. En esa medida, se revisará la constitucionalidad de los requisitos exigidos por la Ley 1145 de 2007 en sus artículos 10 y 16, en particular, la exigencia de pertenecer a una organización sin ánimo de lucro de personas con discapacidad como habilitante para ejercer el derecho a ser elegido representante.

En segundo término, en desarrollo de los análisis presentados en el acápite anterior en el ámbito de la interseccionalidad, se responde si existen presupuestos jurídicos para la recomposición del Sistema Distrital de Discapacidad en el marco de la diversidad, reivindicando el rol de las mujeres con discapacidad; personas afrodescendientes, negras, raizales y palanqueros con discapacidad e; integrantes del pueblo ROM. Adicionalmente se formulan argumentos para la inclusión de las víctimas del conflicto armado en los Consejos, Distrital y Locales y se deja sentada la discusión sobre la posible representación de personas cuidadoras en las instancias de participación.

### ***Elección de los representantes de la población para el consejo distrital de discapacidad y consejos locales en el marco de la Ley 1145 de 2007 y el Decreto nacional 1350 de 2018***

La población con discapacidad de la ciudad transmitió su inquietud respecto del requisito exigido por la normatividad nacional para ser candidato en las elecciones de los representantes de las siete clases de discapacidad al Consejo Distrital de Discapacidad, en el sentido de ser obligatoria su pertenencia a una organización sin ánimo de lucro para habilitarse en el marco de tal aspiración.

Así, para la población con discapacidad de Bogotá entrevistada, la obligada pertenencia a una organización de discapacidad, es decir, a una persona jurídica sin ánimo de lucro, se erige como un obstáculo para la participación, en la medida en que no permite que personas con discapacidad independientes (que no son integrantes de ninguna organización) o integrantes de organizaciones informales hagan parte de la contienda electoral. En su sentir, esta exigencia ha disminuido sustancialmente la participación y atribuyen este efecto al Decreto 1350 de 2018 en comento.

Bajo este contexto, dos aspectos serán objeto de análisis. En primer lugar, se ubicará el requisito cuestionado en el sistema jurídico nacional, para establecer su fuente. En segundo lugar, se analizará si la exigencia en comento dificulta la participación de la población con

discapacidad en el ámbito público y en caso afirmativo las eventuales rutas de acción jurídica para solventar las dificultades.

La pertenencia a una organización o persona jurídica de discapacidad, para habilitarse como candidato a los comités territoriales y en el caso de Bogotá para el Consejo Distrital de Discapacidad, proviene de la Ley 1145 de 2007, por la cual se creó el Sistema Nacional de Discapacidad (SND) en Colombia.

La Ley 1145 de 2007, contiene dos normas relevantes sobre el particular, en primer lugar, el artículo 10, que dicta la conformación del Consejo Nacional de Discapacidad, y por otro lado, el artículo 16, que regula la conformación de los Comités Territoriales de la Discapacidad.

En el artículo 10 se lee que el Consejo Nacional de Discapacidad, órgano máximo consultor del orden nacional, está conformado el Gobierno Nacional (presidente, Ministros, Departamentos Administrativos) y por “representantes de las organizaciones sin ánimo de lucro de personas con discapacidad” de los distintos tipos de discapacidad (física, visual, auditiva, cognitiva, mental, múltiple y sordoceguera).

Por su parte, el artículo 16, define como se conforman los Comités Territoriales y Locales, que para el caso de Bogotá son el Consejo Distrital de Discapacidad y los Consejos Locales de que trata el Acuerdo 505 de 2012 y demás normas concordantes. Así, los Comités Territoriales se conforman por el Gobierno municipal o distrital y representantes de las organizaciones sin ánimo de lucro de personas con discapacidad, de cada uno de los tipos de discapacidad (aunque otorga solo un lugar para la discapacidad mental y la cognitiva en conjunto, aspecto corregido en el plano Distrital, en el cual se disgregan tales tipos de discapacidad).

Así las cosas, es claro que el requisito cuestionado por la población con discapacidad está incrustado en el corazón del Sistema Nacional de Discapacidad, creado con ocasión de la Ley 1145 de 2007. Precisamente, el proyecto de ley bajo el cual se concibió esta Ley, proyecto 122 de 2005, daba cuenta de la intención del legislador de dar voz a las organizaciones con discapacidad, movimientos invisibilidades en el sistema jurídico nacional hasta el momento:

El segundo problema ha sido la falta de legitimidad o ausencia, de las organizaciones de la sociedad civil que finalmente representan a las personas con discapacidad y aquellas que en un porcentaje del 79% son las que intervienen en la atención a esta población (Cámara de Representantes, proyecto de ley número 122 de 2005, gaceta 591 de 2005).

En efecto, el objetivo principal de la ley fue el de garantizar la participación de las organizaciones de personas con discapacidad; así se relataba en la ponencia para el primer y segundo debate al proyecto de ley número 122 de 2005 al interior de la cámara de representantes, ocurridos el 05 de diciembre de 2005 y el 8 de mayo de 2006, en los cuales se indicó que:

El objeto del presente proyecto consiste en formular e implementar una política pública en discapacidad, la cual debe ser coordinada entre todas las entidades públicas del orden nacional, regional y local organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil (negrillas y destacado fuera del texto original) (Gaceta del Congreso de la República No. 891 de 2005 y 131 de 2007).

Aunado a lo anterior, debe tenerse en cuenta, como segunda norma relevante sobre el asunto, el Decreto 1350 de 2018, en el cual se reglamentan los requisitos para la constitución de las organizaciones formales de personas con discapacidad, a los cuales, se anuncia, se les acusa de excesivamente rígidos.

El aludido Decreto tiene como ámbito de aplicación regular "(...) las organizaciones de personas con discapacidad, que tengan por objeto representar a las personas con discapacidad ante las instancias locales, municipales o distritales, departamentales, nacionales e internacionales, estableciendo los requisitos que deben cumplir tales organizaciones en el marco de su representatividad, fijando las medidas para su fortalecimiento y para garantizar el derecho a la participación plena de sus asociados".

Las organizaciones de personas con discapacidad tienen a su cargo la representación de las personas ante las autoridades públicas y privadas, “en los ámbitos y espacios de participación que contemple la ley, sin perjuicio de la capacidad de ejercicio que tiene cada persona con discapacidad” (Presidencia de la República, Decreto 1350 de 2018, artículo 2.3.3.1.9).

Las organizaciones formales pueden constituirse por 3 razones: a) por el tipo de discapacidad, b) por objetivos, actividades o intereses en común entre personas con distintas discapacidades y c) por proximidad geográfica, existiendo la posibilidad de constituir federaciones y confederaciones (Presidencia de la República, Decreto 1350 de 2018, artículo 2.3.3.1.7).

Las organizaciones con discapacidad deben estar conformadas como mínimo por un 70% de personas con discapacidad salvo en los casos de discapacidad cognitiva, sordoceguera y múltiple, caso en el cual es permitida la constitución con la mitad más uno de personas con discapacidad.

Por su parte, las organizaciones deben cumplir con un número mínimo de asociados, dependiendo del tamaño del municipio o distrito al que están asociadas. En esa línea, el artículo 2.3.3.1.8 del decreto clasifica las organizaciones en locales, municipales o distritales, departamentales y nacionales.

En tratándose de las organizaciones municipales y distritales, se previó “(...) un mínimo de asociados de acuerdo con el número de habitantes de los municipios donde se conformen”, plasmado en la siguiente tabla:

Distritos y municipios con población superior a ocho millones un habitantes (8.000.001)	90 asociados
Distritos y municipios con población comprendida entre seis millones un (6.000.001) habitantes y ocho millones (8.000.000)	80 asociados
Distritos y municipios con población comprendida entre cuatro millones un (4.000.001) habitantes y seis millones (6.000.000)	60 asociados
Distritos y municipios con población comprendida entre un millón un (1.000.001) habitantes y 4 millones (4.000.000)	50 asociados

Distritos y municipios con población comprendida entre cien mil un (100.001) habitantes y un millón (1.000.000)	40 asociados
Municipios con población comprendida entre cincuenta mil un (50.001) habitantes y cien mil (100.000)	30 asociados
Municipios con población igual o inferior a cincuenta mil habitantes (50.000)	10 asociados
Localidades del Distrito Capital de Bogotá	20 asociados
Localidades de otros distritos	10 asociados

Tomado del Decreto Nacional 1350 de 2018

A partir de la expedición del Decreto 1350 de 2018, la población con discapacidad entrevistada observó una baja sensible en la participación que obedece a dos aspectos conectados entre sí, por un lado, la formalización de las organizaciones de las personas con discapacidad y los requisitos para su conformación y funcionamiento.

En el desarrollo de las entrevistas semiestructuradas adelantadas en el marco de esta investigación, la representante por la población con discapacidad cognitiva al Consejo Distrital relató que las organizaciones de personas con discapacidad son en su gran mayoría informales, una minoría logra formalizarse y una fracción muy pequeña lograr cumplir los requisitos establecidos en el Decreto Nacional 1350 de 2018. Indicó que las últimas cifras de IDPAC el 78% de las organizaciones de personas con discapacidad son informales y la minoría que se formaliza se caracteriza por tener alianzas con empresas que las financian, privilegio del cual no gozan todos los colectivos que en muchos casos adolecen de una adecuada financiación.

En igual sentido, el representante de la población con sordoceguera, indicó que existe una élite al interior de la población con discapacidad que controla gran parte de las organizaciones, reduciendo ostensiblemente las posibilidades de participación a ciudadanos no pertenecientes a dichos círculos. Esta posición fue refrendada por el representante de la población con discapacidad física, quien experimentó tales limitaciones en su aspiración al Sistema Nacional de Discapacidad.

No obstante, resulta curioso que el Decreto 1350 de 2018 fue concebido con participación de la población con discapacidad, tal y como se destaca en los considerandos Decreto Distrital 154 de 2020, reiterados en la parte motiva del Decreto 298 de 2021. Así, se lee en dichos textos:

Que, el Decreto Nacional 1350 de 2018 "Por el cual se adiciona el Título 3, a la Parte 3, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, denominado de las personas con discapacidad y se adiciona un capítulo sobre medidas para la creación y funcionamiento de las organizaciones de personas con discapacidad que las representen ", fue concertado y proyectado con organizaciones de Personas con discapacidad (PcD), garantizando con esto la participación y cumplimiento a la premisa "nada sobre nosotros sin nosotros" (Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá, Decreto 154 de 2020).

Como corolario de lo anterior, se identifican dos problemáticas distintas, aunque relacionadas entre sí. Por un lado, la exigencia de pertenencia a una organización para habilitarse como candidato a los comités territoriales y en el caso de Bogotá al Consejo Distrital y los Consejos Locales y por el otro, los requisitos para la conformación de funcionamiento de esas organizaciones. Si el reparo es contra el primer aspecto del sistema, las discusiones deben darse en el marco de la inconstitucionalidad de la ley 1145 de 2007, a contrapelo, si la acusación se dirige al segundo aspecto, el debate gira alrededor de la inconstitucionalidad o legalidad del Decreto Nacional 1350 de 2018.

En este estado de la argumentación, conviene preguntarse, ¿los artículos 10 y 16 de la Ley 1145 de 2007, en los cuales se exige la pertenencia a una organización sin ánimo de lucro de personas con discapacidad como requisito para ser representante de la población con discapacidad en el Consejo Nacional de Discapacidad y Comités Territoriales, es violatorio del régimen constitucional vigente?

Para responder el interrogante en cuestión, conviene adentrarse en algunas consideraciones constitucionales sobre el derecho de libre asociación definido por la Corte Constitucional de la siguiente manera:

(...) resultante de la acción concertada de varias personas que persiguen objetivos comunes de vinculación “para la realización de un designio colectivo” -, es un derecho constitucional reconocido por diversos tratados internacionales (Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 20-2; Pacto de Derechos Civiles y Políticos, art.22) (Corte Constitucional, C-399 de 1999).

El derecho a la libre asociación este compuesto por dos dimensiones a saber: positiva y negativa. En cuanto a la primera, la Corte precisó:

(...) el primer aspecto del derecho de asociación, - de carácter positivo- , puede ser descrito como la “facultad de toda persona para comprometerse con otras en la realización de un proyecto colectivo, libremente concertado, de carácter social, cultural, político, económico, etc. a través de la conformación de una estructura organizativa, reconocida por el Estado”, capacitada para observar los requisitos y trámites legales instituidos para el efecto y operar en el ámbito jurídico (Corte Constitucional, C399 de 1999).

Por su parte, la dimensión negativa, la más importante para los efectos del presente documento, se define como:

El segundo, de carácter negativo, conlleva la facultad de todas las personas de “abstenerse a formar parte de una determinada asociación y la expresión del derecho correlativo a no ser obligado, -ni directa ni indirectamente a ello-, libertad que se encuentra protegida por los artículos 16 y 38 de la Constitución” (Corte Constitucional, C399 de 1999).

Así las cosas, en palabras de la Corte, es inconstitucional: “(...) **forzar a las personas a vincularse a una determinada organización, o hacer de tal vinculación un elemento necesario para tener acceso a un derecho fundamental, - como el trabajo, por ejemplo-, o condicionar los beneficios que normalmente podrían lograrse sin tener necesariamente que asociarse, a la existencia de un vínculo obligatorio en este sentido**” (Corte Constitucional, C399 de 1999).

Conforme a lo anteriormente expuesto, pareciera que la vinculación a una organización como obligación para poder ejercer la representación de la población con discapacidad es abiertamente inconstitucional, no obstante, dicha conclusión debe analizarse con detenimiento, habida cuenta que el legislador ha plasmado requisitos similares en otros casos.

