



**Prevención y Abordaje de la
Violencia Sexual en Personas con
Discapacidad desde un Enfoque
de Determinantes Sociales**

Prevención y Abordaje de la Violencia Sexual en Personas con Discapacidad desde un Enfoque de Determinantes Sociales



Asociación Profamilia

Marta Royo
Directora Ejecutiva

Equipo Técnico de Profamilia:

Luz Janeth Forero Martínez, Gerente de Proyectos e Investigaciones
Juan Carlos Rivillas, Director de Investigaciones
Natalia Acevedo Guerrero, Directora de Incidencia
Rocío Murad, Coordinadora de Investigaciones Socio-demográficas
Mariana Calderón Jaramillo, Analista Investigación Cualitativa
María Ximena Meneses Gil, Analista Estadística
Gabriel Felipe Burbano, Analista de Incidencia
Laura Ximena León, Psicóloga de Proyectos
Victoria Vargas, Analista Investigación Cualitativa

Liga Colombiana de Autismo (LICA)

Asociación Colombiana Síndrome de Down (Asdown Colombia)

Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social (PAIS) de la Facultad de
Derecho de la Universidad de los Andes

ISBN: 978-958-8164-68-7
Bogotá, D.C. Colombia.

TABLA DE CONTENIDO

ABREVIATURAS	8
AGRADECIMIENTOS	9
PRESENTACIÓN	11
CAPÍTULO 1	
NECESIDAD DE LA INVESTIGACIÓN Y ENFOQUE METODOLÓGICO	
Introducción	13
Las personas con discapacidad y el reto de la inclusión	14
Barreras para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	16
Objetivos	20
Objetivo General	20
Objetivos específicos	20
Herramientas teóricas y conceptuales	21
Metodología	23
Enfoque de análisis cuantitativo	23
Fuente de datos utilizados.	23
Dimensiones e indicadores	24
Enfoque de análisis cualitativo	25
CAPÍTULO 2	
HALLAZGOS Y RESULTADOS	
Resultados del análisis cuantitativo	29
Caracterización sociodemográfica de las personas con discapacidad	29
Caracterización de la violencia sexual en personas con discapacidad, especialmente psicosocial y cognitiva.	32
Desigualdades en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva y violencia sexual	36
Resultados del análisis cualitativo	44
CAPÍTULO 3.	
ELIMINAR LAS BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS Y DESIGUALDADES	
Conclusiones.	65
Recomendaciones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

LISTA TABLAS

Tabla 1. Dimensiones e indicadores para el análisis de desigualdades. 25

Tabla 2. Desigualdades relativas en el porcentaje de personas con discapacidad psicosocial y cognitiva víctimas de violencia sexual en Colombia, 2015 41

LISTA GRÁFICAS

Gráfica 1. Entrevistas y grupos focales realizados 26

Gráfica 2. Pirámide poblacional de las personas con discapacidad según grupo de edad y sexo en Colombia, 2017 30

Gráfica 3. Personas con discapacidad según último nivel educativo aprobado en Colombia, 2017 31

Gráfica 4. Personas con discapacidad según régimen de afiliación en salud a nivel nacional y en Atlántico, Bogotá D.C, Caldas, Santander y Valle del Cauca. Colombia 2017 31

Gráfica 5. Personas con discapacidad según tipo de alteración y sexo en Colombia, 2017 32

Gráfica 6. Distribución de las personas con discapacidad según tipo de discapacidad y sexo en Colombia, 2017. 33

Gráfica 7. Personas con discapacidad según tipo de discapacidad y hecho victimizante en Colombia, 2017 34

Gráfica 8. Personas con discapacidad según tipo de discapacidad y grupo de edad. Colombia, 2017. 35

Gráfica 9. Personas con discapacidad según tipo de discapacidad y ubicación geográfica a nivel nacional y en Atlántico, Bogotá D.C, Caldas, Santander y Valle del Cauca en Colombia, 2017 36

Gráfica 10. Personas con discapacidad según tipo de discapacidad y agresor en Colombia, 2017 37

Gráfica 11. Casos de violencia sexual en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva por sexo y grupo de edad en Colombia, 2017 37

Gráfica 12. Violencia sexual en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva según departamento del hecho. Colombia, 2017. 39

Gráfica 13. Desigualdad relativa en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva y violencia sexual en Colombia, 2015 40

Gráfica 14. Índice de concentración de la pendiente de personas con discapacidad psicosocial y cognitiva víctimas de violencia sexual según Pobreza en Colombia, 2015 42

Gráfica 15. Índice de concentración de la pendiente de personas con discapacidad - Dimensiones: Barreras en acceso a los servicios de salud, analfabetismo y desempleo 42

Gráfica 16. Índice de concentración de personas con discapacidad - Dimensión

Gráfica 17. Patrones de las desigualdades, personas con discapacidad y violencia sexual por percentiles de pobreza, financiamiento, analfabetismo, barreras de acceso a los servicios de salud y desempleo en Colombia, 2017. . 45

Gráfica 18. Peso de las categorías abordadas durante el análisis cualitativo. . 46

ABREVIATURAS

CDPD:	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CIF:	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud
CRNV:	Centro de Referencia Nacional sobre Violencia
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSDR:	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
ENDS:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
INMLCF:	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
IPM:	Índice de Pobreza Multidimensional
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
NBI:	Necesidades Básicas Insatisfechas
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OND:	Observatorio Nacional de Discapacidad
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OSI:	Open Society Institute
PEN:	Plan Estadístico Nacional
RLCPD:	Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIVELCE:	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa

AGRADECIMIENTOS

Asdown, LICA, la Universidad de los Andes y Profamilia aunaron esfuerzos humanos, técnicos, logísticos y administrativos para realizar esta investigación, que evidencia una problemática que afecta de manera sistemática a las personas con discapacidad.

Se agradece especialmente a quienes compartieron de manera generosa sus experiencias y se atrevieron a hablar de temas dolorosos y difíciles cuya visibilización es necesaria para avanzar en la garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de este grupo poblacional.

Igualmente se agradece a los empleados en cada una de las clínicas de Profamilia ubicadas en Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Manizales que hicieron posible la aplicación de los diferentes instrumentos de investigación.

Finalmente, un reconocimiento especial a Open Society Foundation (OSI) por la sensibilidad e interés especial que muestra hacia las personas con discapacidad y por la destinación de recursos para que a lo largo de cinco años se haya hecho posible la realización de proyectos que buscan profundizar y garantizar sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

PRESENTACIÓN

La investigación titulada "Prevención y Abordaje de la Violencia Sexual en Personas con Discapacidad desde un Enfoque de Determinantes Sociales", además de ser un esfuerzo por encontrar respuesta a las preocupaciones de diversas organizaciones comprometidas con la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, y en especial de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, expone a partir de las voces de las personas con discapacidad y sus familiares, la profundidad de la violencia sexual padecida, así como la complejidad de las causas estructurales, los significados y las consecuencias que deja sobre sus vidas.

La investigación combina metodologías cuantitativas de caracterización sociodemográficas, análisis de determinantes sociales y abordajes cualitativos sobre las percepciones y los significados que rodean la violencia sexual en las personas con discapacidad, para ofrecer una perspectiva y comprensión multidimensional de esta forma de violencia que sufren. Así mismo, es de especial interés evidenciar el poder de los imaginarios alrededor de las personas con discapacidad, para el reforzamiento o exacerbación de las desigualdades y exclusiones, al interior de una sociedad que las discrimina.

El informe de resultados se encuentra estructurado en tres capítulos: en el primero, se aborda la necesidad de investigaciones de esta naturaleza y la aproximación metodológica; en el segundo, se resaltan los principales hallazgos y resultados de la investigación, para finalizar en el tercer capítulo con reflexiones respecto a ¿Qué hacer y dónde actuar?

Se espera que las conclusiones y recomendaciones sean utilizadas para el desarrollo de acciones de prevención de la violencia sexual que afecta a las personas con discapacidad y que esta información contribuya al cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), el Plan Decenal de Salud Pública, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y la agenda de Desarrollo Sostenible 2030, a través de la construcción de una sociedad colombiana más justa y con mejores oportunidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, que ponga en el centro las necesidades, identidades y circunstancias de las personas con discapacidad.

Marta Royo

Directora Ejecutiva Profamilia



CAPÍTULO 1
NECESIDAD DE LA
INVESTIGACIÓN Y ENFOQUE
METODOLÓGICO

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2012, Profamilia viene trabajando con la Asociación Colombiana de Síndrome de Down - Asdown, la Liga Colombiana de Autismo - LICA y el Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social - PAIS de la Universidad de los Andes, en pro de la garantía de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos de las personas con discapacidad. Mediante este proceso, se ha logrado identificar que las personas con discapacidad son sujetas a diferentes formas de discriminación en el ejercicio de estos derechos, tales como: la negación de su sexualidad, la infantilización, la humillación o el rechazo a sus cuerpos, entre otras formas de estigmatización sobre su sexualidad o sus deseos a la maternidad o paternidad (Profamilia, 2014). Estas circunstancias las expone a diversos riesgos de salud a través de factores como la ausencia de servicios de salud sexual y reproductiva, la falta de información, educación sexual accesible, la precariedad en atención a la gestación, el parto o el puerperio, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y VIH, el cáncer de cérvix y cáncer de próstata o testículos, y especialmente las situaciones de violencia sexual (Profamilia, 2014).

De igual modo, la evidencia ha mostrado que las personas con discapacidad, en especial con discapacidad cognitiva y psicosocial, son sujetas a altos índices de esterilización no consentida. Es así como a través de prácticas como el consentimiento informado sustituto, la interdicción judicial y la toma de decisiones sin tener en cuenta a la persona con discapacidad, el marco legal colombiano ha permitido la práctica de procedimientos médicos invasivos, como la esterilización definitiva, sin consentimiento personal e informado de estas persona. Lo anterior, ha motivado observaciones y preocupaciones de comités de derecho internacional, que han manifestado la necesidad de abolir cualquier práctica de esterilización no consentida en personas con discapacidad (ONU, 2017).

A partir de lo anterior, desde el 2015 Profamilia inició el proceso de transformación de sus rutas y protocolos internos para la atención en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad. El paso de un modelo médico de la discapacidad, que se enmarca en un enfoque rehabilitador, a un modelo que busca el reconocimiento del carácter social de la discapacidad, supuso una serie de retos para la organización, e involucró una mirada integral por la variedad de servicios que ofrecen sus más de 30 clínicas a lo largo del país. Así, a partir de un comité interdisciplinario interno y con el apoyo y asesoría de ASDOWN, LICA y PAIS, Profamilia logró crear un modelo pionero, para la toma de decisiones con apoyos en salud sexual y reproductiva, que reconoce como principio la confidencialidad, intimidad y dignidad de las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad y el reto de la inclusión

El Informe Mundial sobre Discapacidad, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial en 2011, proporciona evidencia sobre cómo la vida de las personas con discapacidad se encuentra profundamente afectada por una serie de barreras sociales, lo que incide en que experimenten, entre otras dificultades, peores resultados de salud, exposición a diferentes violencias, menores logros académicos y a menudo insuficientes, limitación de acceso a recursos económicos, tasas más altas de pobreza, mayor dependencia de diferente índole, y una limitada participación social (OMS, 2011).

Esto afecta a un importante número de personas, teniendo en cuenta que según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 (MSPS y Profamilia, 2017), el 9,8% de la población colombiana presenta algún grado de dificultad para la realización de sus actividades diarias y cotidianas, es decir, que se estima que aproximadamente 4,7 millones de personas en Colombia tienen algún tipo de discapacidad. La misma fuente señala que el 51,3% de estas personas encontraron barreras de acceso a los servicios de salud (p. 144).