En ese orden de ideas se tiene que, para ser candidato al Congreso de la República por parte de una circunscripción especial de comunidades afrodescendientes se requiere, por un lado, pertenecer a una comunidad afrodescendiente y por otra parte, contar con un aval por parte de una organización inscrita ante la Dirección de Asuntos de Comunidades Negras del Ministerio del Interior. Estas exigencias tienen como fin de garantizar la seriedad del proceso de elección y asegurar la etnicidad de las instancias de representación.

En relación con el segundo requisito, la jurisprudencia de la Corte Constitucional y el Consejo de Estado estableció que las comunidades negras o afrodescendientes se pueden organizar a través de dos modalidades que genuinamente representan a las comunidades afrodescendientes: consejos comunitarios y organizaciones raizales respectivamente.

Con todo, los consejos comunitarios y las organizaciones raizales se constituyen en el seno de las comunidades más no en el espectro formal del derecho, es decir, el nacimiento de estas formas de asociación no tiene lugar en el plano formal del derecho, el Estado se limita a reconocer su existencia a través del Registro Único de Consejos Comunitarios y Organizaciones de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras reglamentado por el Decreto 1066 de 2015.

En tal medida, según el artículo 2.5.1.1.14. las organizaciones determinan los aspectos relativos de su composición y funcionamiento (estatutos, estructura, formas de elección de representantes) y la norma en cita solo exige algunos requisitos mínimos para su registro entre los cuales se destacan: (i) antigüedad de mínimo un año y (ii) la pertenencia de 15 miembros en su momento de constitución, todas pertenecientes a comunidades afrodescendientes, negras, palenqueras o raizales.

Por su parte, los consejos comunitarios, para su registro, deben allegar el acta de elección de la Junta y, dada su vinculación con el territorio colectivo, deben aportar la “copia de la resolución de adjudicación del respectivo territorio colectivo o certificación en que conste que la solicitud de adjudicación del mismo se encuentra en trámite” (Presidencia de la República, Decreto 1066 de 2015, artículo 2.5.1.1.15).

Así las cosas, se denota un esquema que reconoce formas asociativas (organizaciones y consejos comunitarios), dotadas de un alto grado de autonomía, nacientes en el seno de la comunidad, fuera de la dimensión formal del derecho, en el cual, el Estado se limita a reconocer su existencia y establecer requisitos mínimos para su registro.

Como corolario de lo anterior, sería inconstitucional limitar la naturaleza de las formas de asociación de personas afrodescendientes a la noción de personas jurídicas formales. En efecto, el primer requisito para la candidatura (hacer parte a una comunidad afro, negar, raizal o palenquera) permite confirmar que no es la formalización de las organizaciones un criterio determinante de la pertenencia a una comunidad tal y como lo aclara la Corte Constitucional en su sentencia T-823 de 2012, en cuyo tenor se lee: **“La Corte ha rechazado que criterios raciales, espaciales –ubicación geográfica- o jurídico formales –existencia de una organización legalmente reconocida- sean criterios determinantes de la existencia de las comunidades negras como grupo étnico diferenciado”**.

Lo mismo, *mutatis mutandi*, puede plantearse al analizar la constitucionalidad de los artículos 10 y 16 de la Ley 1145 de 2007, en la medida en que la interpretación del término “organización de personas con discapacidad” no puede limitarse a una concepción jurídico formalista, sino que deben ponderarse todas las formas de asociación de personas con discapacidad y otorgársele pleno reconocimiento, máxime cuando en su gran mayoría dichos colectivos se desarrollan en la informalidad.

Es así como, la limitación injustificada a la participación de personas con discapacidad no proviene necesariamente del requisito establecido en los artículos en cita sino de la restricción de la naturaleza organizativa a una lógica formal del derecho. Por esta razón, deviene

necesario que la Corte Constitucional declare la constitucionalidad (exequibilidad) condicionada de los artículos en cita en el entendido en que la categoría “organizaciones” no se circunscribe a las de carácter formal, sino que incluye a los colectivos informales que trabajan por la población con discapacidad, para lo cual es menester acudir al mecanismo de la acción pública de inconstitucionalidad previsto en el artículo 241 de la Carta Política.

En segundo término, los artículos 10 y 16 de la Ley 1145 de 2007 pueden calificarse de inconstitucionales por contrariar la reserva de ley estatutaria contenida en el numeral d del artículo 152 de la Carta Política<sup>9</sup>, dado que, mediante ley ordinaria se reglamentan “instituciones y mecanismos de participación ciudadana” de la población con discapacidad.

De contera, el Decreto Nacional 1350 de 2018 es violatorio de los cánones constitucionales descritos, en la medida en que desarrolla y perfecciona la lógica jurídico formal que menoscaba profundamente las posibilidades de participación de la población con discapacidad en las instancias públicas. En ese sentido, la norma prevé un requisito lesivo, por su difícil cumplimiento y la evidente limitación que produce en el marco de la autonomía, como es la estipulación de un número mínimo de asociados, noventa, para las organizaciones que operan en la ciudad de Bogotá, cifra que contrasta con la exigida a las organizaciones de raizales, afrodescendientes, negros y palenqueros, tan solo quince.

En ese sentido, la lógica formalista del Decreto Nacional 1350 de 2018 y la imposición de estrictos requisitos para la organización de la población con discapacidad deben ser objeto de reproche en el marco del medio de control de nulidad por inconstitucionalidad contenido en el artículo 135 de la ley 1437 de 2011.

En efecto, el Decreto Nacional 1350 de 2018 es inconstitucional por limitar la organización de personas con discapacidad a la exclusiva constitución de personas jurídicas formales bajo una serie de requisitos de extrema complejidad.

<sup>9</sup> El artículo en cita prescribe: “Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias:

(...)

d) Instituciones y mecanismos de participación ciudadana”.

Así las cosas, el esquema de participación se torna menos accesible bajo la reglamentación del Decreto 1350 de 2018 por la imposición de formalidades y requisitos difíciles de cumplimiento, en particular en lo que se refiere al número de personas asociadas a la organización. Es fundamental reiterar que la organización colectiva en el ámbito de la discapacidad, de un poco más de un siglo de antigüedad, se ha desarrollado primordialmente en el lado de la informalidad. En esa medida, el reconocimiento que el sistema jurídico hace de las organizaciones de personas con discapacidad no puede limitar sus posibilidades de existencia y funcionamiento, por el contrario, debe facilitar su creación e influencia en las instancias de participación.

Es importante anotar que la forma en que se ha diseñado el esquema de participación contraría los postulados de la Convención sobre Personas con Discapacidad, aprobada en nuestro país a través de la Ley 1346 de 2009, norma que no exige, como condición *sine qua non*, la pertenencia a una organización de personas con discapacidad formal para el ejercicio del derecho a la participación. En esos términos, el artículo 29 de la citada Convención prevé lo siguiente:

“ARTÍCULO 29. PARTICIPACIÓN EN LA VIDA POLÍTICA Y PÚBLICA. Los Estados Parte garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con las demás y se comprometerán a:

a) **Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas, entre otras formas mediante:**

i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;

ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referéndum públicos sin intimidación, y a **presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno**, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda;

iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;

b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:

i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;

ii) La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones" (Congreso de la República, Ley 1346 de 2009, aprobatoria de la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad)

En esa misma dirección, el artículo 22 de la Ley 1618 de 2013, norma estatutaria de la discapacidad, prevé una cláusula general de participación en la que pondera los derechos de las personas con discapacidad y de sus organizaciones, sin limitar su ejercicio a la existencia de organizaciones formales. Así, se lee en la norma en cita que:

La participación en la gestión administrativa se ejercerá por las personas con discapacidad y por sus organizaciones en los términos de la Constitución Política, la Ley 134 de 1994 y

demás normas que desarrolla el inciso segundo del artículo 103 de la Constitución Política, y los artículos 29 y 33, entre otros, de la Ley 1346 de 2009 (Congreso de la República, Ley 1618 de 2013, artículo 22).

Más adelante, el artículo en cuestión ordena al Ministerio del Interior reglamentar los requisitos para la creación y funcionamiento de las organizaciones de personas con discapacidad que ejerzan su representación en las instancias públicas, lo cual a la postre sucedió con el Decreto 1350 de 2018, pero en ninguna parte del texto establece que la vinculación a dichas organizaciones formales sea la única vía para ejercer el derecho fundamental a elegir y ser elegido.

La lógica formalista que se censura en esta oportunidad, limita además, con mayor vehemencia, las posibilidades de participación de personas con discapacidades severas, aquellos con mayores dificultades para conformar movimientos, ser activistas, protestar en las calles y conformar organizaciones bajo estrictas reglas jurídicas.

Kulick y Rydstrom (2015) destacan la existencia de un inframundo de la discapacidad, ese lugar en el que existen personas “pasivas”, que no tienen las mismas posibilidades de expresión, que dependen en gran medida del cuidado de otros, aquellos que son incluso más invisibles.

Los profesores en cita, en su crítica a algunos desarrolladores de la teoría crip, plantean esta diferencia entre personas “activas” y personas “pasivas”:

Pero menos claro, en todo caso para nosotros, es como los estudios culturales basados en perspectivas como la teoría crip contribuyen en nada para aproximarse o entender las vidas reales (en oposición al rol cultural y significado) de personas con discapacidades que no hacen ninguna de esas cosas – personas que tienen poco o no tienen lenguaje verbal, que no se enganchan en críticas culturales o activismo político, que viven en instituciones o casas grupales, que requieren una gran cantidad de asistencia para lidiar con las actividades básicas como comer o comunicarse o arreglárselas en su día a día. Estas personas no producen artefactos culturales, no protagonizan protestas, hacen pocas o no hacen

demandas, no escriben poemas, no lanzan pelotas. Ellos son pasivos, en un sentido que nosotros tendremos más que decir después, pero eso puede simplemente significar que requieren de la intervención de más capaces, del cuidado de otros para ser capaces de entender sus capacidades humanas básicas y su potencial. Esta es la gente que nos interesa en este libro (p. 16).

Sin perjuicio de lo anterior, el ejercicio de las futuras elecciones puede garantizar un mayor margen de participación bajo el manto de la excepción de inconstitucionalidad emanada del artículo 4 de la Constitución Política, en virtud del cual en caso de “incompatibilidad entre la Constitución y la ley u otra norma jurídica, se aplicarán las disposiciones constitucionales” (Constitución Política, artículo 4). En ese orden de ideas, es dable permitir la participación de personas pertenecientes a organizaciones no formales en aplicación de la institución constitucional en cita.

### ***Recomposición del consejo distrital y consejos locales de discapacidad desde la diversidad y el reconocimiento del conflicto armado***

En el segundo capítulo del presente estudio, denominado “Más allá del modelo social, teoría e interseccionalidad” se reflexionó sobre la relevancia que las investigaciones con enfoque interseccional han adquirido durante los últimos años, partiendo de la base de la discapacidad como identidad plural que se encuentra con otros rasgos identitarios como el género, la etnia y la orientación sexual.

En ese sentido, el planteamiento central consiste en que la discapacidad no es un elemento estático que eclipsa otras identidades del sujeto, por el contrario, se encuentra en constante movimiento e interacción con otras dimensiones de la persona por lo cual la experiencia de la discapacidad presenta matices y alcances distintos en mujeres, personas afrodescendientes, negras, raizales, palenqueras, indígena, ROM, o perteneciente a la población LGTBQ+.

Así las cosas, el presente capítulo presenta argumentos y consideraciones jurídicas aterrizados al contexto colombiano que conducen a la formulación de una propuesta de modificación del

Sistema Distrital, reconociendo la diversidad de la población con discapacidad y reivindicando el papel de las mujeres, personas afro/negras/raizales/palenqueras, pertenecientes al pueblo ROM e indígenas.

En efecto, la representación de la población no puede limitarse a los siete tipos de discapacidad que reconoce al Acuerdo Distrital 505 de 2012, es decir, debe abandonar la interpretación hegemónica del modelo médico y reconocer que hay espectros que exceden clasificación tradicional científica. En ese sentido, el postulado “nada sobre nosotros sin nosotros” debe entenderse desde el nosotras, debe comprender el mito y abrazar la ancestralidad.

Así las cosas, la pregunta central de cada uno de los acápite subsiguientes consiste en establecer si existen presupuestos jurídicos para la ampliación del área de influencia de la población con discapacidad en el Sistema Jurídico Distrital a partir del género, la diversidad étnica y la diversidad sexual. Igualmente se formulan consideraciones para la reivindicación del rol de las víctimas del conflicto armado en el Sistema Distrital de Discapacidad a la luz de las recomendaciones de la Corte Constitucional.

Por último, se deslizan ideas para situar en el debate las tensiones relativas a la inclusión de personas cuidadoras en los espacios de representación del sistema, se presentan las tensiones, debates principales y algunas recomendaciones.

Las consideraciones que a continuación se plasman conducen a la necesidad de reformar el sistema distrital de discapacidad lo cual, puede suceder en dos escenarios distintos:

1. En primer lugar, como escenario obvio y en el seno del Consejo de Bogotá, se tiene la modificación del Acuerdo Distrital 505 de 2012, norma que contiene la estructura actual del Consejo Distrital de Discapacidad.
2. Como segunda posibilidad, se propone la ruta permitida por los artículos 32 y siguientes del Acuerdo Distrital 257 de 2006 que reglamenta el Sistema de

Coordinación de la Administración del Distrito Capital, compuesto por las políticas, estrategias, instancias y mecanismos que permiten articular la gestión de los organismos y entidades distritales, en virtud del cual se asignan precisas competencias al gobierno distrital para emitir nueva reglamentación y/o ampliación del esquema de participación con el objeto de fortalecer el derecho a la participación e incidencia de sectores históricamente excluidos.

En efecto, el artículo 39 establece tal competencia en los siguientes términos:

Artículo 39. Consejos Consultivos. El Alcalde o Alcaldesa Mayor podrá crear Consejos Consultivos, con representación de organismos o entidades estatales y la participación de representantes del sector privado y organizaciones sociales y comunitarias que hayan manifestado su aceptación, con el propósito de servir de instancia consultiva de una determinada política estatal de carácter estructural y estratégico y estarán coordinados por la secretaría cabeza del respectivo Sector Administrativo de Coordinación.

Así las cosas, se propone la ampliación del espacio de representación del Consejo Distrital de Discapacidad en el marco de las competencias asignadas a la Alcaldesa de Bogotá por el Acuerdo Distrital 257 de 2006 para incluir poblaciones históricamente excluidas como pasa a explicarse.

***a. Reivindicación del rol de las mujeres con discapacidad en el sistema distrital***

Para el año 2018 un millón cuatrocientos cuatro mil ciento ocho personas en (1.404.108) colombianos se encontraban en el Registro de discapacidad RLCPD, de las cuales, el 49%, es decir, seiscientos ochenta y seis mil seiscientos sesenta y un mil (686.661) eran mujeres (Ministerio de salud, 2018).

Hacia el año 2020, el número de personas registradas en el censo ascendía a UN MILLÓN TRESCIENTAS DIECINUEVE MIL CUARENTA Y NUEVE (1.319.049), de las cuales el 48,9%,

TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE PUNTO VEINTIDOS (335.777.22) eran mujeres.

La tendencia de mayor número de hombres con discapacidad a nivel nacional se revierte en la ciudad de Bogotá, por lo menos en las cifras más actualizadas del DANE que datan de marzo de 2010. En dicho informe, las mujeres con discapacidad en la capital del país ascendían a CIENTO DOCE MIL CIENTO SETENTA Y DOS (112.172) mientras que hombres con discapacidad había SETENTA Y SIETE MIL CINCO (77.005).

El censo de marzo de 2010 arroja datos importantes para comprobar el planteamiento del segundo capítulo de este estudio, consistente en que, la experiencia de la discapacidad es diametralmente distinta en las mujeres que en los hombres, por la intersección de factores sexistas y capacitistas que complejizan en mayor medida la vida en los distintos ámbitos que la conforman.

En primer lugar, llama la atención que a pesar de haber más mujeres que hombres con discapacidad en la ciudad (treinta mil más aproximadamente), el número de hombres y mujeres con estudios en básica secundaria y universitarios terminados es prácticamente el mismo. En ese sentido, hombres con estudios de básica secundaria finalizados ascienden a 251, por su parte, la cifra de mujeres asciende a 328, es decir, a pesar de haber treinta mil mujeres más en el distrito solo setenta y siete más tienen estudios escolares (básica secundaria) finalizados.

Esos datos concuerdan con el número de mujeres que no lograron terminar sus estudios de secundaria, en total 26.205, en contraste a los 18.869 hombres que no finalizaron dicha etapa. Así las cosas, aproximadamente seis mil mujeres más se ven obligadas a abandonar el colegio en comparación con hombres con discapacidad.

La siguiente gráfica presenta los datos completos según grado escolar:

Nivel educativo	Total
	

	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Total</b>	189.177	77.005	112.172
<b>Población menor de tres años</b>	2.207	1.243	964
<b>Preescolar incompleto</b>	4.104	2.168	1.936
<b>Preescolar completo</b>	2.251	1.160	1.091
<b>Básica primaria incompleta</b>	46.388	18.620	27.768
<b>Básica primaria completa</b>	37.520	14.249	23.271
<b>Básica secundaria incompleta</b>	45.074	18.869	26.205
<b>Básica secundaria completa</b>	579	251	328
<b>Técnico o tecnológico incompleto</b>	1.618	594	1.024
<b>Técnico o tecnológico completo</b>	3.417	1.243	2.174
<b>Universitario sin título</b>	2.863	1.405	1.458
<b>Universitario con título</b>	2.009	957	1.052
<b>Postgrado incompleto</b>	698	308	390
<b>Postgrado completo</b>	237	107	130
<b>Ninguno</b>	38.412	14.978	23.434
<b>Sin información</b>	1.800	853	947

Fuente: DANE Marzo 2010 - Dirección de Censos y Demografía

En segundo término, al ser preguntados por las razones por las cuales abandonaron sus estudios, las mujeres respondieron con mayor frecuencia que la causa principal es su discapacidad. En esa medida, 18.503 mujeres consideran que la principal razón por la que no estudia es su discapacidad, en comparación con los 15.797 hombres que tienen la misma percepción, lo cual arroja un aproximado de tres mil mujeres más en comparación con el sexo opuesto.

Con todo, uno de los datos más dicientes tiene que ver con la autopercepción como personas en edad no apta para estudiar. En efecto, 53.551 mujeres con discapacidad consideran que no están en edad escolar, lo cual dobla, prácticamente, el número de hombres que se perciben de la misma manera, los cuales ascienden a 28.158.

Los dos datos que se acaban de exponer pueden reflejar una disminución en percepción que las mujeres con discapacidad tienen de sí mismas, causada en parte por el rechazo simultáneo que crean las estructuras patriarcales y capacitistas, que les invisibiliza y les excluye por razones asociadas al género y la discapacidad.

La información anotada se presenta en la siguiente tabla:

Causa principal por la que no estudia	Total		
	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	186.970	75.762	111.208
<b>Está estudiando</b>	23.106	12.397	10.709
<b>Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar</b>	81.709	28.158	53.551
<b>Costos educativos elevados o falta de dinero</b>	19.566	7.640	11.926
<b>Por falta de tiempo</b>	7.599	2.561	5.038
<b>No aprobó el examen de ingreso</b>	99	46	53
<b>Falta de cupos</b>	592	322	270
<b>No existen centro educativo cercano</b>	770	336	434
<b>Necesita trabajar</b>	6.618	3.401	3.217
<b>No le gusta o no le interesa el estudio</b>	3.134	1.384	1.750
<b>Perdió el año o fue expulsado</b>	109	60	49
<b>Sus padres no quieren que estudie más</b>	2.139	628	1.511
<b>Por su discapacidad</b>	34.300	15.797	18.503
<b>Otra razón</b>	6.592	2.759	3.833
<b>Sin información</b>	637	273	364

Fuente: DANE Marzo 2010 - Dirección de Censos y Demografía

En tercer lugar, es interesante destacar que casi treinta mil mujeres más con discapacidad, en comparación con los hombres con discapacidad de la ciudad se desempeñan en roles domésticos y familiares, mientras que el número de hombres y mujeres que participan en espacios productivos; culturales, deportivos y escolares no formales, son casi los mismos. Este dato permite entrever que los roles de género tradicionales, en los cuales se vincula (y se limita) a la mujer con la vida doméstica y familiar, son marcados en tratándose de mujeres con discapacidad. Los datos exactos se encuentran vertidos en la siguiente tabla:

Actividades en las que participa	Total		
	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	347.976	138.196	209.780
<b>Con la familia</b>	122.825	48.105	74.720
<b>Con la comunidad</b>	48.630	19.256	29.374
<b>Religiosas o espirituales</b>	96.749	34.312	62.437
<b>Productivas</b>	10.638	5.072	5.566
<b>Deportivas o de recreación</b>	22.979	11.236	11.743
<b>Culturales</b>	9.307	4.147	5.160
<b>Educación no formal</b>	3.855	1.829	2.026
<b>Ciudadanas</b>	5.772	2.532	3.240
<b>Otras</b>	2.700	1.364	1.336
<b>Ninguna</b>	23.872	10.038	13.834
<b>Sin Información</b>	649	305	344

Fuente: DANE Marzo 2010 - Dirección de Censos y Demografía  
 \* Una persona puede estar contestando afirmativamente una o más opciones

Lo anterior concuerda plenamente con el mayor número de mujeres que no participa en ninguna organización por razones asociadas a su discapacidad en comparación con los hombres con discapacidad de Bogotá. En este ítem, cerca de seis mil mujeres más se abstiene de participar en organizaciones por su discapacidad tal y como se evidencia en el siguiente cuadro:

Razón por la que no participa	Total		
	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	189.177	77.005	112.172
<b>Si participa</b>	33.235	15.021	18.214
<b>Falta de dinero</b>	16.531	6.486	10.045
<b>Falta de tiempo</b>	24.387	8.677	15.710
<b>No existe o no las conoce</b>	44.451	17.177	27.274
<b>Siente rechazo u obstaculización</b>	2.596	1.147	1.449
<b>Por su discapacidad</b>	42.400	17.725	24.675
<b>No cree en ellas</b>	9.829	4.158	5.671
<b>Sus principios o creencias se lo impiden</b>	404	150	254
<b>Prefiere resolver sus problemas solo</b>	4.926	2.209	2.717
<b>Otra</b>	9.052	3.661	5.391
<b>Sin información</b>	1.366	594	772

Los

Fuente: DANE Marzo 2010 - Dirección de Censos y Demografía

datos presentados permiten confirmar lo que las ciencias sociales, desde la metodología interseccional, viene alertando, esto es, que la experiencia de la discapacidad es significativamente más compleja para las mujeres en la ciudad de Bogotá, por la concurrencia de sistemas sexistas y capacitistas de opresión en virtud de los cuales se les relega frecuentemente a roles domésticos, enfrentan mayores barreras para acceder al sistema educativo y se sienten más discriminadas por razones vinculadas a su discapacidad.

En este contexto, vale la pena destacar que los sistemas jurídicos, incluyendo el nuestro, no han sido ajenos a la compleja situación de las mujeres con discapacidad. En efecto, la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad prevé un artículo específico sobre la materia y resalta las obligaciones de los Estados sobre el particular.

Así, se lee en el artículo 6 del Instrumento Internacional lo siguiente:

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

La Ley 1618 de 2013, norma estatutaria de la discapacidad, desarrollando el artículo 6 de la Convención, contempló también una serie de acciones positivas para garantizar el ejercicio de derechos a las mujeres con discapacidad, de las cuales se destacan las primeras dos, por tener influencia directa en la propuesta que se presenta en este acápite, habida consideración que giran alrededor de la participación, a nivel nacional, regional y local, que los Estados deben garantizar a este grupo poblacional particular.

Así, el artículo 25 establece de la citada Ley:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 1346 de 2009, el Estado adoptará las siguientes medidas, para garantizar el ejercicio efectivo de todos los derechos de las mujeres con discapacidad:

1. Elaborar y ejecutar acciones para la participación de la mujer con discapacidad.
2. Velar para que la participación de la mujer con discapacidad en los ámbitos nacionales, regionales y locales.

3. La Consejería de Equidad de la Mujer incorporará el enfoque diferencial de mujer y discapacidad en todos sus programas, promocionando la organización de las mujeres con discapacidad, de acuerdo a sus expectativas e intereses en todo el territorio nacional.
4. Diseñar programas y proyectos de carácter nacional y de cooperación internacional para hacer efectivos los derechos de las mujeres con discapacidad, los cuales serán implementados con la participación activa de las mujeres con discapacidad en las organizaciones de las personas con discapacidad.
5. Estudiar las condiciones que propician los actos violentos ejercidos contra las mujeres y niñas con discapacidad, y hacer de conocimiento público la situación de niñas y mujeres con discapacidad en relación con la violencia de género.
6. Realizar estudios encaminados a adoptar las medidas necesarias que eviten la discapacidad de mujeres y niñas por problemas de salud pública y en especial, por la violencia.
7. Dar la atención debida, directa y personalizada a cada niña o mujer con discapacidad víctima de la violencia de género, mediante el trabajo coordinado de los servicios públicos, las organizaciones de mujeres y de la discapacidad, elaborando guías de defensa y atención psicosocial.

Al ser una norma estatutaria, la Ley 1618 de 2013 fue objeto de control constitucional abstracto previo por parte de la Corte Constitucional, y en particular, sobre el artículo 25 este alto tribunal indicó: “es sin duda expresión del mandato contenido en el artículo 43 superior, que proclama la igualdad de hombres y mujeres y prohíbe de manera explícita los actos de discriminación contra éstas” (Corte Constitucional, C-765 de 2012).

Las medidas adoptadas al interior del Sistema Distrital de Discapacidad de cara a la creación de espacios de participación a las mujeres con discapacidad son tímidas y no tratan la cuestión de manera directa. Así, se encuentra en el artículo 5, parágrafos 2 y 3, del Decreto Distrital 558

de 2015, una medida específica, de corte paritario, desprovista de enfoque de género por cuanto desconoce el margen de mayor exclusión que enfrentan las mujeres con discapacidad en la ciudad que provienen de las intersecciones entre sexismo y capacitismo. En ese sentido, la norma establece una especie de “cuota” de mujeres en el Consejo Distrital de Discapacidad, dos como mínimo y en caso de no cumplirse ordena citar a la candidata con mayor votación, sin embargo, las mujeres que accedan esos lugares lo hacen desde la discapacidad específica que representan, no desde la identidad general creada por el binomio mujer-discapacidad.

Así se lee en el citado Decreto:

PARÁGRAFO 2o.- Cada Consejo Local o el Distrital de Discapacidad, deberá de estar conformado por lo menos por dos Representantes que sean mujeres. En caso de no cumplirse dicha conformación, la respectiva instancia posesionará a los candidatos electos, pero para las respectivas sesiones se deberá convocar como mínimo a la candidata con mayor votación, como invitada permanente a la respectiva instancia, con voz pero sin voto.

PARÁGRAFO 3o.- En caso de que la representación sea solamente de mujeres, la respectiva instancia posesionará a las candidatas electas; pero para las sesiones, se deberá convocar como mínimo al candidato con mayor votación, como invitado permanente a la respectiva instancia, con voz, pero sin voto.