Aunque persiste la insuficiencia de información sobre las personas con discapacidad, es conocido que este grupo poblacional está sometido a una vulnerabilidad social específica que lo expone de forma particular a la violencia sexual. La carencia de datos cuantitativos, el subregistro, la impunidad y la falta de denuncia de las diferentes formas de agresión, y en especial la violencia sexual ejercida contra las personas con discapacidad, no solo han contribuido al ocultamiento de un problema con consecuencias profundas y estructurales en la vida de las personas, sus familias y cuidadores, sino que a su vez son el resultado de una serie de imaginarios respecto a su sexualidad, sus voluntades, sus formas de consentimiento y en últimas su acceso a la ciudadanía.

De manera reciente, países y organizaciones internacionales han iniciado un proceso de discusión y visibilización acerca de las particularidades de estas violencias y su relación con la violación de los derechos humanos. Al respecto, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) aprobada por las Naciones Unidas en 2006 constituye el avance más importante en materia de los derechos de las personas con discapacidad. Esta Convención fue ratificada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, por medio de la cual el país se compromete a armonizar la normatividad interna con los postulados de la Convención, la cual define la discapacidad como:

[...] un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, el respeto por

Aunque persiste la insuficiencia de información sobre las personas con discapacidad, es conocido que este grupo poblacional está sometido a una vulnerabilidad social específica que lo expone de forma particular a la violencia sexual.

la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana. (ONU, 2009).

La CDPD consagra el modelo social de la discapacidad, al reconocerla como parte de la diversidad humana y resalta las múltiples barreras que persisten en la sociedad para la inclusión de las personas con discapacidad. Según Agustina Palacios (2008), el modelo social de la discapacidad reta los abordajes de la prescindencia¹ y del modelo médico rehabilitador, que han entendido la discapacidad como una maldición o como parte de un diagnóstico médico que puede ser curado y/o normalizado. Así, el modelo social implica entender que la discapacidad se construye socialmente y no está localizado en los cuerpos de las personas, sino en las barreras que persisten e impiden su inclusión social plena.

Para abordar dichas barreras, la CDPD incorpora el concepto de apoyos y ajustes razonables que consiste en “[...] modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales” (ONU, 2009). Vale la pena resaltar que en virtud de la CDPD, negar apoyos o no realizar ajustes razonables para que una persona con discapacidad pueda ejercer sus derechos en igualdad, se entiende como una forma de discriminación por motivos de discapacidad.

De igual modo, el modelo social reconoce que “[...] toda persona, cualquiera sea la naturaleza o complejidad de su diversidad funcional, debe poder tener la posibilidad de tomar las decisiones que le afecten en lo que atañe a su desarrollo como sujeto moral, y por ende debe permitírsele tomar dichas decisiones”. (Palacios, 2008). Por lo que el modelo de vida independiente y los modelos de tomas de decisiones con apoyos son una forma de operativizar el modelo social de la discapacidad.

La CDPD reconoce que las mujeres y niñas con discapacidad sufren diferentes formas de discriminación, entre las que se incluye la violencia sexual. Así, el Artículo 6 señala que los Estados parte deben garantizarles su pleno desarrollo y el ejercicio pleno de sus derechos humanos (ONU, 2009). Este reconocimiento se aúna de manera importante con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (ONU, 2015), los cuales por primera vez establecen prevenir la violencia en todas sus formas y en todos los niveles

1. Agustina Palacios (2008) identifica tres modelos diferentes desde los cuales históricamente ha sido abordada la discapacidad. El primer modelo es el de la prescindencia, que considera que la discapacidad tiene un origen religioso y que las personas con discapacidad son innecesarias dentro de la sociedad. El segundo modelo, es el rehabilitador, que desde un enfoque científico percibe que las personas con discapacidad no son innecesarias en la medida en que sean rehabilitadas. El tercero es el modelo social, el cual reconoce la discapacidad como el resultado de relaciones sociales.

(Objetivo 5), y llegar a proporcionar servicios esenciales de salud sexual y reproductiva a las personas y comunidades en mayores desventajas sociales, entre ellas las personas con discapacidad (Objetivo 3).

Esto puede evidenciarse particularmente en las metas del Objetivo 5.2, que busca eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en todos los niveles y en el Objetivo 3.7 que busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Todo esto bajo el postulado de "No dejar a nadie atrás", que es un principio rector de la Agenda 2030 y entiende que el desarrollo debe llegar a todos los grupos de personas, naciones, pueblos y sectores sociales, teniendo como base la dignidad humana.

Barreras para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

A pesar de los avances normativos, y como ya se mencionó, persisten múltiples barreras de acceso a la información, comunicación, educación y conocimiento para que las personas con discapacidad ejerzan plenamente sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Factores como el desconocimiento de sus necesidades por parte del personal médico, así como los mitos y prejuicios sobre su sexualidad pueden dificultar el acceso a servicios de anticoncepción, prevención y atención de la violencia sexual.

Generalmente, las familias y las personas con discapacidad optan por métodos de anticoncepción definitivos, respondiendo a ideas y estereotipos preconcebidos sobre la discapacidad y la sexualidad. Se resalta además la creencia sobre la hipersexualidad o falta de control sexual de personas con discapacidades intelectuales; o por el contrario, la idea de que las personas con discapacidad son asexuales y no sienten deseo sexual (McRuer, 2012). Esto hace que las personas, en especial con discapacidad cognitiva y psicosocial, sean entendidas como sujetos pasivos frente a su sexualidad, y sus familias suelen temer que sean víctimas de violencia sexual.

Las personas con discapacidad enfrentan multiplicidad de formas de violencia sexual que inician con imaginarios, y terminan con expresiones como el abuso, la explotación sexual, la anticoncepción y la esterilización forzada, las cuales, analizadas desde el enfoque de determinantes sociales, evidencian cómo las circunstancias de inequidades en las que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen posibilitan su mayor ocurrencia.

A lo anterior, se suma la invisibilización o poco reconocimiento de la problemática, la falta de datos confiables que la documenten, el

limitado interés de las políticas, la insuficiencia de normas y la ausencia de coordinación entre los distintos sectores del Estado que deben abordar el tema. Así mismo, las actitudes negativas y prejuicios de los proveedores de salud y la dificultad para comprender y aplicar el enfoque diferencial, generan problemas de acceso a la atención en salud y a otras instituciones con lo cual se profundiza la vulneración de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) y la baja implementación de estrategias conducentes a solucionar el problema, lo que a su vez socava las metas y objetivos globales y nacionales propuestos. En síntesis, todas las situaciones y determinantes enunciados contribuyen a ubicar a las personas con discapacidad en mayor desventaja social.

Como aporte para el hacerle frente a estas desventajas, el Informe Mundial sobre Discapacidad sintetiza la mejor evidencia científica disponible sobre cómo pueden superarse los obstáculos a los que se enfrentan las personas con discapacidad, y cómo actuar sobre los determinantes sociales asociados a la ocurrencia de la violencia sexual. Así, por ejemplo, determinantes como los servicios de salud, apoyo y asistencia, el entorno, acceso a educación y a empleo, pueden tener un impacto positivo y duradero cuando son abordados desde un enfoque intersectorial.

Frente a esto, se hace necesaria la comprensión del paradigma sobre el que se construyen los estereotipos alrededor de las personas con discapacidad y los riesgos a los cuales este grupo de personas está expuesto socialmente por su vulnerabilidad, desde diferentes perspectivas y niveles (familiares, cuidadores, educadores, funcionarios del Estado, de instituciones públicas y privadas e investigadores). Lo anterior, permite identificar y entender los escenarios que deben ser abordados para prevenir la violencia sexual en personas con discapacidad, y en los cuales se requiere la implementación de rutas de acción y atención orientadas a garantizar el acceso de las personas con discapacidad a información adecuada y suficiente sobre sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, a la vez que es necesario determinar la obligatoriedad de los diferentes actores institucionales responsables de hacer efectivo este ejercicio de derechos.

A ese respecto, se encuentra la creencia generalizada de que la esterilización permanente a través de ligadura o vasectomía es una medida de protección frente a los riesgos de violencia sexual en esta población; es así como muchas familias de personas con discapacidad solicitan la práctica del procedimiento, inducidos por las recomendaciones de profesionales de la salud o por el desconocimiento de otras alternativas de anticoncepción no definitivas. Esto se evidencia a través de la práctica clínica de Profamilia y de diferentes casos tramitados ante la Corte Constitucional que han analizado solicitudes de esterilización en personas con discapacidad cognitiva y psicosocial.

En la Sentencia T-063 de 2012 el padre de una joven con discapacidad intelectual argumenta la necesidad de esterilizar a su hija, sustentada en

que ella: “[...] se escapa de la casa y no sabe medir las consecuencias, ya que personas u hombres inescrupulosos pueden abusar, aprovechándose de su situación y le pueden transmitir cualquier enfermedad de transmisión sexual [sic]”. Este testimonio refleja las múltiples malinterpretaciones que existen sobre la esterilización quirúrgica, la cual lo único que puede prevenir es el embarazo no deseado, pero nunca la transmisión por vía sexual de una infección y menos la violencia sexual.

De forma similar, en la reciente Sentencia T-303 de 2016, la Corte tuvo conocimiento sobre un caso de vulneración y falta de inclusión de una menor con discapacidad cognitiva. En esta ocasión su madre justificó la necesidad de esterilización argumentando que: “[...] su calidad de vida ha cambiado pues es madre cabeza de familia y debe trabajar para sostener su hogar, lo cual le implica dejar sola a su hija durante largas jornadas”. Situaciones como esta muestran las múltiples barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad, como la falta de acceso a la educación, servicios de recreación o de protección por parte del Estado. En este caso, es posible preguntar si la postura de la Corte centrada en la esterilización, olvidó asumir la protección de la joven desde una perspectiva integral, incluyendo la necesidad del restablecimiento de todos los derechos que estaban siendo vulnerados; este hecho vuelve a llamar la atención sobre la importancia del concurso de la intersectorialidad en el abordaje de la problemática, para evitar entender la esterilización como la solución a un problema de exclusión estructural.

Como forma de aportar evidencia que conlleve a un tratamiento diferente de la violencia sexual contra las personas con discapacidad, Profamilia, PAIS, LICA y ASDOWN decidieron concentrar sus esfuerzos para aumentar los niveles de comprensión del fenómeno y analizar los determinantes sociales que tienen efecto o no sobre su ocurrencia. En este contexto, es de gran importancia fortalecer las alianzas interinstitucionales, intersectoriales y/o público-privadas que contribuyan con la generación de conocimiento respecto a la problemática en tres niveles: i) las dimensiones sociales de la violencia sexual hacia personas con discapacidad, ii) identificar el rol de los determinantes sociales, y iii) reconocer las prácticas, actitudes e imaginarios que existen alrededor de la sexualidad y los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) de las personas con discapacidad en el país.

En consecuencia, la investigación se propuso responder las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las dimensiones sociales de ocurrencia de la violencia sexual en personas con discapacidad desde un análisis de determinantes sociales en Colombia?, ¿Cuál es el estado de la implementación y divulgación de la Convención Sobre los Derechos de las personas con discapacidad? y ¿Cuáles son los imaginarios sobre la violencia sexual contra personas con discapacidad?

La investigación se propuso responder las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las dimensiones sociales de ocurrencia de la violencia sexual en personas con discapacidad desde un análisis de determinantes sociales en Colombia?, ¿Cuál es el estado de la implementación y divulgación de la Convención Sobre los Derechos de las personas con discapacidad? y ¿Cuáles son los imaginarios sobre la violencia sexual contra personas con discapacidad?