Esta medida, tenue por demás, se complementa con otra incluso más débil y completamente indirecta, esta es la contenida en el Decreto Nacional 1350 de 2018 en virtud del cual se ordena a las organizaciones sin ánimo de lucro de personas con discapacidad “Contemplar mecanismos que garanticen la participación mínima del treinta por ciento (30%) de mujeres y un joven en los miembros de la Junta Directiva” (Presidencia de la República, Decreto 1350 de 2018, modificadorio del decreto 1066 de 2015, artículo 2.3.3.1.5).

Lo anterior no significa que el Distrito Capital no haya adelantado acciones contundentes en cuanto a la construcción de espacios de participación para mujeres con discapacidad se trata,

la cuestión es que tales posibilidades se han creado lejos del Sistema Distrital de Discapacidad y en particular pertenecen a la órbita del Consejo Consultivo de Mujeres de la ciudad.

En efecto, en el Decreto Distrital 364 de 2021, “Por medio del cual se actualiza el Consejo Consultivo de Mujeres de Bogotá, se estructuran los espacios que lo componen, se define el mecanismo de coordinación de la instancia, y se dictan otras disposiciones”, en su artículo 5, se otorga 2 lugares en el Consejo Consultivo para mujeres con discapacidad, en el acápite de “representantes de las mujeres en sus diferencias y diversidad”.

De esta manera, se otorga un espacio de participación específico a las mujeres con discapacidad y otro a las mujeres de talla baja, a lo cual se suma la participación de la representante de mujeres cuidadoras, mujeres también olvidadas en el Sistema Distrital de Discapacidad en su dimensión orgánica<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> ARTÍCULO 5°. INTEGRANTES DEL CONSEJO CONSULTIVO DE MUJERES DE BOGOTÁ -ESPACIO AUTÓNOMO. Son integrantes del consejo consultivo de mujeres de Bogotá - Espacio Autónomo quienes hagan parte de organizaciones, grupos y redes de mujeres que trabajan por los derechos de las mujeres en el distrito y las localidades. Serán elegidas por voto para asumir las siguientes representaciones:

Representantes de las mujeres en sus diferencias y diversidad, así:

(...)

1. Una (1) mujer indígena.
2. Una (1) mujer afrocolombiana/negra/raizal/Palenquera
3. Una (1) mujer Rrom/Gitana.
4. Una (1) representante por orientación sexual (Lesbiana o bisexual).
5. Una (1) representante por las mujeres transgénero.
6. Una (1) representante de las jóvenes.
7. Una (1) representante de las mujeres con discapacidad.
8. Una (1) representante de las mujeres en actividades sexuales pagadas.
9. Una (1) representante de las mujeres víctimas de desplazamiento forzado por la violencia.
10. Una (1) representante de las mujeres feministas y académicas.
11. Una (1) representante de las mujeres víctimas de la violencia sociopolítica.
12. Una (1) representante de las mujeres campesinas y rurales que habitan el territorio de Bogotá.

Resulta un tanto paradójico que las mujeres con discapacidad, como categoría única y universal para toda clase de discapacidad tenga un lugar en el Consejo Consultivo de Mujeres y no en el Sistema Distrital de Discapacidad.

Por lo anterior, deviene necesario modificar el Acuerdo Distrital 505 de 2012 incluyendo un lugar para la representación de las mujeres con discapacidad en el Consejo Distrital y los Consejos Locales, como identidad particular, para que las experiencias particulares de las mujeres de la ciudad tengan voz en el sistema, para todo tipo de discapacidad tal y como lo ordenan las normas legales y convencionales sobre la materia.

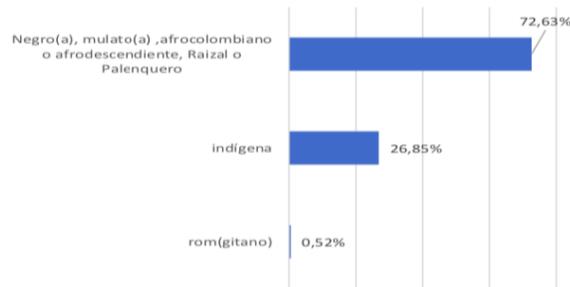
***b. Reivindicación de la diversidad étnica en el sistema distrital de discapacidad***

La segunda propuesta de modificación de la estructura de los Consejos de la Discapacidad, Distrital y locales se fundamenta en la necesidad imperiosa de reconocimiento de la diversidad étnica al interior de la población con discapacidad.

Las cifras presentadas por el Ministerio de Salud para el año 2020 dan cuenta de un crecimiento en el auto reconocimiento como personas diversas desde la perspectiva étnica al interior de la población con discapacidad. Es así como, para el año 2018 el 11% de la población con discapacidad se reconocía como étnicamente diversa, este porcentaje experimentó un importante incremento hacia el 2020, año en el cual el 15% de la población registrada en el censo nacional manifestó ser parte de un grupo étnico, siendo preponderante la identificación como Negro(a), mulato(a), afrocolombiano o afrodescendiente, Raizal o Palenquero, seguido de la vinculación con pueblos indígenas, tal y como se evidencia en la siguiente gráfica:

- 
13. Una (1) representante de las organizaciones de mujeres en el Consejo Territorial de Planeación Distrital.
  14. Una (1) representante de las mujeres que forman parte de las Juntas de Acción Comunal.
  15. Una (1) representante de las mujeres excombatientes constructoras de paz.
  16. Una (1) representante de las mujeres cuidadoras.
  17. Una (1) representante de los derechos de las mujeres privadas de la libertad.
  18. Una (1) representante de las mujeres de talla baja.

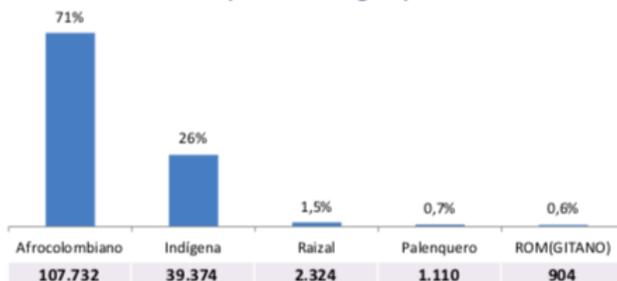
**Gráfico 1.5 Personas con discapacidad según Grupo Étnico**



Fuente: MSPS. RLCPD, RUAJ Agosto 2020

Como se indicó, para el año 2018 el 11% de la población con discapacidad se atribuía alguna pertenencia a un grupo étnico, siendo la identificación como Negro(a), mulato(a), afrocolombiano o afrodescendiente, Raizal o Palenquero (71%), seguido de la pertenencia a pueblos indígenas (26%).

**Personas con discapacidad según pertenencia étnica. RLCPD**



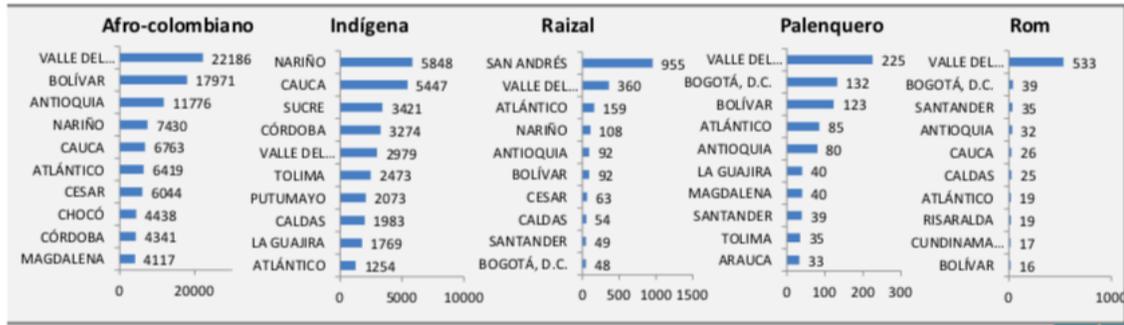
El 11%(151.444) de las personas con discapacidad refirieron pertenecer a un grupo étnico, de ellas el 71%(107.732) son afrocolombianos y el 26%(39.374) Indígenas.

En el Valle del Cauca reside el mayor número de Afrocolombianos, Palenqueros y Rom con discapacidad

Tomado de Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD), Ministerio de salud, 2018

Igualmente, el Ministerio de salud para el año 2018 presentaba la relación de Entidades territoriales con mayor número de población con diversidad étnica y discapacidad, siendo Bogotá la segunda con mayor número de palenqueros, integrantes del pueblo ROM y la décima con mayor número de raizales.

### 10 departamentos con mayor presencia de personas Étnicas con discapacidad. RLCPD



Tomado de Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD), Ministerio de salud, 2018

El censo de marzo de 2010, prolijo en cuanto a la situación de las mujeres con discapacidad de Bogotá se refiere, no consagra información alguna sobre la población con discapacidad y con diversidad étnica en la ciudad de Bogotá; lo cual permite entrever avances en la caracterización de la población en los años recientes, dado que tal labor no se adelanta solo por grupo etario, sexo, educación y estatus laboral, ahora se contemplan categorías diversas asociadas a la etnia y la raza.

Con todo, las cifras existentes permiten colegir la relevancia del análisis interseccional en esta materia, en efecto, como se vio, 15% de la población ostenta rasgos distintos por razones étnicas y Bogotá alberga personas raizales, palenqueros y pertenecientes al pueblo ROM.

En el segundo capítulo del presente estudio se planteó, a partir de las principales investigaciones producidas en el ámbito de las ciencias sociales, que la intersección entre rasgos étnicos y las que se crean en el contexto de la discapacidad, producen experiencias de opresión únicas y de mayor complejidad que ameritan tratamiento diferenciado tanto en el contexto de la investigación como en la construcción de la política pública y por supuesto en la composición de los órganos públicos deliberatorios.

Claro está, las discusiones se presentaron desde la óptica de la raza, habida cuenta de las numerosas investigaciones desarrolladas en ese campo y la escasa, por no decir nula, bibliografía en torno a las comunidades indígenas y ROM. No obstante, la legislación colombiana y en particular, la reglamentación de los comités territoriales de discapacidad, hace referencia expresa a dichas comunidades, tal y como se verá más adelante.

En nuestro sistema jurídico la protección de la diversidad étnica, contemplada expresamente en el texto de la carta política (artículo 7), es un pilar esencial de la organización política y social a tal punto que, "(...) la formulación misma de la Nación desde la Constitución depende de la inclusión de los grupos étnicos y su protección como comunidades diferenciadas" (Corte Constitucional, T-485 de 2015).

La protección de la diversidad étnica y cultural se concreta en: (i) "la adscripción de derechos fundamentales específicos a favor de las comunidades indígenas, afrodescendientes y ROM" (...) y (ii) "**la participación efectiva en las decisiones que las afectan (...)**". En cuanto a la participación, la Corte ha aclarado que no solo se limita al "ámbito electoral", por el contrario adquiere un cariz trascendental para la organización política, se erige como "presupuesto necesario para el funcionamiento del modelo democrático de ejercicio del poder político", en ese sentido, "ninguna decisión dentro del Estado Social de Derecho resulta legítima si no está precedida de una un grado de deliberación suficiente, que involucre la participación o la representación de quienes resulten afectados por las consecuencias de dichas decisiones" (Corte Constitucional, T-485 de 2015) (negrillas fuera de texto original).

En el marco del mandato de garantía de la participación de los pueblos en las decisiones que los afecten, la Resolución 3317 de 2012 del Ministerio de Salud, "Por medio de la cual se reglamenta la elección y funcionamiento de los comités territoriales de discapacidad establecidos en la Ley 1145 de 2007", previó una cláusula de "facilitación" para la participación de los pueblos y comunidades con diversidad étnica. En efecto, el artículo 14 que a continuación se cita ordena a los municipios "facilitar" la participación de las autoridades ancestrales y tradicionales de dichos pueblos.

En ese sentido, se lee en el artículo 14 de la Resolución 3317 de 2012 lo siguiente:

ARTÍCULO 14. CONFORMACIÓN, PERÍODO Y REUNIONES. La conformación de los CMD y los CLD será la establecida en el artículo 16 de la Ley 1145 de 2007. La conformación de los CMD o CLD, según corresponda, se deberá realizar, teniendo en cuenta:

(...)

PARÁGRAFO 4o. De conformidad con el Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), ratificado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991, los municipios deberán facilitar la participación permanente en los Comités Municipales y Locales de Discapacidad de las autoridades tradicionales legítimas y representativas de los pueblos y comunidades indígenas, consejos comunitarios de población negra, afrocolombiana y palenquera, kumpanias ROM y autoridades raizales sobre los que tengan influencia.

A la fecha ninguna acción de facilitación para la participación de pueblos y comunidades con diversidad étnica se ha podido documentar en el ámbito del Sistema Distrital de Discapacidad, mucho menos un reconocimiento expreso de las interacciones existentes entre dicha diversidad y la discapacidad, realidad contrasta con la de otros escenarios de deliberación distrital, como el ya citado Consejo Consultivo de mujeres, órgano en el cual se previó un lugar para la representación de mujeres indígenas; afrocolombianas/negras/raizal/palenquera, y ROM/gitanas, respectivamente.

Así las cosas, es necesario ajustar la composición del Consejo Distrital de Discapacidad y de los Consejos Locales, es decir, del corazón del Sistema Distrital de Discapacidad, creando así un espacio para la representación de las personas con discapacidad pertenecientes a los pueblos afrocolombianos, negros, raizales y palenqueros; comunidades indígenas; y comunidades ROM en la ciudad de Bogotá.

Ahora bien, es necesario fortalecer y robustecer la información de la población de cara al auto reconocimiento étnico habida cuenta que las cifras tienen, mayoritariamente, un enfoque nacional y deben disgregarse a nivel distrital y local para entender con mayor profundidad las localidades en donde se asientan las personas con discapacidad de origen étnico diverso, sus necesidades y las formas múltiples de opresión que enfrentan en la vida cotidiana.