Estas preguntas fueron respondidas a través de la aplicación de una metodología mixta que combinó métodos cualitativos y cuantitativos, aplicados en cinco ciudades colombianas: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Manizales. Los resultados esperan enriquecer la literatura existente, presentar imaginarios y significados que permitan entender la ocurrencia de la violencia sexual contra las personas con discapacidad, reforzar la acción sectorial e intersectorial en la prevención, reducción y atención de la misma, a la vez que contribuir y acompañar la implementación de acciones en el marco de la Convención Sobre los Derechos de las personas con Discapacidad en Colombia.

OBJETIVOS

Objetivo General

Generar evidencia relevante sobre las dimensiones sociales relacionadas con la ocurrencia de violencia sexual en personas con discapacidad en Colombia, con el fin de aportar al diseño de acciones intersectoriales para promover los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en este grupo poblacional.

Objetivos específicos

- Analizar las dimensiones sociales relacionadas con la ocurrencia de violencia sexual en personas con discapacidad.
- Describir consideraciones clave de la implementación de leyes, políticas y planes de acción en el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Identificar los imaginarios sobre la violencia sexual en personas con discapacidad al interior del hogar, dentro de los servicios de salud y salud sexual y reproductiva, y por parte de funcionarios de los sectores de Protección, Justicia y Educación.

HERRAMIENTAS TEÓRICAS Y CONCEPTUALES

La investigación se fundamenta teóricamente en los determinantes sociales de la salud, aplicables a las personas con discapacidad psicosocial y cognitiva que fueron víctimas de violencia sexual, incluidos los imaginarios de las personas con discapacidad, el concepto de sexualidad (desde su relación con la capacidad y la discapacidad), y la violencia sexual en sus diferentes expresiones.

La definición de violencia sexual aplicable al estudio es "todo acto que atenta contra la libertad, integridad y formación sexuales con la finalidad de obligar a una persona a tener relaciones sexuales o de imponer un comportamiento sexual específico, en contra de su voluntad" (Profamilia, Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, 2018). Esta violencia se manifiesta de diferentes formas: violación/asalto sexual, abuso sexual, explotación sexual, trata de personas con fines de explotación sexual, explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, acceso carnal violento/acto sexual violento con persona protegida, actos sexuales, esclavitud sexual/prostitución forzada, embarazo forzado, tortura en persona protegida, regulación de la vida social, servicios domésticos, esterilización forzada y aborto forzado, intervención en crisis.

El análisis desde los determinantes sociales permite identificar los imaginarios sobre la violencia sexual en personas con discapacidad, el conocimiento o desconocimiento de las normas, las rutas y protocolos al respecto, y los factores de riesgo, protección y prevención de este tipo de violencias. Es así como a lo largo de la investigación se hizo evidente que las formas de violencia y discriminación experimentadas por las personas con discapacidad cognitiva o psicosocial no pueden reducirse a la dimensión sexual. Sin embargo, desde un enfoque interseccional (Williams, 1994) estas violencias conjugan la discapacidad con diferentes marcadores sociales como lo son el sexo, la raza, los niveles de pobreza, el nivel educativo, la geolocalización, entre otras, con efectos importantes en los imaginarios de las personas con discapacidad, las formas de violencia que padecen, y las formas de riesgo o protección y prevención de las mismas.

La ideología capacitista ha permeado de manera profunda las percepciones sobre la discapacidad y la sexualidad.

Como resalta Siebers (2012) la ideología capacitista² ha permeado de manera profunda las percepciones sobre la discapacidad y la sexualidad, al respecto señala que uno de los estereotipos más grandes que los oprime es el mito de que ellos y ellas no experimentan sentimientos sexuales o que no tienen o no quieren tener sexo. Este imaginario se combina con una tendencia, cada vez menos común, pero aún persistente de aislar a las personas con discapacidad de diferentes espacios de socialización como la familia, la escuela, el espacio público y la intimidad.

Así se construye un escenario para las personas con discapacidad como seres que no están interesados de ninguna manera en la sexualidad (Balza, 2011; Ramírez et al. 2012). En contraposición, existe la creencia que las personas con discapacidad y especialmente con discapacidad cognitiva o psicosocial (como Síndrome de Down o esquizofrenia) son hipersexuados, y por lo tanto, su aislamiento de los espacios de socialización antes mencionados es el resultado de una estrategia de protección de sus conductas "desadaptadas" al resto de la sociedad en el plano sexual. Cualquiera de las dos percepciones, a menudo se transforman en acciones que atentan contra sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Igualmente, la negación de su sexualidad y de su intimidad es una de las primeras formas de violencia que padecen, la cual continúa en la adolescencia con el abuso sexual, la violación y los tocamientos y termina en la adultez con la esterilización sin consentimiento, amparada ya sea en argumentos de carácter eugenésico (Acevedo, 2016) o ligados al modelo de la prescindencia de las personas con discapacidad ya referido. A lo anterior, se le suma que la noción estrecha (o inexistente) de la sexualidad de las personas con discapacidad, se traduce a su vez en la imposibilidad para identificar por quienes las rodean, ya sean cuidadores, familiares, educadores, personas del sector salud u otros funcionarios, la complejidad de formas en las que la violencia sexual puede ser perpetrada.

2. La ideología capacitista hace referencia a un sistema de pensamiento que subvalora a las personas que tienen algún tipo de discapacidad.

METODOLOGÍA

La aproximación metodológica combinó técnicas cualitativas y cuantitativas. El abordaje cualitativo permitió identificar y describir los imaginarios sobre la violencia sexual en personas con discapacidad, y las formas de riesgo, protección y prevención reconocidos por distintos actores. A través del abordaje cuantitativo se hizo la caracterización sociodemográfica de las personas con discapacidad psicosocial y cognitiva y se analizó la contribución de ciertos determinantes sociales a la ocurrencia de la violencia sexual.

La investigación contó con la valoración ética y aprobación del Comité de Ética en Investigación de Profamilia (CEIP). Todas las fases del estudio estuvieron orientadas por criterios de confidencialidad en el manejo de la información, la recolección de los datos y el contacto con las personas participantes.

Enfoque de análisis cuantitativo

Para responder el primer objetivo se realizó un estudio ecológico que inicialmente caracteriza a las personas con discapacidad en general y con discapacidad psicosocial y cognitiva en particular, víctimas de violencia sexual a partir de las variables sexo, edad, nivel educativo, nivel del SISBEN, régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tipo de alteración, departamento y zona de ocurrencia, hecho victimizante y presunto agresor. En un segundo momento, se utilizó el software EPIDAT versión 4.2 para identificar desigualdades en la violencia contra las personas con discapacidad relacionadas con determinantes sociales como la pobreza, el financiamiento de la salud, las barreras de acceso a servicios de salud, el analfabetismo y el desempleo.

Fuente de datos utilizados

Las tres fuentes de información oficiales consultadas fueron: i) Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD), ii) Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y iii) Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015). Estas fuentes permitieron la desagregación de los datos a nivel departamental.

Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD)

Es la fuente oficial de datos sobre discapacidad en Colombia. Permite recolectar información individual, continua y actualizada de las personas con discapacidad. A julio de 2015 en el RLCPD se registraron 1.178.703 personas con alguna discapacidad. Esta cifra corresponde al 25% del valor estimado a partir de la ENDS 2015 (4.710.203 personas) y al 2.5% del total de la población proyectada por el DANE para el país en 2015 (48.203.405 personas) (DANE, 2010). Para este análisis el corte de la información fue el 30 de abril de 2017. Esta fuente también aportó el porcentaje de personas con discapacidad en los niveles 1 y 2 del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN).

Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV)

Una de las fuentes de datos sobre violencia en Colombia es el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), donde se consolidan los datos sobre las agresiones que son denunciadas y requieren de valoración forense. Para el estudio se utilizó la información provista para los años 2015 al 2017, durante los cuales se registraron, respectivamente, 22.155, 21.399 y 23.798 valoraciones médico-legales por presunto delito sexual, de las cuales 584, 773 y 887, fueron personas víctimas con discapacidad.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015)

La ENDS 2015 hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblaciones para la Salud y del Plan Estadístico Nacional (PEN) liderado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). En la ENDS 2015 se indagó por los grados de afectación de las capacidades y habilidades básicas de las personas para realizar actividades de su vida cotidiana. En Colombia, el 9,8% de las personas presentan importantes grados de afectación y requieren mayores niveles de apoyos y ajustes razonables para el desempeño autónomo de sus actividades. En el análisis se estimó el número de personas con discapacidad por departamento, el porcentaje de personas con discapacidad mayores de 4 años que no cursó educación formal, el porcentaje de personas con discapacidad que tuvo barreras de acceso a servicios de salud y el porcentaje de personas entre 12 y 49 años que buscó trabajo.

Dimensiones e indicadores

Para el análisis estadístico de las desigualdades la variable dependiente fue el porcentaje de personas con discapacidad víctimas de violencia sexual, reportado por el Instituto Nacional de Medicina Legal. Las variables

poblacionales consideradas fueron el número de personas con discapacidad a partir de una estimación, tomando como fuentes la proyección de población a 2015 y el porcentaje de población con discapacidad psicosocial y cognitiva por departamentos obtenido en la ENDS 2015. Las dimensiones de desigualdad usadas fueron nivel pobreza, financiamiento de la salud, barreras de acceso a servicios de salud, analfabetismo y desempleo.

En la Tabla 1 se describen las cinco dimensiones y los ocho indicadores empleados en el análisis.

Tabla 1. Dimensiones e indicadores para el análisis de desigualdades

Dimensión	Indicador	Fuente de Información	Año
Pobreza	1. Índice de Pobreza Multidimensional (IPM).	Departamento de Planeación Nacional.	2005
	2. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).	Boletín DANE Censo General 2005 Necesidades Básicas Insatisfechas.	2005
	3. Porcentaje de SISBEN 1 – 2.	Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD).	2015
Financiamiento de la salud	4. Porcentaje de inversión en salud.	Departamento de Planeación Nacional.	2015
	5. Porcentaje de participación en salud.	Departamento de Planeación Nacional.	2015
Analfabetismo	6. Porcentaje de personas mayores de 4 años que no cursaron educación formal.	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 Capítulo 3.6.	2015
Barreras de acceso a los servicios de salud	7. Porcentaje de barreras de acceso a servicios de salud.	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 Capítulo 3.5.	2015
Desempleo	8. Porcentaje de personas buscando trabajo entre 12 a 49 años.	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.	2015

Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2018

Enfoque de análisis cualitativo

Para responder al segundo y tercer objetivo, se recolectó información a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales realizados entre junio y agosto del 2018 en Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y

Manizales. Las entrevistas fueron realizadas a personas con discapacidad y sus familiares, funcionarios de los sectores de Protección, Salud, Justicia y Educación. Adicionalmente, los grupos focales se llevaron a cabo con informantes clave, que incluyeron a personas con discapacidad y sus familiares, integrantes de organizaciones aliadas de las personas con discapacidad y funcionarios de diferentes sectores del Estado.

La Gráfica 1 resume el número de entrevistas y grupos focales realizados. La selección de los participantes fue posible mediante el uso de técnicas de muestreo no probabilístico por redes, esto implicó la participación activa de las organizaciones involucradas en el proyecto con el fin de contactar participantes.

Gráfica 1. Entrevistas y grupos focales realizados



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2018.

Cuestiones éticas y de género

A lo largo de la investigación se buscó la participación tanto de hombres como de mujeres, pero durante el trabajo de campo, estas últimas se mostraron más interesadas en participar en las entrevistas y en los grupos focales. Si bien la muestra cumplió con los criterios de saturación esperados, la menor participación de los hombres dificultó la exploración a profundidad de sus percepciones frente a la violencia sexual a personas con discapacidad.

La recolección de información a través de los grupos focales y las entrevistas a funcionarios y funcionarias, estuvo a cargo de integrantes de la Dirección de Investigación de Profamilia; las entrevistas a las personas con discapacidad y a sus familiares fueron realizadas por una psicóloga que usó instrumentos de comunicación necesarios según los diferentes niveles comunicativos de las personas entrevistadas, estrategias de atención psicosocial dada la sensibilidad de la información discutida, y herramientas psico-educativas que permitieron la creación de espacios de aprendizaje durante las entrevistas.

La participación de todas las personas fue voluntaria, y en todos los casos se obtuvo consentimiento informado previa participación, en la mayoría de los casos esta se obtuvo de manera escrita; únicamente en un caso el consentimiento se obtuvo de manera oral mediante una grabación como un ajuste razonable para una entrevistada con discapacidad visual. Así, en la búsqueda de los consentimientos informados se contó con ajustes y apoyos como imágenes e información en lenguaje sencillo, buscando que la información fuera fácilmente comprensible para las personas con discapacidad.

Procesamiento entrevistas y grupos focales

Las entrevistas y los grupos focales fueron grabados, transcritos y posteriormente analizados a partir del software Atlas.TI. Para el análisis se tomaron como punto de partida algunas categorías previamente definidas tales como: imaginarios sobre las personas con discapacidad; redes de apoyo; violencias que incluye la violencia física, psicológica, económica y sexual; percepción de riesgos; formas de protección y prevención; y conocimiento de las rutas y normativas. A lo largo de la investigación se tuvieron en cuenta categorías emergentes, las cuales funcionaron como sub-categorías de las categorías ya mencionadas, permitiendo un análisis más detallado de los imaginarios, las violencias y los contextos.

Triangulación de los análisis cuantitativos y cualitativos.

Con la triangulación se buscó la complementariedad de los análisis cuantitativos y cualitativos, lo cual es relevante para el abordaje de las dimensiones sociales de la violencia sexual en las personas con discapacidad, en la medida en que cada método provee información diferente y esencial para su interpretación. El análisis cuantitativo permitió una caracterización sociodemográfica de las personas con discapacidad y de la violencia sexual registrada entre ellas; por su parte, el análisis cualitativo facilitó una exploración detallada de los imaginarios que rodean la sexualidad de las personas con discapacidad, sus implicaciones en la ocurrencia de la violencia y los significados de la misma.



CAPÍTULO 2

HALLAZGOS Y RESULTADOS

RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO

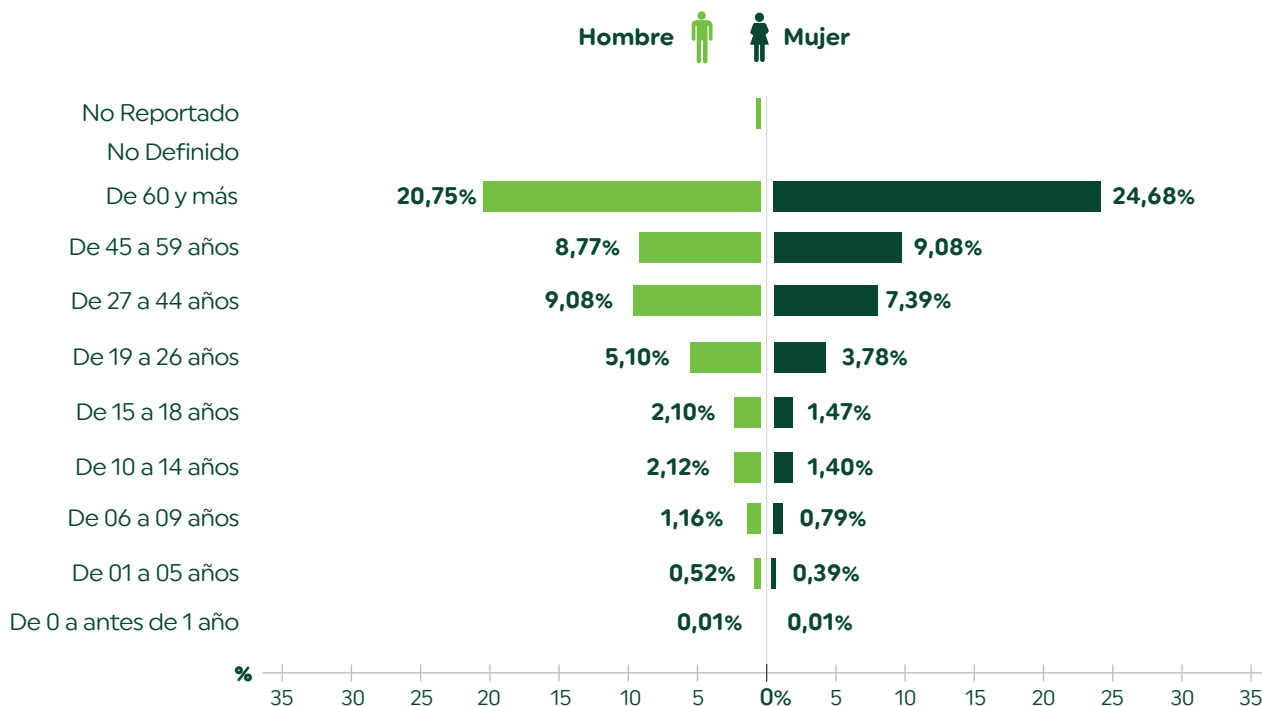
Caracterización sociodemográfica de las personas con discapacidad

El 74,5% de las personas del RLCPD reside en el área urbana, el 49,2% son mujeres, el 50% son hombres y para el 0,8% de los casos no se cuenta con información. En este registro la edad es reportada de acuerdo con las etapas del ciclo vital (MSPS, s.f.): in útero y nacimiento (0 antes de 1 año), primera infancia (1 a 5 años), infancia (6 a 9 años), adolescencia temprana (10 a 14 años), adolescencia (15 a 18 años), juventud (19 a 26); adultez (27 a 59 años) y vejez (60 años en adelante). El mayor porcentaje de personas con discapacidad (45,4%) cuentan con 60 o más años de edad, las personas entre 27 a 59 años representan el 34,3%, entre 19 a 26 años el 8,9%, y las menores de 25 años el 7,9%. **(Ver Gráfica 2, pág 30)**

El nivel educativo alcanzado por la mayor proporción de personas con discapacidad es básica primaria (40,3%), en menor orden básica secundaria (18,1%). Únicamente el 3% de las personas con discapacidad cuentan con educación superior, mientras que el 30,8% no accedió a educación formal, lo que refleja las brechas de acceso existentes y la falta de educación inclusiva. En el 2,4% de los casos no se registró información sobre el nivel educativo. **(Ver Gráfica 3, pág 31)**

En lo referente a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a nivel nacional, el 59,0% de las personas con discapacidad registradas pertenecen al régimen subsidiado y solo una cuarta parte (26,2%) al régimen contributivo, el 14,9% restante no registra información. La mayor proporción de afiliados al régimen contributivo (47,1%) se encontró en Bogotá, D.C. mientras que la mayor proporción de afiliados al régimen subsidiado (65,2%) se encontró en Atlántico. En los departamentos de Valle de Cauca, Atlántico, Caldas, Santander y Bogotá D.C., el porcentaje sin información varía entre 16,5% y 17,5%. Cabe anotar que en el RLCPD el porcentaje de registros sin reporte para la variable de nivel del SISBEN fue del 87% y para el régimen de afiliación del 15%. **(Ver Gráfica 4, pág 31)**

El tipo de alteración hace referencia a las limitaciones que presentan las personas con discapacidad para llevar a cabo actividades diarias. De acuerdo con el RLCPD las más frecuentes son las relacionadas con la

Gráfica 2.**Pirámide poblacional de las personas con discapacidad según grupo de edad y sexo en Colombia, 2017**

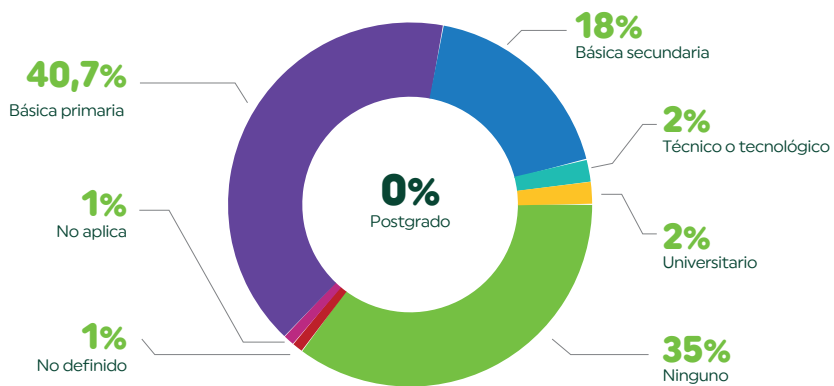
Fuente: Panel de Datos construido a partir de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y de Protección Social. Los datos fueron consultados el 28 de septiembre, 2018.

movilidad (17,8%), seguidas por aspectos cognitivos como la memoria, la percepción y la resolución de problemas (mental cognitiva: 9,1%) y en un 2,3% los relacionados con afecciones temporales o permanentes del estado de ánimo (mental psicosocial). El 21,5% de los hombres y el 16,7% de las mujeres reportó alguna alteración mental cognitiva mientras que el 5,5% de los hombres y el 4,3% de las mujeres reportó alguna alteración mental psicosocial. En el 49,5% de los casos registrados no se reportó información para esta variable (**Ver gráfica 5, pág 32**).

El 56,3% de las personas con discapacidad registradas son mujeres y el 43,7% son hombres. La distribución según tipo de discapacidad y sexo en Colombia para el año 2017, muestra que entre los hombres el 23,1% tiene discapacidad física, el 19,4% discapacidad múltiple, el 15,2% discapacidad sensorial, el 10,1% discapacidad psicosocial y el 9,7% discapacidad cognitiva. Esta distribución es diferente entre las mujeres: el 25,7% tiene discapacidad cognitiva, el 25,5% discapacidad múltiple, el 18% discapacidad psicosocial, el 17% discapacidad sensorial y el 13,8% discapacidad física.

Gráfica 3.

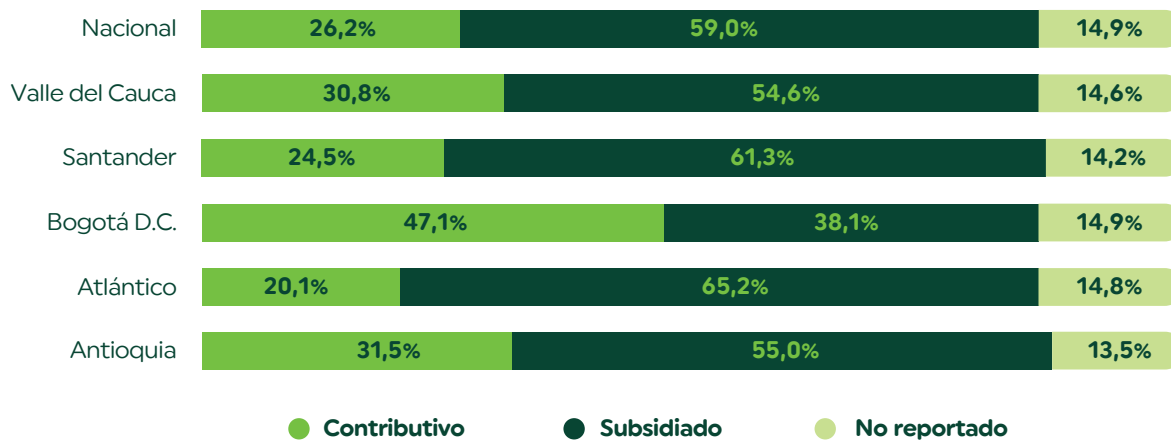
Personas con discapacidad según último nivel educativo aprobado en Colombia, 2017



Fuente: Panel de Datos construido a partir de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y de Protección Social. Los datos fueron consultados el 28 de septiembre, 2018.