Es vital entonces caracterizar la población, entender sus realidades, establecer sus formas de interacción y organización y abrir espacios de representación en el Sistema Distrital de Discapacidad.

*c. Representación de la diversidad sexual en el sistema distrital de discapacidad*

Sin duda la cara más olvidada de la discapacidad es la diversidad sexual. No existe en ningún censo, boletín o informe, cifra alguna que dé cuenta la orientación sexual de la población con discapacidad. Este dato no ha sido considerado por ninguna autoridad que haya caracterizado a la población. Tampoco existen pronunciamientos de las altas cortes colombianas en torno a la identidad que se forja por la unión de la discapacidad y la orientación sexual diversa, ni normas expresas que traten la intersección de manera específica.

En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la única alusión a los derechos sexuales y reproductivos se ubica en el ámbito de la salud y viene precedida de un “incluso”, expresión que le asigna a la cuestión un aire extraordinario, casi inverosímil.

Así se lee en el artículo 25:

Los Estados Parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Parte:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, **incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;** (Congreso de la República, Ley 1346 de 2009).

Ante el silencio de la Convención, la Corte Constitucional colombiana se preguntó: “¿Cuáles son los derechos sexuales y reproductivos que protege la Convención? y ¿Qué medidas debe ejecutar el Estado para salvaguardarlos?” (Corte Constitucional, T-573 de 2016).

En respuesta al interrogante la Corte enlistó un catálogo de derechos no taxativos y ninguna acción para hacerlos efectivos. Así, el alto tribunal indicó que los derechos sexuales y reproductivos que emanan de la Convención son a saber:

- i) se reconozca su derecho a conformar una familia, sobre la base de su consentimiento libre y pleno; ii) se respete su derecho a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que desean tener y el tiempo que debe transcurrir entre cada nacimiento; iii) se les permita acceder a información y educación sobre reproducción familiar que sean apropiados para su edad y a los medios necesarios para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y iv) mantener su fertilidad, en igualdad de condiciones que los demás (Corte Constitucional, T-573 de 2016).

La *ratio decidendi* de la sentencia T-573 de 2016 gira en torno al derecho de mantener la fertilidad en igualdad de condiciones dada la equivocada subregla jurisprudencial existente hasta el momento en virtud de la cual se permitía la esterilización de menores de edad con discapacidad mediante consentimiento sustituto de su representante legal, tal y como lo preveía el artículo 6 de la Ley 1412 de 2010, derogado en la Ley 1996 de 2019 y cuyo tenor literal dictaba: “Cuando se trate de discapacitados mentales, la solicitud y el consentimiento serán suscritos por el respectivo representante legal, previa autorización judicial”.

En ese orden de ideas, la sentencia en comento estableció, modificando la subregla imperante en las sentencias de constitucionalidad y de tutela precedentes, que en ningún caso es válido el consentimiento sustituto para la práctica de procedimientos esterilizantes a menores de edad con discapacidad.

Previamente la sentencia C-131 de 2014, en un ejercicio de extracción de las sentencias T-850 de 2002, T-248 de 2003, T-492 de 2006, T-988 de 2007 y T-063 de 2012, permitió la

esterilización de menores con discapacidad sin su consentimiento si al existir “un riesgo inminente para su vida como consecuencia de un embarazo que no pueda evitarse eficazmente por otros medios” se sumaba una discapacidad “severa” que impidiera emitir el consentimiento en el presente y el futuro, previa certificación médica que diera cuenta de tales presupuestos.

Con posterioridad, la sentencia C-182 de 2016, en la cual se analizó la constitucionalidad del artículo 6 de la Ley 1412 de 2010, la Corte, a pesar de haber entrado en vigencia la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad, indicó que el consentimiento sustituto era procedente si se reunían cuatro condiciones: “i) no existe una alternativa menos invasiva que la esterilización quirúrgica, ii) la persona accedió a todos los ajustes razonables y apoyos necesarios para la expresión de sus preferencias, iii) se constata que no podrá emitir su consentimiento en el futuro y iv) que la intervención quirúrgica de esterilización es médicamente necesaria (Corte Constitucional, C-182 de 2016, en sentencia T-573 de 2016)”.

La sentencia T-573 de 2016 corrigió entonces la subregla jurisprudencial existente en la materia por atentar directamente contra la Convención internacional, aclarando que en ningún caso es válido sustituir la voluntad de la persona con discapacidad, por lo cual ante la ausencia de consentimiento es inviable la práctica de cualquier tipo de procedimiento de esterilización.

No obstante el inmenso avance en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la jurisprudencia no ha fijado reglas jurisprudenciales que permita establecer acciones positivas a cargo del Estado para garantizarlos, así como tampoco ha atendido casos que implique la vulneración a los derechos sexuales de las personas con discapacidad desde áreas distintas a la prohibición de esterilización sin consentimiento o a la práctica de abortos en condiciones de igualdad; mucho menos se han abordado causas judiciales bajo el diálogo que se propone entre diversidad sexual y discapacidad.

El olvido sistemático de la orientación sexual de la población con discapacidad, desde las estadísticas, pasando por el marco jurídico legal y jurisprudencial, aunado a los resultados arrojados por las investigaciones en el marco de las ciencias sociales, reflejan la necesidad

latente de implementar acciones positivas de reconocimiento de la población con discapacidad sexualmente diversa, para lo cual, se recomienda la creación de espacios de participación en el Consejo Distrital y Consejos Locales de Discapacidad en el ámbito de la representación, para así dar voz a las experiencias que de alguna manera han pasado desapercibidas en los discursos de la población con discapacidad así como en los movimientos LGTBIQ+.

*d. Participación de las víctimas del conflicto armado en el Sistema Distrital de Discapacidad*

El conflicto armado ha dejado el triste legado de más de 7'941.714 víctimas de desplazamiento forzado y 15.112 de abandono o despojo forzado de tierras, según cifras de la Unidad de Víctimas del año 2019 (Red Nacional de Información RNI, 2019). Las víctimas del desplazamiento y despojo hallaron refugio en municipios y ciudades del país bajo condiciones de vulnerabilidad extrema, tal y como lo reconoció la Corte Constitucional en su icónica sentencia T-025 de 2004 en la que declaró un Estado de Cosas Inconstitucional que a pesar de los esfuerzos de la institucionalidad para conjurarlo, sigue vigente y es motivo de preocupación y vigilancia permanente por la máxima instancia judicial colombiana. En ese contexto de violencia, desplazamiento y despojo Bogotá se transformó en refugio recurrente para las víctimas del conflicto, llegando a albergar a más de 315.000 para el año 2019.

La relación entre desplazamiento y discapacidad ha sido objeto de estudio en la jurisprudencia constitucional colombiana. Es así como en el año 2006 la Corte Constitucional reconocía, de manera categórica, que: "El conflicto armado y el desplazamiento forzado son fenómenos que causan y exacerbaban la discapacidad" (Auto 006 de 2009).

Bajo este contexto, la Corte describe la compleja situación de las personas con discapacidad, víctimas del conflicto y en particular de desplazamiento forzado así:

El grado de discriminación, aislamiento y exclusión que sufren a diario las personas con discapacidad, se ve agudizado por el conflicto y por el desplazamiento. Ante estos eventos, las necesidades de la población con discapacidad tienden a ser dejadas de lado, se olvida

que, a diferencia de otras víctimas del conflicto armado, ellas enfrentan barreras adicionales, tanto sociales, como de acceso al espacio físico, a la comunicación, a la información, a la participación. En situaciones de conflicto esta población está expuesta a un mayor riesgo de perder la vida, de ser sometida a violencia, de ser víctima de abusos y tratos denigrantes, o de ser abandonada. Muchas personas con discapacidad, por las múltiples barreras y restricciones que enfrentan, ni siquiera tienen la oportunidad de escapar para sobrevivir. Pero incluso, aquéllas que logran hacerlo para garantizar su vida, seguridad e integridad personal, se ven abocadas en un nuevo entorno a un mayor aislamiento y marginación que les hace más difícil recuperarse y recobrar sus medios de subsistencia (Auto 006 de 2009).

Sin duda las personas con discapacidad en general enfrentan dificultades y barreras sociales tal y como se ha relatado, sin embargo, dada la naturaleza e implicaciones del conflicto armado y en particular las consecuencias del desplazamiento, las condiciones y vulneraciones pueden tornarse más agudas.

Históricamente la familia ha desempeñado un rol fundamental en la lucha de las personas con discapacidad, en su seno se provee cuidado y apoyo, elementos necesarios para el ejercicio de sus derechos en particular cuando se trata de personas con discapacidades severas. Reflejo de esa realidad es el esquema adoptado por la ley 1996 de 2019, en la cual, el sistema de apoyos usualmente se asigna a través de familiares, amigos y relativos a la persona con discapacidad.

Dentro de las consecuencias del conflicto armado y en especial del desplazamiento o despojo, está la destrucción de las redes familiares y de amistad, por esta razón, la Corte Constitucional que: “(...) no sorprende, que el desplazamiento forzado impacte de manera severa a las personas con discapacidad” (Auto 006 de 2009).

La precaria situación de las familias desplazadas, mendicidad, hambruna, dificultades para el acceso a la vida laboral y falta de servicios públicos esenciales, puede transformar el núcleo familiar, refugio de amor y cuidado usual de la persona con discapacidad, en un ambiente violento y hostil:

El impacto psicosocial del desplazamiento en los miembros de la familia, las precarias condiciones de vida a la que se ven expuestos, contribuye a generar en la familia la sensación de que la persona con discapacidad es una carga, que le imposibilita el mejoramiento de sus condiciones de vida. De allí, que en razón del desplazamiento, se incrementa el riesgo para las personas con discapacidad de verse expuestas a violencia intrafamiliar, tanto física como psicológica, al igual que de ser objeto de abuso sexual por parte de miembros de su entorno familiar. El impacto del deterioro familiar en estas personas, queda evidenciado, en las estadísticas de las que se dispone sobre las personas en situación de desplazamiento y discapacidad. Según el informe del DANE, la mayor parte de actitudes negativas que afectan la realización de actividades diarias de esta población, provienen del grupo familiar. También es indicativo de este hecho, la conclusión del Informe del Gobierno del 31 de octubre de 2008 -sobre indicadores de goce efectivo de los derechos de la población desplazada- según la cual el indicador más bajo para la población desplazada con discapacidad es, precisamente, el de la integridad y seguridad personal (Corte Constitucional, Auto 006 de 2009).

También se han documentado de manera especial los impactos psicosociales del desplazamiento: "Inseguridad, depresión, traumas por hechos violentos o pérdidas familiares y materiales, son frecuentes en la población desplazada". A la tristeza y zozobra por la pérdida del entorno, el asesinato de familiares y los traumas generados por la violencia, se suma "el deterioro en su salud mental reduce a su vez las ya escasas posibilidades de participar de la vida social y familiar, en igualdad de condiciones". De igual manera, enfrentan dificultades para reconocerse como personas con discapacidad, dado que se niegan a sumar a la condición de desplazado más factores que les visibilicen como sujetos vulnerables, dado el miedo generalizado al rechazo y la discriminación (Corte Constitucional, Auto 006 de 2009).

En cuanto al derecho a la participación, entendida como la posibilidad de influir en las decisiones políticas, existe un déficit claro, tanto en el ámbito público como privado, cuando el sujeto suma a la discapacidad la condición de víctima de la violencia y de hechos victimizantes como el desplazamiento forzado. En ese sentido, la Corte advierte:

Diversas organizaciones han señalado la importancia de la participación para las personas desplazadas con discapacidad. Este es un medio tanto para fortalecer su estado psicosocial, facilitar los procesos de integración en el nuevo entorno, fomentar su empoderamiento y, en términos generales, para poder hacer visibles las situaciones particulares que enfrentan (Corte Constitucional, Auto 006 de 2009).

A pesar de su relevancia social, los espacios de participación “(...) son reducidos, principalmente por las barreras sociales, físicas y de comunicación, que las condena en general a la exclusión y al aislamiento”; a ello “(...) se suma, la ausencia de participación de las personas con discapacidad en situación de desplazamiento en la formulación de políticas y decisiones que les atañan directamente” (Corte Constitucional, Auto 006 de 2009).

Este fenómeno no se limita a la esfera pública como llama la atención el máximo órgano jurisdiccional colombiano:

Un hecho que llama la atención, es que las restricciones en la participación, no provienen sólo de las instancias oficiales. Según se informó a la Corte en este proceso, algunas organizaciones que trabajan con y para personas con discapacidad, se niegan a plantear la problemática específica de la población desplazada con discapacidad, por el temor de que al combinar las dos categorías, se desvíe la atención de las preocupaciones generales que enfrentan las personas con discapacidad (Corte Constitucional, Auto 006 de 2009).

Pese a los esfuerzos del Gobierno Nacional, las medidas implementadas para asegurar el ejercicio de derechos a la población con discapacidad víctima de desplazamiento son insuficientes, motivo por el cual, persiste su grado de vulnerabilidad y vulneración, así como diversos riesgos en el ámbito sexual y de la educación (Corte Constitucional, Auto 173 de 2014).

Es importante traer a colación, nuevamente, la Resolución 3317 de 2012, por la cual se reglamenta la conformación de los Comités Territoriales y Locales de Discapacidad, norma que en su artículo 14 y a la luz del artículo 13 de la ley 1448 de 2011 (norma que consagra el principio de enfoque diferencial en el ámbito transicional), ordena a los municipios “considerar

la inclusión de un representante de organizaciones de personas con discapacidad, víctimas de la violencia en los comités municipales de discapacidad”.

Como corolario de lo anteriormente expuesto, existen todos los presupuestos para incluir en el Consejo Distrital de Discapacidad y Consejos Locales, representantes de las organizaciones de personas con discapacidad víctimas del conflicto armado, motivo por el cual se recomienda la modificación de la estructura actual del Sistema Distrital de Discapacidad en ese sentido, deuda atribuible a la limitación histórica de la representación de la población a la noción biomédica y específicamente a los tipos de discapacidad.