Gráfica 4.

Personas con discapacidad según régimen de afiliación en salud a nivel nacional y en Atlántico, Bogotá D.C, Caldas, Santander y Valle del Cauca. Colombia 2017

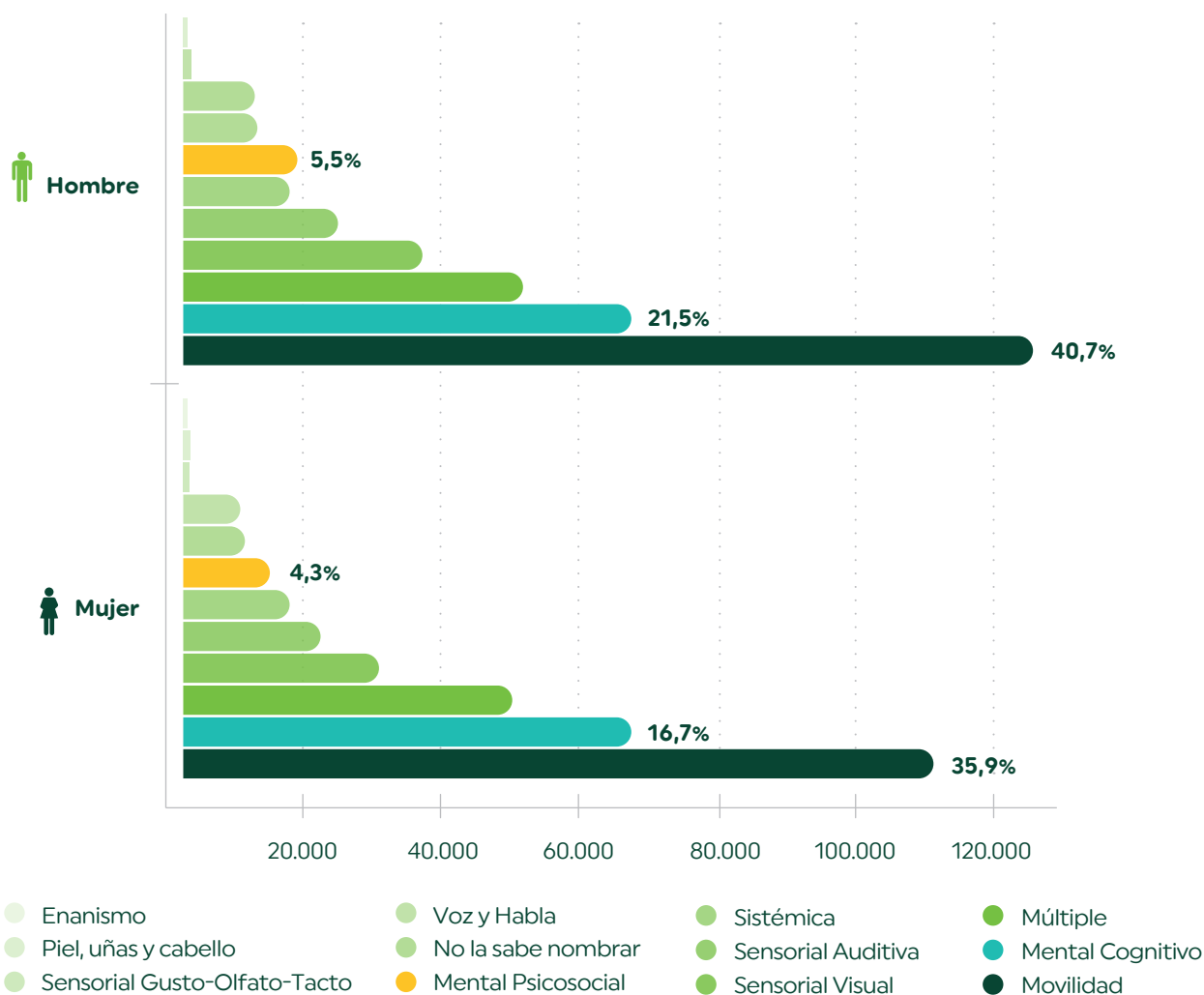


Fuente: Panel de Datos construido a partir de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y de Protección Social. Los datos fueron consultados el 28 de septiembre, 2018.

La distribución por sexo y discapacidad revela que en el caso de la discapacidad cognitiva hay tres mujeres por cada hombre y que en el caso de la discapacidad psicosocial hay dos mujeres por cada hombre; entre las personas con discapacidad física por cada dos hombres hay una mujer y para las discapacidades múltiple y sensorial esta razón es uno a uno (**Ver Gráfica 7, pág 34**)

Gráfica 5.

Personas con discapacidad según tipo de alteración y sexo en Colombia, 2017

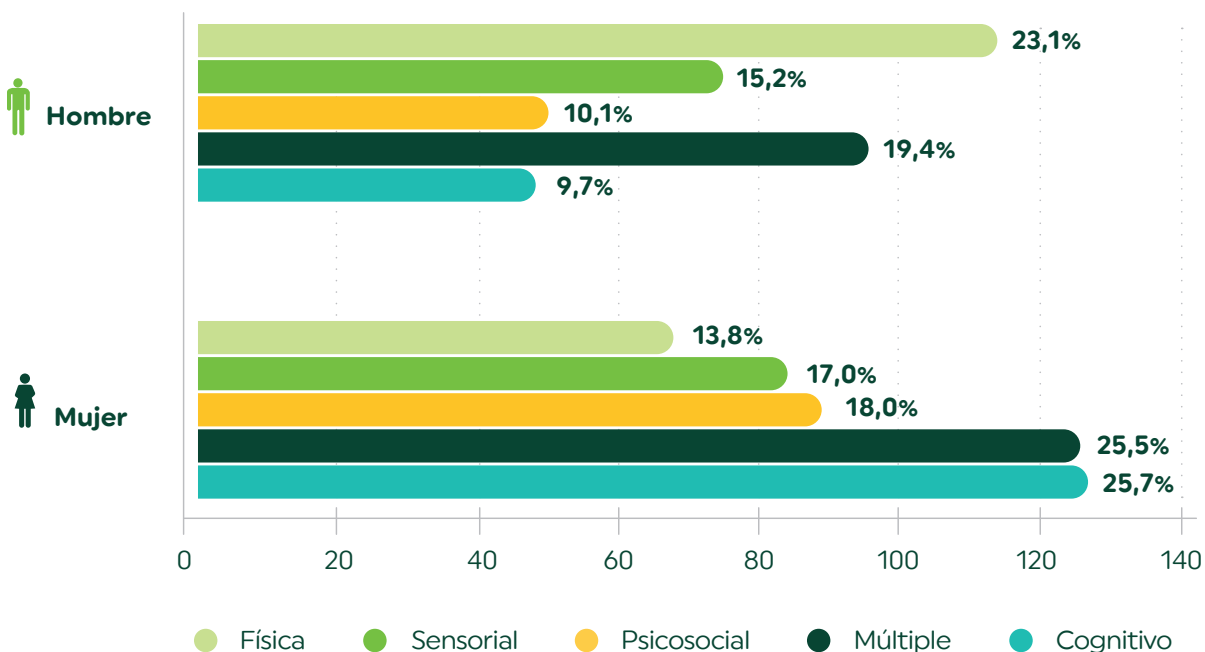


Fuente: Panel de Datos construido a partir de Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y de Protección Social. Los datos fueron consultados el 28 de septiembre, 2018.

Caracterización de la violencia sexual en personas con discapacidad, especialmente psicosocial y cognitiva.

Enfatizando el hecho de que la violencia, y en especial la violencia sexual en personas con discapacidad, es un evento con marcado subregistro, durante el año 2017 en el Instituto Nacional de Medicina Legal se examinaron 877 personas con discapacidad víctimas de alguna forma de violencia, de las cuales el 39,7% (348 casos) fueron por presunto delito sexual, el 34,8% (305 casos) violencia interpersonal y el restante 25,5% (244 casos) violencia intrafamiliar que, en un 8,9% corresponde a violencia de pareja.

Gráfica 6.
Distribución de las personas con discapacidad según tipo de discapacidad y sexo en Colombia, 2017.

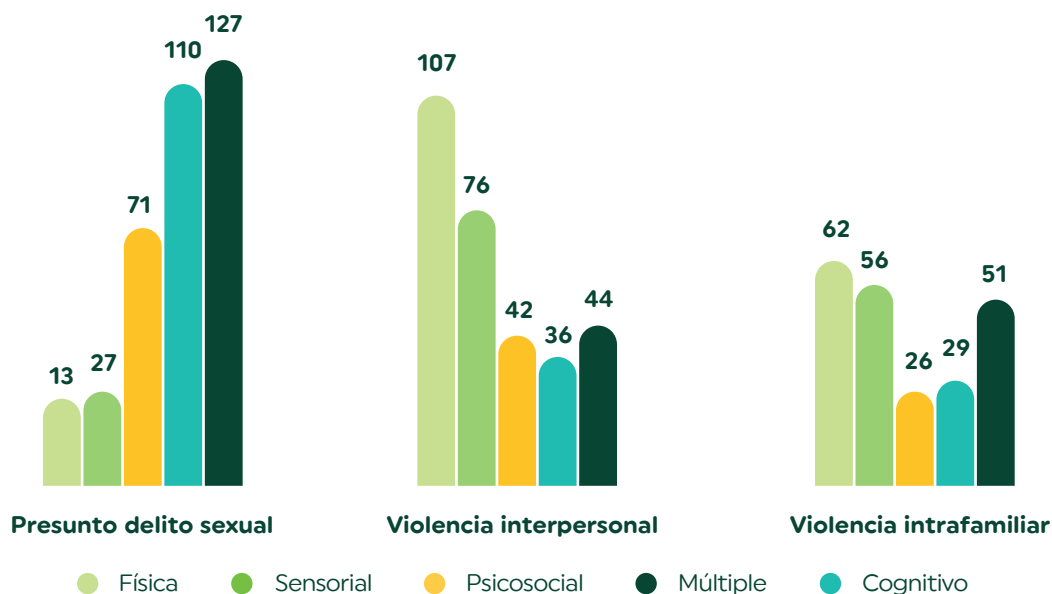


Fuente: Panel de Datos construido a partir de sistema de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Los datos fueron entregados el 4 de octubre, 2018.

Entre las víctimas de violencia sexual, el 36,5% fueron personas con discapacidad múltiple, seguido del 31,6% y 20,4% de personas con discapacidad cognitiva y psicosocial, respectivamente. Entre las víctimas de violencia interpersonal, el 35,1% son personas con discapacidad física, el 24,9% personas con discapacidad sensorial y menos del 15% personas con discapacidad múltiple, cognitiva y psicosocial. Por último, para la violencia intrafamiliar, las proporciones más altas se encuentran entre personas con discapacidad física (27,7%), sensorial (25,0%) y múltiple (22,7%), en menor proporción, corresponden a víctimas con discapacidad cognitiva (12,9%) y psicosocial (11,6%). **(Ver Gráfica 8, pág 35)**

De las víctimas con discapacidad evaluadas por violencia sexual, el 30,1% eran menores de 18 años; el 24,9% correspondió a personas entre 18 a 29 años; el 21,3% entre 30 a 44 años; el 14% de 45 a 59 años; y el 9,7% personas mayores de 59 años. Para la población general, en 2017 la misma fuente reporta que el 87% de los peritajes por presunto delito sexual fueron a menores de 18 años, el 12,7% a personas entre 18 y 59 años y el 0,28% a personas mayores de 59 años. Esta distribución diferencial de la violencia

Gráfica 7.
Personas con discapacidad según tipo de discapacidad y hecho victimizante en Colombia, 2017



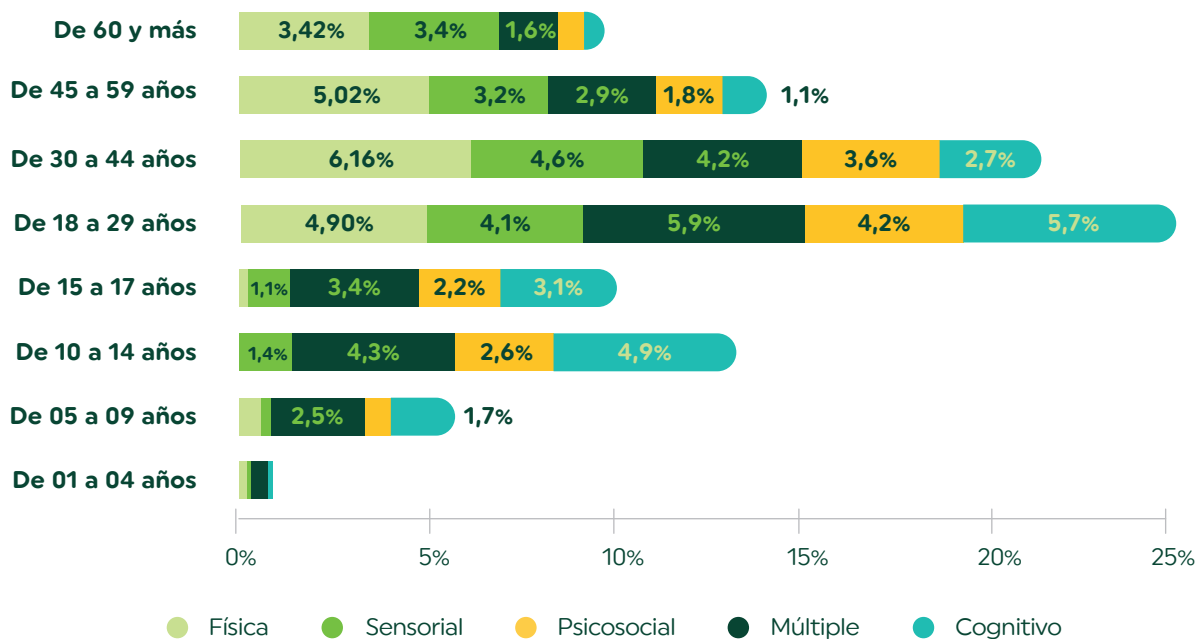
Fuente: Panel de Datos construido a partir de Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Los datos fueron entregados a Profamilia el 4 de octubre, 2018.

sexual, según la edad entre personas con discapacidad y población general, revelan la vulnerabilidad específica a la que son expuestas las personas con discapacidad a lo largo de todo el ciclo vital.

A nivel nacional, la mayor proporción de víctimas de violencia sexual se encuentra entre las personas con discapacidad psicosocial (24,8%), seguida de la discapacidad física (22,8%), sensorial (20,2%), cognitiva (17,6%) y múltiple (14,6%). La distribución geográfica de las personas con discapacidad víctimas de violencia sexual muestra importantes diferencias entre los departamentos del estudio. En el departamento de Atlántico, el 34,8% de las víctimas de violencia sexual tiene discapacidad física, el 23,9% discapacidad cognitiva, el 17,4% discapacidad psicosocial, el 13,0% discapacidad sensorial y el 10,9% discapacidad múltiple. En Bogotá D.C. la violencia sexual fue más frecuente entre las personas con discapacidad múltiple (33,3%), seguida por la violencia sexual contra las personas con discapacidad psicosocial (21,4%), sensorial (16,7%), cognitiva y física (14,3%).

Se destaca que el Departamento de Caldas presenta la mayor proporción de víctimas de violencia sexual entre las personas con discapacidad psicosocial (36,8%) y la menor proporción entre personas con discapacidad

Gráfica 8.
Personas con discapacidad según tipo de discapacidad y grupo de edad. Colombia, 2017



Fuente: Panel de Datos construido a partir de Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Los datos fueron entregados a Profamilia el 4 de octubre, 2018.

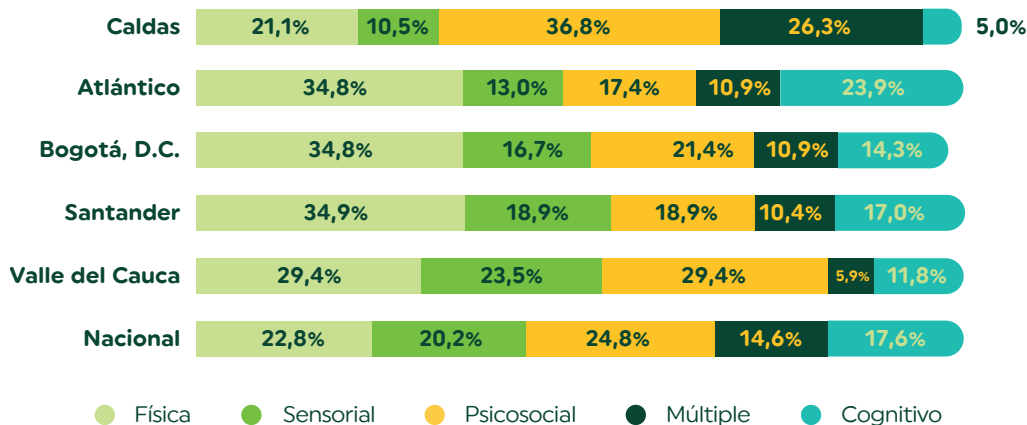
cognitiva (5%). En Santander, la violencia sexual fue más frecuente entre las personas con discapacidad física y tuvo valores cercanos en los casos de discapacidad psicosocial y sensorial (18,9%), y cognitiva (17%). En el Valle del Cauca, la mayor proporción de víctimas de violencia sexual se encontró entre las personas con discapacidad psicosocial y física (29,4%), seguida por la proporción entre las personas con discapacidad sensorial (23,5%) y entre las personas con discapacidad cognitiva (11,8%).

El perpetrador de la violencia sexual en la mayoría de los casos fue alguien conocido (41,1%) o un familiar cercano (22,9%), mientras que los desconocidos representaron el 11,3%. La tendencia en la distribución de los agresores se ha mantenido a lo largo de los años 2015, 2016 y 2017.

La violencia sexual afecta de manera sistemática a las mujeres con discapacidad cognitiva y psicosocial; es así como la diferencia de mujer a hombre aumentó de 3 mujeres víctimas a 1 hombre en 2015 a 7 mujeres víctimas a 1 hombre en 2017 (Gráfico 11). Adicionalmente, en el caso de estas discapacidades específicas, la violencia sexual es más frecuente en la niñez y la adolescencia: en el 60% de los casos las víctimas fueron menores de 18 años, de las cuales el 31% tenía entre 10 y 14 años.

Gráfica 9.

Personas con discapacidad según tipo de discapacidad y ubicación geográfica a nivel nacional y en Atlántico, Bogotá D.C, Caldas, Santander y Valle del Cauca en Colombia, 2017



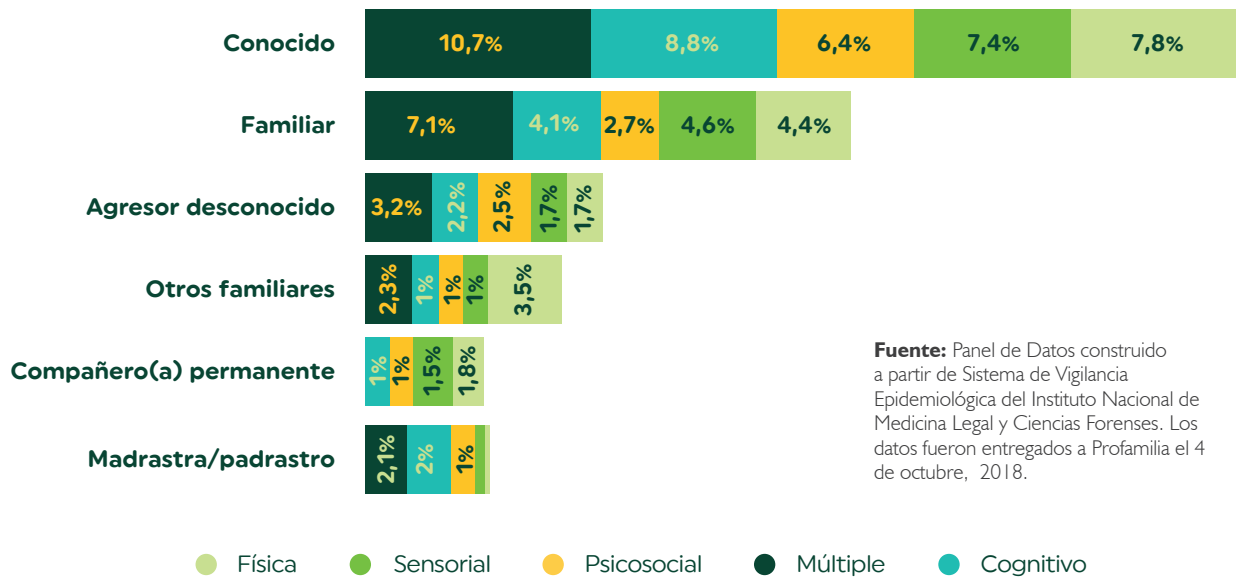
Fuente: Panel de Datos construido a partir de sistema de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Los datos fueron entregados a Profamilia el 4 de octubre, 2018.

La distribución geográfica de los casos de violencia sexual contra las personas con discapacidad psicosocial y cognitiva indica que el mayor número de víctimas se concentra en departamentos de la región Andina (Antioquia, Risaralda y Tolima, Cundinamarca y Bogotá D.C.). Un segundo grupo de departamentos del Suroccidente (Cauca, Putumayo, Caquetá y Nariño) reportó entre 5 y 8 casos. En la región de la Amazonia y Orinoquia en Amazonas, Vaupés, Vichada, Guainía y Guaviare no se reportó ningún caso (Gráfico 12).