### ***Reflexiones en torno a la representación de cuidadoras y cuidadores, ¿una medida necesaria?***

En el desarrollo de la presente investigación surgió la necesidad de reflexionar sobre el rol de las personas cuidadoras y su particular omisión en la estructura del Sistema Distrital de Discapacidad. Las personas del cuidado son reconocidas universalmente por su contribución a las vidas de las personas con discapacidad, especialmente, cuando las limitaciones son profundas y las actividades cotidianas se tornan difíciles.

Con todo, la precariedad de la situación de las personas cuidadoras ha sido ampliamente documentada por las ciencias sociales. En un estudio denominado “Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá” se presenta alguna información cuantitativa de interés para la ciudad: el 48% de las personas cuidadoras en la capital ostenta un nivel académico de primaria básica y el 85% no pudo concluir sus estudios por razones económicas. Asimismo, el 92% no reciben ninguna retribución o compensación por su labor de cuidado. Igualmente, solo el 9% tiene trabajo y el 94% lo hace desde la informalidad (Gómez et al., 2016).

El 77% de las personas cuidadoras encuestadas en el estudio sufren problemas de salud como consecuencia de su labor, siendo las enfermedades más comunes el estrés, la cefalea, las lumbalgias y alteraciones del sueño (Gómez et al., 2016). En esa misma línea, entre el 80% y 82% de las personas encuestadas sufre de ansiedad y depresión y el 58,2% enfrenta problemas

de concentración por estados nerviosos alterados y preocupaciones. Estas afecciones son indicativas del síndrome del quemado, en el cual se suma la culpa, el abuso de sustancias y el aislamiento social (Martínez, 2020).

En la misma dirección Nussbaum apunta:

En el lado del cuidador, tenemos, una vez más, un amplio rango de preocupaciones. Las cuidadoras frecuentemente pierden en todas las formas mediante acuerdos defectuosos. Su salud sufre, su ecuanimidad emocional es dolorosamente comprometida, pierden muchas otras capacidades que de otra manera tendrían. Una sociedad decente no puede asegurar que todas las cuidadoras tengan en realidad una vida feliz; pero puede proveerles con un mínimo nivel de capacidad en cada una de las áreas claves. Por ejemplo, en el área de ecuanimidad emocional, que parece intangible, buenos acuerdos públicos y una cultura pública decente pueden hacer posible que el cuidado de las personas mayores o con discapacidad no involucre constante ansiedad sobre como el trabajo va a ejecutarse apropiadamente y con cuales recursos; los acuerdos también levantarían las cargas de culpa que pesa sobre los miembros de la familia que son simplemente incapaces de proporcionar el cuidado requerido (2007, p. 170).

La situación descrita puede ser de mayor preocupación si se tiene en cuenta que en su mayoría las personas cuidadoras son mujeres (Sánchez et al., 2016). En efecto, Valle Alonso et al., *apud* Martínez (2020), describe el “prototipo de persona con síndrome del cuidador” como “una mujer de mediana edad, casada, con un anciano a su cargo, con grado de escolaridad medio, dedican las 24 horas del día al cuidado de dicha persona, no reciben ayudas externas y se sienten cansadas, infelices y con falta de bienestar”. No más en Bogotá, según cifras de la página oficial del Sistema Distrital del Cuidado, 9 de cada 10 mujeres realizan trabajos de cuidado sin remuneración y si se les retribuyera su labor, la erogación ascendería al 13% del producto interno bruto.

El Distrito Capital no ha sido ajeno a la realidad de las personas cuidadoras, por el contrario, es pionero en la construcción y desarrollo de un Sistema Distrital del Cuidado, cuyo fin

principal “es equilibrar los trabajos de cuidado que han recaído por años en los hombros de las mujeres” en el marco de tres estrategias principales: “(i) reconocer el trabajo de cuidado a las personas que lo realizan; (ii) redistribuir el trabajo de cuidado entre hombres y mujeres, y (iii) reducir los tiempos de trabajo de cuidado no remunerado a las personas cuidadoras” (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2020).

El Sistema Distrital del Cuidado se coordina, articula y gestiona por la Comisión Intersectorial del Sistema Distrital del Cuidado, conformada por la Alcaldía Mayor de Bogotá y trece secretarías del Gobierno Distrital y presidida por la Secretaría de la Mujer, Entidad que hace las veces de Secretaría Técnica (Alcaldía Mayor de Bogotá, Decreto 237 de 2020).

La Comisión Intersectorial del Cuidado además contempla un mecanismo de participación y seguimiento que se reúne dos veces al año y en el que se congregan sus integrantes y representantes del Consejo Consultivo de Mujeres, del Consejo Distrital de Discapacidad, Consultivo Distrital de Niños, Niñas y Adolescentes, del Consejo Distrital de Sabios y Sabias, de la Comisión Consultiva Distrital de Bogotá de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, Consejo Consultivo y de Concertación para el pueblo Rom o Gitano de la Kumpania de Bogotá, Consejo Consultivo LGBT y de las de las organizaciones de cuidadoras y cuidadores.

En el marco del Sistema Distrital del Cuidado se han emprendido planes y políticas tendientes a reivindicar los derechos de las personas cuidadoras, dentro de los cuales se destaca el Acuerdo Distrital 710 de 2018 contentivo de los lineamientos para la generación de empleo de personas cuidadoras, adultos mayores y cuidadoras/cuidadores. Adicionalmente, en esta norma se ordena a la Alcaldía Mayor de Bogotá reglamentar la Estrategia de atención integral de personas cuidadoras, así como elaborar un protocolo de atención integral que contemple los siguientes aspectos (Concejo de Bogotá, Acuerdo Distrital 710 de 2018, artículo 10):

- a) La caracterización de las personas cuidadores y cuidadoras, que permita implementar el Sistema de Registro Distrital para esta población.

- b) Mecanismos para garantizar la visibilización e inclusión de esta población.
- c) Reconocimiento de la tarea que ejercen los cuidadores y cuidadoras para garantizar su inclusión en el campo laboral.
- d) Empoderamiento que permita la cualificación y valoración de la labor del cuidador.
- e) Asesoría y apoyo institucional que permita en las familias la redistribución de roles que garanticen la atención integral y el cuidado de la población con discapacidad y adultos mayores que requieren cuidado permanente.
- f) Acciones que permitan generar cambios de imaginarios sociales y culturales.

Así las cosas, resulta claro que el Distrito Capital ha reconocido, contemplado e incluido dentro de su agenda pública las necesidades de las personas cuidadoras de personas con discapacidad y adultos mayores, mediante la implementación de un esquema único, conocido como el Sistema Distrital del Cuidado. Asimismo, ha abierto espacios de discusión, tanto para personas con discapacidad como para cuidadores en el seno de la Comisión Intersectorial del Sistema, órgano que lo coordina, articula y opera, a través del mecanismo de participación que se reúne con una periodicidad de dos veces por año.

Con todo, algunas de las personas entrevistadas en el desarrollo de esta investigación, en particular la representante al Consejo Distrital de Discapacidad por parte de la discapacidad cognitiva, así como en las ideas arrojadas en el grupo focal adelantado con los representantes de la población con discapacidad el 08 de agosto de 2022, se planteó la necesidad de otorgar representación a las personas cuidadoras en las instancias del Sistema Distrital de Discapacidad o por lo menos de valorar la cuestión.

Igualmente, con el grupo focal y de las entrevistas semiestructuradas se identificó una tensión entre personas cuidadoras y personas con discapacidad en cuanto a las posibilidades de representación de las primeras en el Consejo Distrital y los Consejos Locales. Esta tensión se

fundamenta en la dialéctica de las relaciones que entre la discapacidad y el cuidado parece surgir, se concibe el aumento de los espacios de participación para personas cuidadoras directamente proporcional al detrimento de la participación de personas con discapacidad en las instancias públicas; se les acusa a las primeras de sustituir la voluntad de las segundas, de capturar sus espacios y reducir su autonomía.

Esta tensión está marcada por dos líneas aparentemente excluyentes, por un lado, los postulados del movimiento de vida independiente y que naciera en los años 60 en Berkeley, Estados Unidos, según los cuales las personas con discapacidad son completamente autónomas, capaces de definir su destino de forma independiente y forjarse como individuos. En contraste, existen voces, como Kulick y Rydstrom, quienes apuntan a la existencia de personas dependientes del cuidado, sujetos más pasivos con discapacidades severas (2015). Desde la perspectiva de Nussbaum, una “sociedad justa” debe considerar a las personas cuidadoras por su contribución y las secuelas de su labor, máxime cuando el análisis desde el enfoque de género indica que en su gran mayoría este colectivo está compuesto por mujeres.

En ese sentido, la autora norteamericana señala:

Una sociedad justa, debemos pensar, debería también mirar el otro lado del problema, las cargas sobre las personas que proveen cuidado para personas dependientes. Estas personas necesitan muchas cosas: reconocimiento de que lo que hacen es trabajo; asistencia, ambas, humana y financiera; oportunidades para empleos remunerados o para participar en la vida social y política. Esta cuestión está estrechamente ligada con cuestiones de justicia de género, en la medida en que la mayoría de los cuidados a personas dependientes son proveídos por mujeres (2007, p. 100).

Como corolario de lo anterior, es claro que las personas cuidadoras hacen parte esencial de las cuestiones relativas a la discapacidad, deben ser consideradas, atendidas y escuchadas, para lo cual es fundamental que cuenten con espacios de participación. En ese sentido, podría pensarse que deviene necesaria su inclusión en el Sistema Distrital de Discapacidad en su dimensión orgánica a través de un espacio de representación autónoma, sin embargo, existen

razones para descartar dicha posibilidad, por lo menos como una necesidad de carácter urgente. En primer lugar, por la tensión existente entre la población con discapacidad y las personas cuidadoras, es necesario fomentar espacios de discusión para reformular esa especie de antítesis participativa que se ha empezado a gestar en aras de formular nuevos esquemas de pensamiento que concilien los postulados del movimiento de vida independiente con la realidad de personas dependientes. En ese orden de ideas, sobre la base del reconocimiento de personas con discapacidad autónomas y otras dependientes, sería ideal abandonar la figura del pastel (en la cual el reconocimiento de espacios o derechos le resta derechos o espacios al otro) para dar paso a modelos más incluyentes, en el que el cuidado y la discapacidad convivan y trabajen conjuntamente por el beneficio de sus actores. En segundo lugar, la necesidad de incluir a las personas cuidadoras en la faceta orgánica del Sistema Distrital de Discapacidad se dilata ante la existencia de espacios distritales de participación plausibles, implementados en el seno del Sistema Distrital del Cuidado y en el marco de la operación de su Comisión Intersectorial.

### ***Consideraciones adicionales***

Los representantes de la población con discapacidad formularon dos solicitudes en particular, que se abordarán de manera concreta en este último acápite:

1. Revisar la posibilidad de reformar el Consejo Distrital de Discapacidad en el sentido de pensarlo como una instancia en la que participen exclusivamente personas con discapacidad, es decir, suprimiendo la presencia del ala institucional como sucede en órganos similares como el Consejo Consultivo de Mujeres o el Consejo Distrital de Jóvenes.

En efecto, el Consejo Consultivo de Mujeres ostenta dos dimensiones: el consejo consultivo espacio autónomo, en el cual participan 56 mujeres, 8 representantes de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género, 18 representantes de la diversidad y 20 representantes de las localidades. Por su parte, en el consejo consultivo espacio

ampliado, participan las representantes y el Gobierno Distrital (Alcaldía Mayor de Bogotá, Decreto Distrital 364 de 2021, artículos 5 y 10).

En igual sentido, la Ley estatutaria 1885 de 2018 en su artículo 4, modificatorio del artículo 41 de la Ley 1622 de 2013, establece:

En cada uno de los municipios del territorio nacional, se conformará un Consejo Municipal de Juventud, integrado por jóvenes procedentes de listas de jóvenes independientes, de procesos y prácticas organizativas de las y los jóvenes formalmente constituidos, y de juventudes de los partidos políticos elegidos mediante voto popular y directo de las y los jóvenes.

Parágrafo 1°. En los municipios y localidades donde existan organizaciones juveniles de campesinos, comunidades de indígenas, afrocolombianos, negros, palenqueros, rom, raizales de San Andrés y Providencia o en general de comunidades étnicas, y población joven víctima, cada entidad territorial deberá elegir un representante de estas comunidades o poblaciones. En este evento, habrá un miembro más en el Consejo de Juventud por cada una de tales comunidades o poblaciones.

Las estructuras en cita no son comparables al Consejo Distrital de Discapacidad, habida cuenta que este último, a diferencia de aquellos, ostenta una naturaleza mixta, sirve como espacio de concertación por un lado y además se erige como instancia de coordinación de la política pública, motivo por el cual, se justifica la presencia del Gobierno Distrital y las Entidades que ejecutan las políticas a favor de la población. A contrapelo, el Consejo Consultivo de Mujeres – Espacio autónomo y el Consejo Juvenil son escenarios de concertación y veeduría ciudadana, motivo por el cual, es loable su diseño sobre la base de la deliberación autónoma de la población.

Adicionalmente, el Consejo Distrital de Discapacidad está determinado en su conformación por lo dispuesto en los artículos 10 y 16 de la Ley 1145 de 2007 y en

particular, por la reglamentación dispuesta en la Resolución 3317 de 2012 del Ministerio de Salud, según las cuales es mandatorio la presencia del Gobierno Distrital en su estructura, motivo por el cual, la reestructuración total en los términos solicitados por la población no es suficiente.