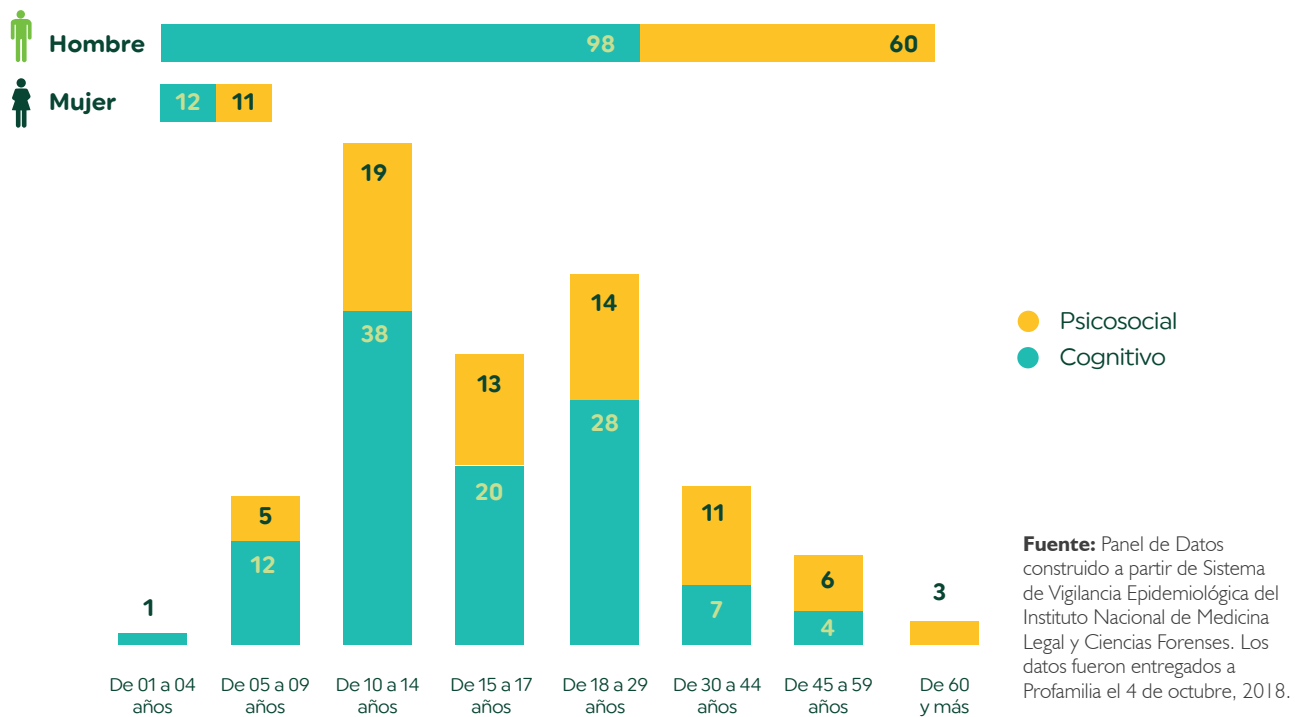
Desigualdades en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva y violencia sexual

La medición de las desigualdades, entendidas como determinantes sociales, permitió describir la magnitud y las brechas que contribuyen con la explicación de la violencia sexual en personas con discapacidad, y en particular con discapacidad psicosocial y cognitiva. Las dimensiones e indicadores elegidos para monitorear las desigualdades fueron: i) pobreza medida a través del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y porcentaje de personas afiliadas al SISBEN 1 – 2; ii) financiamiento de la salud medido a través del porcentaje de inversión en salud y el porcentaje de participación en salud; iii) analfabetismo medido a través del porcentaje de personas mayores de 4 años que no cursaron educación formal; iv) barreras en la atención en

Gráfica 10.
Personas con discapacidad según tipo de discapacidad y agresor en Colombia, 2017



Gráfica 11.
Casos de violencia sexual en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva por sexo y grupo de edad en Colombia, 2017



salud medidas a través del porcentaje de barreras de acceso a servicios de salud; y, v) desempleo medido a través del porcentaje de personas buscando trabajo entre 12 a 49 años.

En el análisis de desigualdad, es importante señalar que los valores más altos indican desigualdades de mayor tamaño. En esta investigación se estimaron tres medidas para resumir la desigualdad absoluta y relativa: el Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP), el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) de Kunst y Mackenbach, y el Índice de Concentración (IC). Estas medidas permiten tener en cuenta todo el tamaño de la población y representan la distribución de la población analizada por pobreza, financiamiento de la salud, analfabetismo, barreras de acceso a servicios de salud y desempleo.

Es importante notar que los valores positivos indican una desigualdad que afecta al grupo más favorecido y con más oportunidades (en otras palabras menos pobreza, mayor financiamiento de la salud, menos barreras para acceder a los servicios de salud, entre otros). En la literatura se conoce comúnmente como desigualdad pro-rico (pro-rich). Por el contrario, valores negativos indican que la desigualdad afecta a las personas más desfavorecidas y con menos oportunidades (es decir mucha más pobreza, muchas más dificultades para acceder a los servicios de salud, un menor financiamiento de la salud, entre otros). También conocidas como desigualdades pro-pobre (pro-poor). Todos estos modelos de desigualdad se obtuvieron a partir de un modelo de regresión, usando el paquete estadístico EPIDAT.

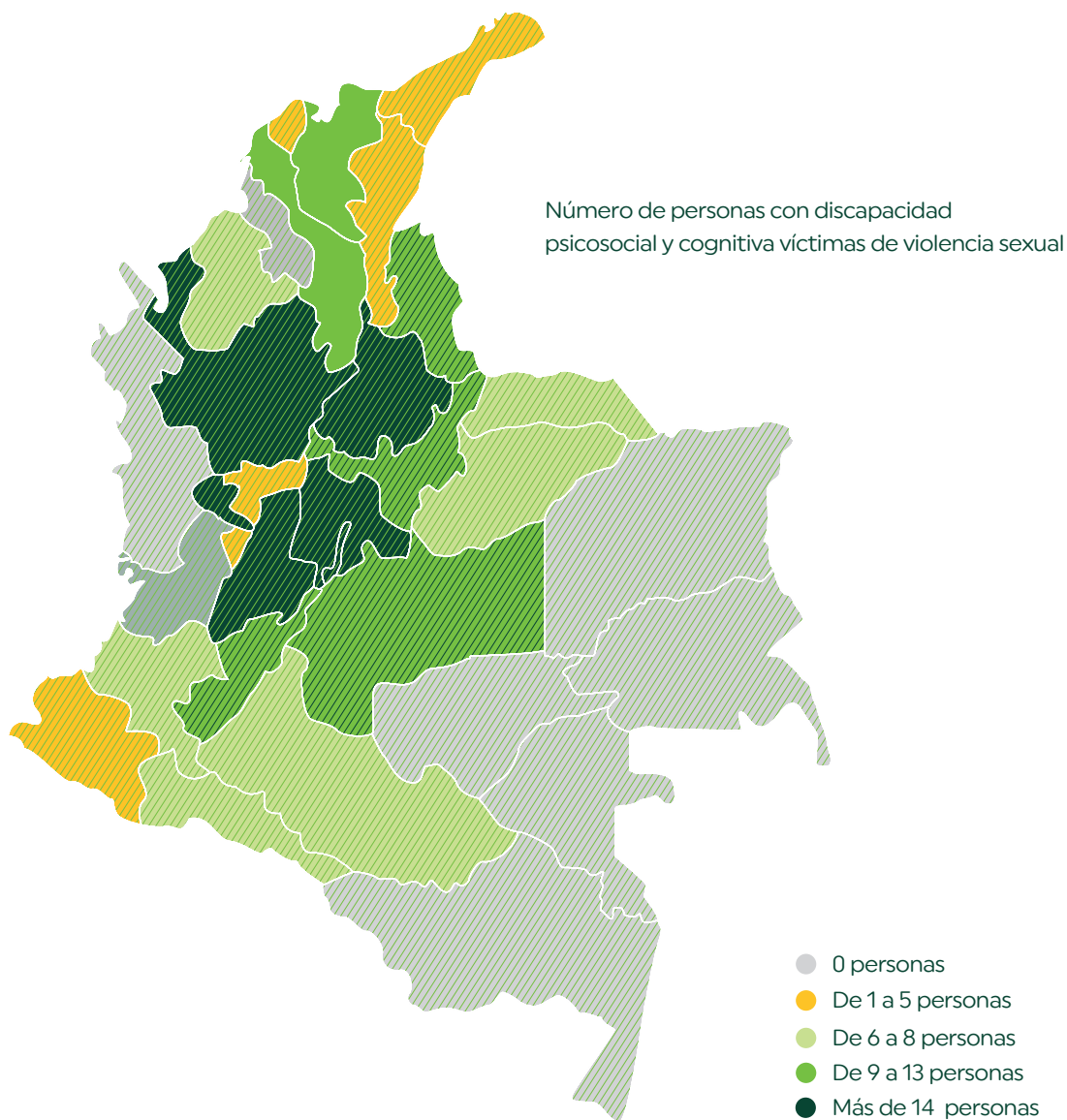
Los departamentos con menores niveles de pobreza y un mayor financiamiento en salud presentaron mayor violencia sexual en personas con discapacidad.

La Tabla 2 presenta el valor obtenido de la diferencia que hay entre el menor y mayor nivel de violencia sexual en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva obtenido en los departamentos. De igual manera, se estima el Índice de Concentración que tiene en cuenta el tamaño de la población y la posición de los departamentos según cada dimensión social (pobreza, financiamiento de la salud, analfabetismo, etc.), si el valor obtenido es alto implica que existen diferencias sociales en el porcentaje de personas con discapacidad psicosocial y cognitiva. **(Ver Tabla 2, pág 41)**

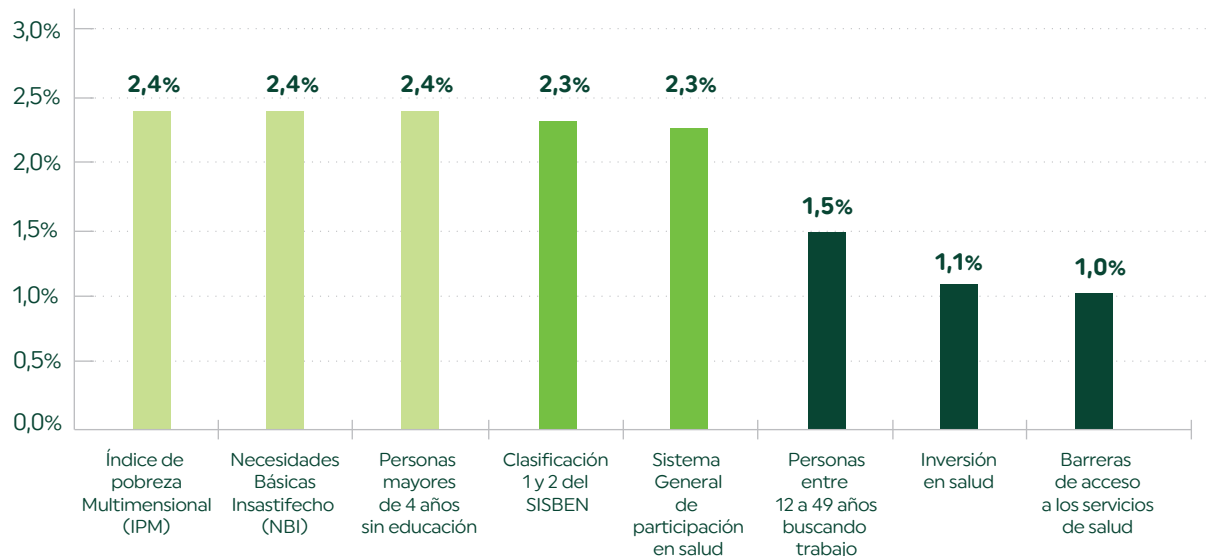
La siguiente gráfica describe los determinantes de mayor contribución en la explicación de la violencia sexual en personas con discapacidad: Índice de Pobreza Multidimensional, de Necesidades Básicas Insatisfechas, personas mayores de 4 años sin educación. **(Ver Gráfica 14, pág 42)**

Las siguientes gráficas presentan la acumulación de desigualdades sociales en personas con discapacidad según tres medidas diferentes de pobreza. Si la curva unida por los puntos está cerca a la pendiente de completa equidad (línea transversal) es algo positivo ya que indica menos desigualdad. **(Ver Gráfica 15, pág 42)**

Gráfica 12.
Violencia sexual en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva según departamento del hecho. Colombia, 2017



Fuente: Panel de Datos construido a partir de Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Los datos fueron entregados a Profamilia el 4 de octubre, 2018.