2. En segundo lugar, la población solicitó la revisión del porcentaje de vinculación obligatoria de personas con discapacidad previsto en el Decreto 2011 de 2017, habida cuenta que en su sentir es estático, es decir, no presenta ningún incremento en el futuro.

En ese sentido, plantean que “el análisis las cifras a las que equivalen los porcentajes son similares independiente del tamaño de la planta total”. En este sentido, se menciona, de acuerdo con el ejercicio realizado por parte de los representantes se visualiza aquí:

#### EJEMPLO

AÑO DE SEGUIMIENTO	EJEMPLO DE PLANTA: 800	EJEMPLO DE PLANTA: 1537	EJEMPLO DE PLANTA: 3100
2019	% 2 = 16	% 1= 15	% 0.5 =15
2023	% 3 = 24	% 2= 31	% 1= 31
2027	% 4 = 32	% 3 = 46	% 2= 62

Sobre el punto en cuestión se presentan dos comentarios. En primer lugar, es claro que el Decreto 2011 de 2017 no hace parte del Sistema Distrital de Discapacidad, es de orden nacional y hace parte de las políticas públicas diseñadas por el Gobierno Nacional para lograr la inclusión laboral de personas con discapacidad, por lo cual, no es dable a las instancias distritales modificar el porcentaje establecido en la norma en cita.

Por otro lado, no se avizora violación alguna del Decreto 2011 de 2017 a ninguna norma superior, habida consideración que su naturaleza es reglamentaria del artículo 13, numeral 2 de la Ley 1618 de 2013, norma Estatutaria de la Discapacidad, en virtud del cual se ordenó al Ministerio de Trabajo “en coordinación con el departamento administrativo de la función pública, asegurar que el Estado a través de todos los órganos, organismos y entidades de los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, en los sectores central y descentralizado, **deberá vincular un porcentaje de personas con discapacidad dentro de los cargos existentes**, el cual deberá ser publicado al comienzo del año fiscal mediante mecanismos accesibles a la población con discapacidad”.

De esta manera, la Ley ordena la estipulación de un porcentaje de vinculación de personas con discapacidad, no ordena que el mismo aumente con el paso del tiempo y no existe ningún mandato constitucional que ordene su sistemático incremento. Tampoco existe ninguna norma de orden superior que consagre el deber de incrementar el porcentaje en proporción directa al tamaño de la planta.

Así las cosas, la norma cumple el mandato legal de establecer un porcentaje de vinculación y desarrollo los mecanismos para su supervisión y las consecuencias de su incumplimiento, pero además, se trata de una política de carácter nacional, por lo cual se descarta que desde el nivel distrital pueda accederse a la solicitud de la población.

## CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio:

1. El concepto de discapacidad es multidimensional, puede abordarse desde distintas constelaciones de pensamiento y a partir de varios modelos analíticos. En ese sentido, tres arquetipos de análisis se han construido, el modelo religioso, el biomédico y el social.

En el modelo religioso, la discapacidad es vista como una característica moral o espiritual, neutra en el islam, compleja en la tradición judeocristiana, en la cual se unen visiones caritativas y prejuicios excluyentes. En el modelo médico, la discapacidad se califica como enfermedad, deficiencia o limitación, susceptible de tratamiento o curación. El modelo social percibe la discapacidad como un constructo social, en el cual confluyen dos elementos que interactúan o chocan entre sí: una limitación (física, sensorial, mental) y unas barreras para el ejercicio de derechos impuestas por la sociedad. La discapacidad es a la luz de este modelo el resultante de la interacción de los dos elementos, siendo el segundo (barreras de acceso), el aspecto maleable de la ecuación. Así las cosas, son las barreras las llamadas a destruirse y no la persona llamada a curarse.

2. El paradigma médico, discurso hegemónico hasta la consolidación del modelo social con ocasión de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se estructura sobre la ideología de la normalidad, es decir, sobre la premisa de seres humanos normales, que cumplen las expectativas sociales, estéticas, corporales y culturales, y hombres y mujeres anormales, indeseables, corregibles, curables.

Se concluye, en el marco del enfoque genealógico que influencia la primera parte de la investigación, que son dos las condiciones de aceptabilidad del paradigma de la normalidad: (i) la alianza entre el derecho y la psiquiatría, o sistema jurídico y el saber médico, cuyo origen se remonta al iluminismo y la perplejidad del proceso penal frente a la carga demostrativa de la razón como condición *sine qua non* para el castigo y (ii) la proliferación de personas con limitaciones físicas, en el contexto de la posguerra, hacia las décadas de los veinte y cuarenta del siglo pasado, que situaron la discapacidad como problema de relevancia pública.

3. El modelo social, paradigma de la discapacidad preponderante en la actualidad, ha sido blanco de críticas que apuntan a dos aspectos a saber: (i) se le acusa de no contener

una teoría de la discapacidad y adolecer de carácter científico y, (ii) se le reprocha su baja comprensión de las intersecciones con rasgos de la identidad como el género, la diversidad sexual y los asuntos étnicos y raciales.

4. El modelo médico ejerce, en términos de Bourdieu, violencia simbólica sobre las demás percepciones de la discapacidad, habida cuenta que, está respaldado por la validez automática de la cual goza el saber científico. Por su parte, el modelo social no desarrolla una teoría de la discapacidad, sus creadores lo concibieron como una herramienta, lejana a la sofisticación académica y cercana a la realidad de las personas con discapacidad.

En el marco de esta desventaja simbólica deviene necesario elevar las discusiones del modelo social al plano de la teoría para forjar nuevas formas de representación social con implicaciones políticas.

5. En el ámbito de la filosofía política se ha construido la principal teoría de la discapacidad, conocida como “teoría de las capacidades”. Esta construcción, desarrollada por Martha Nussbaum, demuestra que las teorías contractualistas y neocontractualistas que explican el origen de la sociedad como organización política olvidaron por completo a la población con discapacidad. En esa medida, los principios políticos que gobiernan nuestras sociedades fueron concertados, por lo menos a la luz de dichos postulados, por personas sin discapacidad y sin tener en cuenta los intereses de esa población.

En ese contexto nace la teoría de las capacidades, en la cual, bajo una visión no utilitarista y de corte kantiano, en lo que respecta al concepto de dignidad humana, se plantea la necesidad de concertar un catálogo de derechos humanos básico, un compendio de posibilidades, no negociables entre sí, al que todo ser humano puede aspirar y que se conocen como “capacidades”. Estas capacidades crean deberes concretos en cabeza de los Estados para la garantía de condiciones para su ejercicio.

6. El modelo social no ha contemplado satisfactoriamente el problema de la interseccionalidad, habida cuenta que se concentra en las barreras sociales y deja de lado al sujeto como individuo, o por lo menos no le considera su objeto de estudio. El soslayo de la experiencia individual de la discapacidad y las posibles intersecciones que nacen con otras esferas de la identidad lo desconecta con realidades complejas, opresiones simultáneas a las que se enfrentan personas con discapacidad y múltiples identidades, como es el caso de las mujeres, personas diversas desde la etnia y la orientación sexual.
7. Las visiones de la discapacidad en la legislación colombiana nacieron como resultado de las visiones imperantes del modelo médico y mutaron gradualmente al modelo social. En ese viaje se creó un marco institucional robusto, cuya cara visible es el Sistema Nacional de Discapacidad, concebido como un conjunto de instituciones, planes, recursos y programas que permiten poner en marcha los principios enunciados en la Ley 1145 de 2007. Desde el ámbito institucional, el Sistema está compuesto por el Gobierno Nacional, el Consejo Nacional de Discapacidad (órgano en el que participan Entidades del orden nacional y representantes de la población con Discapacidad) y Comités Territoriales y Locales.
8. En Bogotá, tres años antes de la expedición de la Ley 1145 de 2007 se promulgó el Acuerdo Distrital 137 de 2004, norma que creó, como modelo pionero, el Sistema Distrital de Discapacidad, modificado más tarde por el Acuerdo Distrital 505 de 2012. El sistema contempla dos fases, la dinámica, dada por los planes, proyectos y políticos que hacen efectiva la política pública de discapacidad de la ciudad y orgánica, referida al conjunto de instancias, órganos e instituciones que lo conforman, siendo los más preponderantes el Consejo Distrital de Discapacidad por un lado y los Consejos Locales de Discapacidad.

En su composición se previó la participación de Entidades del orden distrital y representantes de la población con discapacidad, por cada tipo de discapacidad (visual, auditiva, física, cognitiva, mental, sordoceguera y múltiple).

Igualmente, como órganos intermedios del sistema se contemplaron dos instancias asesoras y operativas se conciben en el sistema: el comité técnico y la secretaría técnica.

9. La dimensión material del Sistema Distrital de Discapacidad tiene como eje fundamental la política pública de discapacidad de la ciudad, acogida en el Decreto 470 de 2007, cuya vigencia tuvo lugar entre los años 2007 y 2020. Se destaca en la política la reformulación del concepto de discapacidad y de contera el abandono del discurso médico hegemónico, así como la influencia de la Teoría de las Capacidades de Martha Nussbaum y la propensión al desarrollo de dimensiones múltiples del sujeto con discapacidad.

En la actualidad el Distrito Capital de Bogotá se encuentra en proceso de discusión y aprobación de la nueva política pública de discapacidad de la ciudad.

10. En su dimensión orgánica, el Sistema Distrital de Discapacidad está fuertemente limitado por las condiciones impuestas en la ley 1145 de 2007 en sus artículos 10 y 16. En este modelo nacional de representación de la población se exige, como requisito habilitante para ser representante, la vinculación a organizaciones sin ánimo de lucro de personas con discapacidad.

Las organizaciones, deben cumplir los requisitos de constitución y funcionamiento previstos en el Decreto Nacional 1350 de 2018 tales como, número mínimo de asociados, composición de sus órganos, número mínimo de personas con discapacidad, entre otros.

Se ha diagnosticado un déficit en el esquema de participación por la obligatoria pertenencia a una organización formal como requisito habilitante para la representación de la población con discapacidad, exigencia que se califica como contraria a los postulados constitucionales.

En ese orden de ideas tres vías se vislumbran: a) demandar la constitucionalidad condicionada de los artículos 10 y 16 de la Ley 1145 de 2007, en la medida en que se interprete que el término “organización” hace referencia a organizaciones formales y también informales b) demandar, en ejercicio del medio de control de nulidad por inconstitucionalidad, el Decreto 1350 de 2018 y c) aplicar la excepción de inconstitucionalidad prevista en el artículo 4 superior para permitir la participación de otras formas de representación en el Sistema Distrital de Discapacidad en el marco de la diversidad.

11. El Consejo Distrital y los Consejos Locales de Discapacidad previstos en el Acuerdo Distrital 137 de 2004, modificado por el Acuerdo 505 de 2012, permiten la participación de la población con discapacidad a partir de la representación por cada tipo de discapacidad (visual, auditiva, física, cognitiva, mental, sordoceguera y múltiple), es decir, perpetúa el cariz médico hegemónico de la discapacidad y adolece de una adecuada comprensión de otras identidades que se cruzan o generan intersecciones y que a la postre generan experiencias distintas y particulares de la discapacidad.

En ese sentido, se formulan los presupuestos jurídicos que conducen a modificar la estructura de los órganos principales del Sistema Distrital de Discapacidad en el plano de la participación, creando nuevas curules o lugares de representación para los siguientes grupos poblacionales: mujeres con discapacidad, personas con discapacidad y diversidad étnica (afrocolombianos, negros, palenqueros, raizales; indígenas; ROM).

Igualmente, existen presupuestos jurídicos para el reconocimiento de la población con discapacidad víctima del conflicto armado y en especial de desplazamiento forzado.

Por último, se trata la cuestión relativa a la inclusión de las personas cuidadoras en la estructura orgánica del Sistema y se precisa la inexistencia de urgente necesidad de reestructuración del esquema en ese sentido, en la medida en que existen una tensión entre la población con discapacidad y aquellas, en los que a los espacios de representación y autonomía decisoria respecta. Igualmente, se dilata este debate por

la existencia de espacios para personas cuidadoras bajo el amparo del Sistema Distrital del Cuidado y su Comisión Intersectorial.

12. Las modificaciones de que trata el numeral anterior, pueden adelantarse mediante la modificación del Acuerdo Distrital 505 de 2012 o bajo las competencias otorgadas a la Alcaldesa de Bogotá a la luz del Acuerdo Distrital 257 de 2006, artículo 39, para modificar o ampliar, vía Decreto, el esquema de representación de los Consejos Consultivos, como es el caso del Consejo Distrital de Discapacidad.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros y artículos científicos

Barnes, C. (2003). Rehabilitation for Disabled People: a 'sick' joke?. *Scandinavian Journal of disability research*. 5(1), 7-23. <https://www.sjdr.se/articles/10.1080/15017410309512609/>

Begum, N. (1996). Experiencias de las mujeres discapacitadas con los médicos de cabecera. En Morris, J (Ed), *Encuentros con desconocidas – feminismo y discapacidad* (pp. 189-216). NARCEA S.A. DE EDICIONES.

Cramer & Sara-Beth Plummer (2009) People of Color with Disabilities: Intersectionality as a Framework for Analyzing Intimate Partner Violence in Social, Historical, and Political Contexts, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, (18)2, 162-181, DOI: 10.1080/10926770802675635

Brégain, G. (2022). Para una historia transnacional de la discapacidad. CLASO. <https://www.clasco.org/para-una-historia-transnacional-de-la-discapacidad/>

Couser, G. T. (2010). What Disability Studies Has to Offer Medical Education. *Journal of Medical Humanities*, 32(1), 21–30. doi:10.1007/s10912-010-9125-1

Elshabrawy, E. (2015). *Inclusión, Disability and Culture*. Sense Publishers. 2015

Foucault, M. (2007). *Los anormales, Curso en el Collège de France (1974-1975)* (Pons H, Trad.). Fondo de Cultura Económica (Obra original publicada en 1999).

Fraley S., Mona L., Theodore P. (2007). The Sexual Lives of Lesbian, Gay, and Bisexual People With Disabilities: Psychological Perspectives. *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC*. (4)1, 15-26. <https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.1.01>

Garland, R. (2011). Integrating disability, transforming feminist theory. En Hall, K (Ed), *Feminism and disability* (pp. 13-47). Indiana University Press

Greenwell, A., & Hough, S. (2008). Culture and Disability in Sexuality Studies: A Methodological and Content Review of Literature. *Sexuality and Disability*, 26(4), 189–196. doi:10.1007/s11195-008-9094-8

Hall, K. (2011). Reimagining disability and gender through feminist studies, an Introduction. En Hall, K (Ed), *Feminism and disability* (pp. 1-10). Indiana University Press

Hanna, W., y Rogovsky, B. (2008). Mujeres con discapacidad, la suma de dos obstáculos ¿Sólo una doble opresión?. En Barton, L (Ed), *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 51-66). Ediciones Morata.

Lawson A. y Angharad E. Beckett (2021) The social and human rights models of disability: towards a complementarity thesis, *The International Journal of Human Rights*, 25:2, 348-379, DOI: 10.1080/13642987.2020.1783533

Keith, L. (1996). Encuentros con personas extrañas: reacciones ante las mujeres discapacitadas. En Morris, J (Ed), *Encuentros con desconocidas – feminismo y discapacidad* (pp. 87-107). NARCEA S.A. DE EDICIONES.

Kulick, D., Rydstrom, J. (2015). Loneliness and its opposite, sex, disability, and the ethics of engagement. Duke University Press

Linda R. Shaw, Fong Chan, and Brian T. McMahon. (2012). Intersectionality and Disability Harassment: The Interactive Effects of Disability, Race, Age, and Gender. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 55(2) 82–91. DOI: 10.1177/0034355211431167

Mandujano M., Sánchez M. (2016). *Hacia una visión antropológica de la discapacidad*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Martínez, A. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. (13)1, 97-100. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n1/1699-695X-albacete-13-01-97.pdf>

Metzler, I. (2006). Disability in Medieval Europe – Thinking about physical impairment during the high Middle Ages, c 1100-1400. Taylor & Francis e-Library

Miles A. (2019). Strong Black Women: african american Women with Disabilities, Intersecting Identities, and Inequality. *GENDER & SOCIETY*, (33)1, 41–63. DOI: 10.1177/0891243218814820

Morris, J. (1996). Introducción. En Morris, J (Ed), *Encuentros con desconocidas – feminismo y discapacidad* (pp. 17-32). NARCEA S.A. DE EDICIONES.

Mosquera Rosero-Labbé, C. (2017). "Reparaciones para negros, afrocolombianos y raizales como rescatados de la trata negrera transatlántica y desterrados de la guerra en Colombia en Vergara-Figueroa A. et al. (Ed). *Descolonizando Mundos. Aportes de intelectuales negras y negros al pensamiento social colombiano*. CLACSO - Antologías del Pensamiento Social Latinoamericano y Caribeño.

Morris, J. (2008). Lo personal y lo político, Una perspectiva feminista sobre la investigación de la discapacidad física. En Barton, L (Ed), *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 315-326). Ediciones Morata.

Morris, J. (1996). Introducción. En Morris, J (Ed), Encuentros con desconocidas – feminismo y discapacidad (pp. 17-32). NARCEA S.A. DE EDICIONES.

Nussbaum, M. (2007). *Frontiers of Justice, disability, Nationality, Species membership*. Harvard University Press.

Ochoa, M. (2012). La teoría como representación social, la lucha por el posicionamiento de significados. En: S. De Zubiría (Ed.) *En busca del lugar de la teoría* (pp. 83-97). Universidad de los andes.

Oliver, M. (julio, 1990) *The individual and social models of disability* [Paper presented at Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians on PEOPLE WITH ESTABLISHED LOCOMOTOR DISABILITIES IN HOSPITALS], Inglaterra. <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Oliver-in-soc-dis.pdf>

Oliver, M. (2009). The Social Model: History Critique and Response. En Oliver (Ed), *Understanding Disability, from theory to practice*. 2da edición, Palgrave Macmillan.

Raphael, R. (2008). *Representations of Disability in Hebrew Biblical Literature*, T & T Clark International.

Rimmerman, A. (2013) *Social Inclusion of People with Disabilities*. Cambridge University Press.

Sánchez, A. (2017). Aproximación al concepto de genealogía en Nietzsche y Foucault. *La torre del Virrey. Revista de Estudios Culturales*. 22, 195-203. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6742897>

Stuart, O. (2008). Raza y discapacidad ¿Sólo una doble opresión?. En Barton, L (Ed), *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 327-340). Ediciones Morata.

Shuttleworth, R. (2007). Introduction to special issue: Critical research and policy debates in disability and sexuality studies. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC*, 4(1), 1–14. <https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.1.01>

Tamayo, M. (2022). Interpelaciones de las mujeres con discapacidad en relación con sus trayectorias vitales En: L. Schewe & V. Yarza De Los Ríos (Eds.), *Cartografías de la discapacidad: una aproximación pluriversal* (pp. 73-76). Editorial CLACSO.

The Powerhouse. (1996). Mujeres con dificultad de aprendizaje se organizan contra las agresiones. En Morris, J (Ed), *Encuentros con desconocidas – feminismo y discapacidad* (pp. 161-165). NARCEA S.A. DE EDICIONES.

Vernon, A. (1996). Experiencias de mujeres discapacitadas de raza negra y de minorías étnicas. En Morris, J (Ed), *Encuentros con desconocidas – feminismo y discapacidad* (pp. 65-86). NARCEA S.A. DE EDICIONES.

Yarza de los Ríos, A. (2019). Ideología de la normalidad: un concepto clave para comprender la discapacidad desde américa latina, En Yarza de los Ríos, Angelino A., Ferrante C., Almeida M, Míguez M. (Eds.), *Estudios Críticos de la discapacidad, una polifonía desde América Latina* (pp. 21-44). Editorial CLACSO.

### Trabajos de grado depositados en repositorios

Agudelo, M., Caro, I., Londoño, Y., Palacio, J. (2021) *Trenzando sentipensares alrededor de la discapacidad: una mirada desde algunas comunidades afro que habitan el territorio de Medellín* [Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Educación Especial]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/22453>

## Fuentes jurídicas

Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 558 de 2015, “Por medio del cual se reglamenta el proceso de elección de los representantes al Consejo Distrital y a los Consejos Locales de Discapacidad y se derogan los Decretos 629 de 2007 y 279 de 2009” (21 de diciembre de 2021).

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=64211>

Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 154 de 2020, “Por medio del cual se aplaza la elección de los representantes de los Consejos Locales de Discapacidad y los representantes al Consejo Distrital de Discapacidad contemplados en el Decreto Distrital 558 de 2015” (26 de junio de 2020).

[https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/Decreto%20154%20de%202020%20Alcald%20C3%ADa%20Mayor%20de%20Bogotá%2C%20D.C.\\_aplazamiento%20elecciones%20cld.pdf](https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/Decreto%20154%20de%202020%20Alcald%20C3%ADa%20Mayor%20de%20Bogotá%2C%20D.C._aplazamiento%20elecciones%20cld.pdf)

Alcaldía de Bogotá. Decreto 237 de 2020, “Por medio del cual se crea la Comisión Intersectorial del Sistema Distrital del Cuidado” (30 de octubre de 2020).

[https://sistemadecuidado.gov.co/docs/\\_comis-inter\\_/decreto-237-de-2020-por-el-cual-se-crea-la-comision-intersectorial-del-SIDICU\\_.pdf](https://sistemadecuidado.gov.co/docs/_comis-inter_/decreto-237-de-2020-por-el-cual-se-crea-la-comision-intersectorial-del-SIDICU_.pdf)

Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 298 de 2021, “Por medio del cual se ordena reanudar el proceso de elecciones de los representantes de los Consejos Locales de Discapacidad y los representantes al Consejo Distrital de Discapacidad contemplados en el Decreto Distrital 558 de 2015” (16 de agosto de 2021).

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=115963&dt=S>

Alcaldía de Bogotá. Decreto 364 de 2021, “Por medio del cual se actualiza el Consejo Consultivo de Mujeres de Bogotá, se estructuran los espacios que lo componen, se define el mecanismo de coordinación de la instancia, y se dictan otras disposiciones” (05 de octubre de 2021). <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=117599&dt=S>

Cámara de Representantes. Proyecto de ley número 122 de 2005, “por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones” (06 de septiembre de 2005). [Gaceta 591 de 2005]

Concejo de Bogotá. Acuerdo 016 de 1994, “Por el cual se dictan normas que orienten el quehacer interinstitucional en la atención a las personas discapacitadas en el Distrito Capital” (26 de noviembre de 1994).  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=512#18>

Concejo de Bogotá. Acuerdo 022 de 1999, “Por el cual se modifica (sic) el Acuerdo 16 de 1994” (09 de septiembre de 1999).  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2036#7>

Concejo de Bogotá. Acuerdo 137 de 2004, “Por medio del cual se establece el Sistema Distrital de Atención Integral de Personas en condición de discapacidad en el Distrito Capital y se modifica el Acuerdo 022 de 1999” (28 de diciembre de 2004).  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=15551#18>

Concejo de Bogotá. Acuerdo 505 de 2012, “Por medio del cual se modifica el Acuerdo 137 de 2004” (10 de diciembre de 2012).  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=50845#1>

Constitución Política de Colombia. (20 de julio de 1991).  
[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html#1](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html#1)

Congreso de la República. Ley 361 de 1997, “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones” (11 de febrero de 1997). [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0361\\_1997.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0361_1997.html)

Congreso de la República. Ley 982 de 2005, “por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras

disposiciones" (02 de agosto de 2005).

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=17283>

Congreso de la República. Ley 1145 de 2007, "Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones" (10 de julio de 2007).

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0361\\_1997.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0361_1997.html)

Congreso de la República. Ley 1346 de 2009, "Por medio de la cual se aprueba la 'Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad', adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006." (31 de julio de 2009).

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=17283>

Congreso de la República. Ley 1618 de 2013, "Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad" (27 de febrero de 2013).

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1618\\_2013.html#22](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1618_2013.html#22)

Congreso de la República. Ley 1885 de 2018, "Por la cual se modifica la Ley Estatutaria 1622 de 2013 y se dictan otras disposiciones" (01 de marzo de 2018).

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?dt=S&i=75805#4>

Congreso de la República. Ley 1996 de 2019, "Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad" (26 de agosto de 2019). [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1996\\_2019.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1996_2019.html)

Corte Constitucional, Sala plena. (02 de junio de 1999). Sentencia C-399 de 1999 [M.P. Martínez, A.].

Corte Constitucional, Sala segunda de revisión. (26 de enero de 2009). Auto 006 de 2009 [M.P. Cepeda, M.].

Corte Constitucional, Sala plena. (03 de octubre de 2012). Sentencia C-765 de 2012 [M.P. Pinilla, N.].

Corte Constitucional, Sala séptima de revisión. (17 de octubre de 2012). Sentencia T.823 de 2012 [M.P. Pretelt, J.].

Corte Constitucional, Sala plena. (11 de febrero de 2013). Sentencia C-066 de 2013 [M.P. Vargas, L.].

Corte Constitucional, Sala plena. (11 de marzo de 2014). Sentencia C-131 de 2014 [M.P. González, M.].

Corte Constitucional, Sala octava de revisión. (05 de agosto de 2015). Sentencia T-785 de 2015 [M.P. Ávila, R.].

Corte Constitucional, Sala plena. (13 de abril de 2016). Sentencia C-182 de 2016 [M.P. Ortiz, G.].

Corte Constitucional, Sala novena de revisión. (19 de octubre de 2016). Sentencia T-573 de 2016 [M.P. Vargas, L.].

Corte Constitucional, Sala plena. (05 de marzo de 2021). Sentencia C.052 de 2021 [M.P. Lizarazo, A.].

Corte Constitucional, Sala plena. (16 de marzo de 2022). Sentencia C.098 de 2022 [M.P. Lizarazo, A.].

Ministerio de Salud. Resolución 14861. "Por la cual se dictan normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de los minusválidos" (4 de octubre de 1985).

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución%2014861%20de%201985.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%2014861%20de%201985.pdf)

Ministerio de Salud. Resolución 3317 de 2012. "Por medio de la cual se reglamenta la elección y funcionamiento de los comités territoriales de discapacidad establecidos en la Ley 1145 de 2007" (16 de octubre de 2012).

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución%203317%20de%202012.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%203317%20de%202012.pdf)

Organización Internacional del Trabajo. Recomendación 99 de 1950. "Recomendación sobre la formación profesional de adultos".

[https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:R088](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R088)

Presidencia de la República. Decreto 2011 de 2017, "Por el cual se adiciona el Capítulo 2 al Título 12 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el porcentaje de vinculación laboral de personas con discapacidad en el sector público" (30 de noviembre de 2017).

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=84502>

Presidencia de la República. Decreto 1350 de 2018, "Por el cual se adiciona el Título 3, a la Parte 3, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, denominado de las personas con discapacidad y se adiciona un capítulo sobre medidas para la creación y funcionamiento de las organizaciones de personas con discapacidad que las representen" (31 de julio de 2018).

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87722>

Para consultar mas publicaciones de la Secretaría Jurídica Distrital, puede acceder a través de la Biblioteca Virtual.



**Biblioteca Virtual**

La **BOGOTÁ** que estamos construyendo



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA  
JURÍDICA  
DISTRITAL



[WWW.secretariajuridica.gov.co](http://WWW.secretariajuridica.gov.co)

Bogotá D.C. 2022