Gráfica 13.**Desigualdad relativa en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva y violencia sexual en Colombia, 2015**

Fuente: Dirección de Investigaciones Profamilia, 2018.

Por otra parte, las barreras en acceso a los servicios de salud, analfabetismo y desempleo indican desigualdades de mayor tamaño. Por ejemplo, el porcentaje de barreras de acceso a servicios de salud y porcentaje de personas mayores a 4 años que no cursaron educación formal tienen curvas por encima de la línea de equidad. Esto quiere decir que existe desigualdad en los departamentos con mayores barreras en el acceso a la salud y niveles de personas con analfabetismo. **(Ver Gráfica 16, pág 43)**

La dimensión de financiamiento de salud a partir de dos indicadores tiene dos escenarios de desigualdad diferente. Primero, la curva de concentración está por debajo en inversión en salud, es decir la violencia sexual en personas con discapacidad se concentró en los departamentos con mayor inversión en salud. Segundo, la curva de concentración se ubicó arriba de la pendiente de completa equidad en los departamentos con menor financiamiento a partir del Sistema General de Participaciones, es decir, departamentos con menos recursos para la salud concentraron más violencia sexual en personas con discapacidad. **(Ver Gráfica 17, pág 45)**

A continuación se describen los patrones de las desigualdades en la violencia sexual en personas con discapacidad de acuerdo con el analfabetismo, las barreras de acceso a los servicios de salud, financiamiento de la salud y desempleo, es decir, la forma como se comportaron las desigualdades anteriormente descritas en grupos específicos de departamentos. Es importante anotar que esta misma información corresponde a la presentada en la Tabla 2.

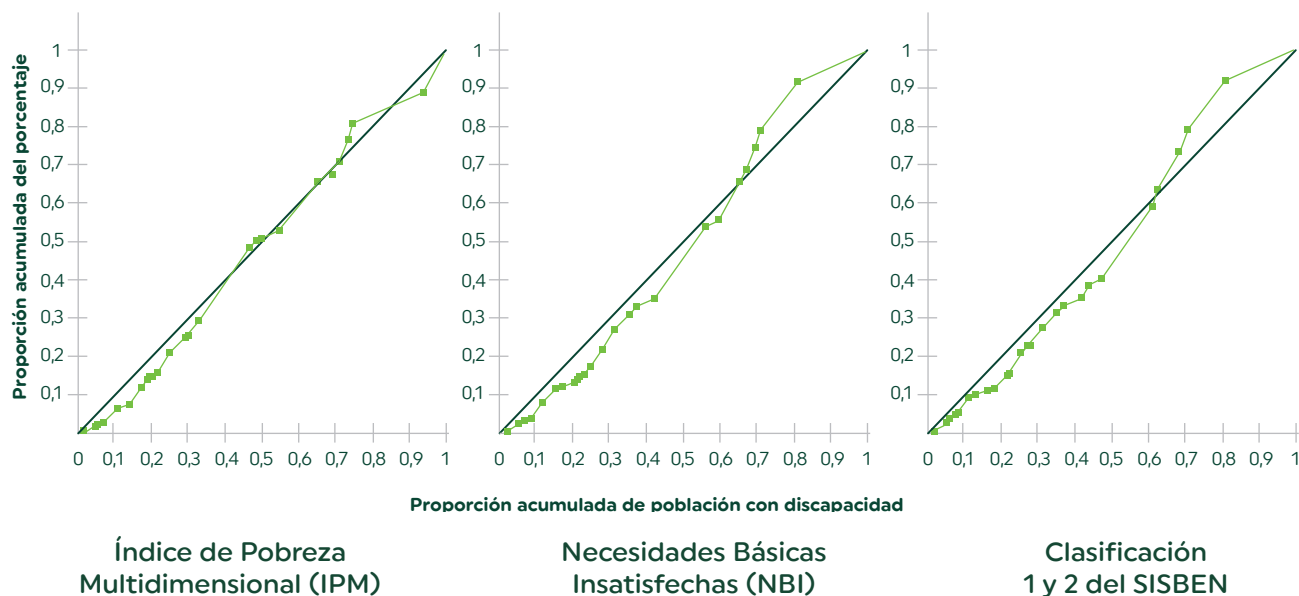
Tabla 2. Desigualdades relativas en el porcentaje de personas con discapacidad psicosocial y cognitiva víctimas de violencia sexual en Colombia, 2015

Dimensión	Indicador	Medidas de desigualdad de personas con discapacidad psicosocial y cognitiva víctimas de violencia sexual		Q1 menos desventajas	Q2	Q3	Q4	Q5 más desventajas
		Índice relativo de desigualdad de Kunst y Mackenbach (IRD)	Índice de concentración (IC)					
Pobreza	Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)	2,4	0,8	0,005	0,010	0,018	0,043	0,451
	Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	2,4	0,8	0,006	0,021	0,005	0,035	0,534
	Clasificación 1 y 2 del SISBEN	2,3	0,6	0,017	0,060	0,018	0,017	0,877
Financiamiento de la salud	Inversión en salud	1,1	-0,7	0,069	0,004	0,023	0,020	0,674
	Sistema General de participación en salud	2,3	0,6	0,070	0,012	0,033	0,017	0,721
Analfabetismo	Personas mayores de 4 años sin educación	2,4	0,8	0,003	0,004	0,052	0,020	0,913
Barreras de atención en salud	Barreras de acceso a los servicios de salud		-0,5	0,059	0,005	0,688	0,024	0,022
Desempleo	Personas entre 12 a 49 años buscando trabajo	1,5	0,1	0,018	0,019	0,741	0,003	0,050

Fuente: Dirección de Investigaciones Profamilia, 2018.

Gráfica 14.

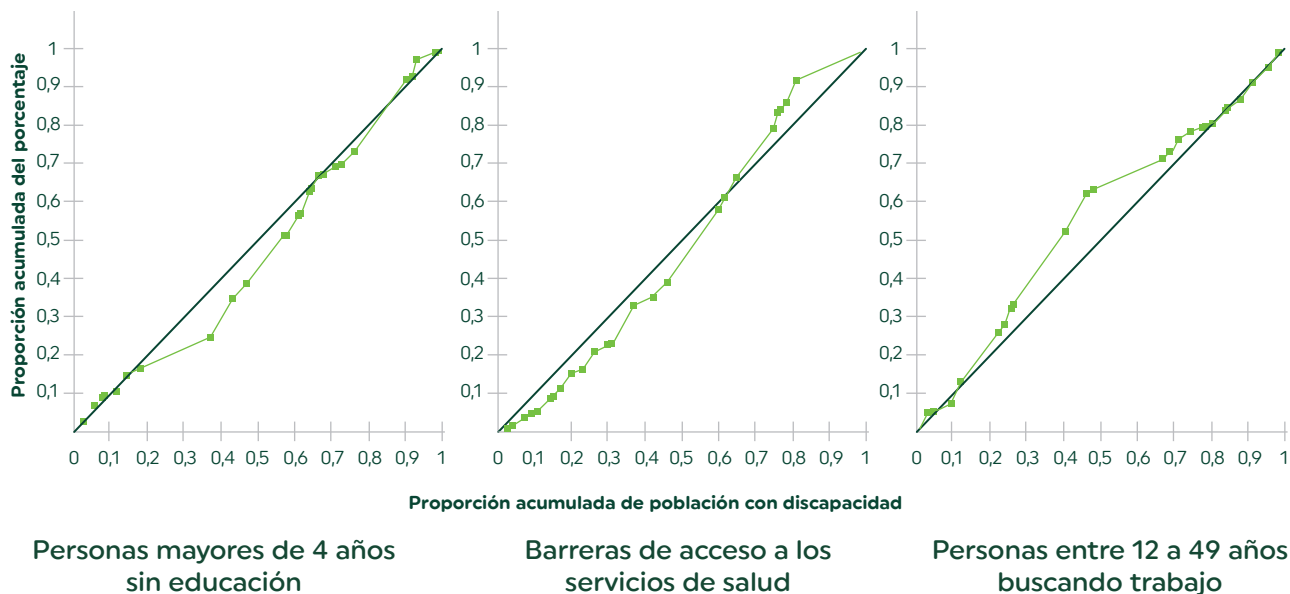
Índice de concentración de la pendiente de personas con discapacidad psicosocial y cognitiva víctimas de violencia sexual según Pobreza en Colombia, 2015



Fuente: Dirección de Investigaciones Profamilia, 2018.

Gráfica 15

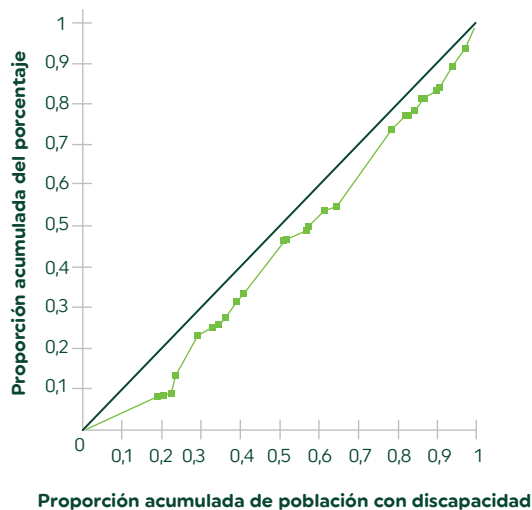
Índice de concentración de la pendiente de personas con discapacidad - Dimensiones: Barreras en acceso a los servicios de salud, analfabetismo y desempleo



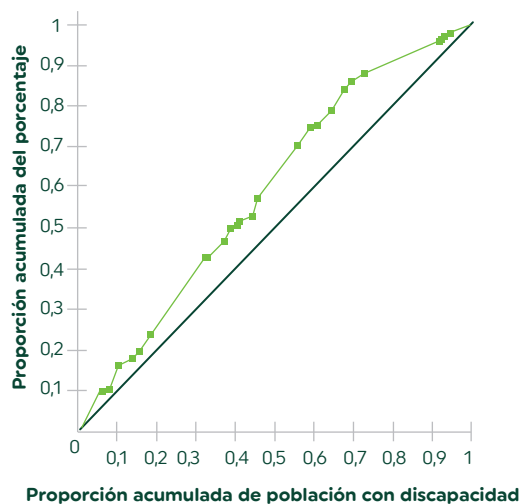
Fuente: Dirección de Investigaciones Profamilia, 2018.

La Gráfica 17 presenta los patrones de desigualdad, para su interpretación se debe tener en cuenta que los puntos conectados por líneas más prolongadas o distantes indican que existe mayor desigualdad en el indicador medido, y por lo tanto requiere especial atención. Al contrario, los puntos más cercanos y unidos por líneas más cortas indican la existencia de desigualdad pero de un menor tamaño. Con respecto a los colores: el color verde claro representa el quintil 1 (20% departamentos con peor posición social), mientras el color azul claro representa el quintil 5 (20% departamentos con mejor posición social). **(Ver Gráfica 17, pág 44)**

Gráfica 16.
Índice de concentración de personas con discapacidad - Dimensión: Financiamiento de la salud



Inversión en salud



Sistema General de participación en salud

Fuente: Dirección de Investigaciones Profamilia, 2018.

En resumen, los departamentos con menores niveles de pobreza y un mayor financiamiento en salud presentaron mayor violencia sexual en personas con discapacidad. Por otro lado, los departamentos con mayores barreras en acceso a los servicios de salud y niveles de desempleo medianos presentaron un mayor número de casos de violencia sexual en personas con discapacidad.

Resultados del análisis cualitativo

En un primer momento se analizan las percepciones de funcionarios de los sectores de Educación, Salud, Justicia y Protección sobre el conocimiento de la normatividad para garantizar los derechos de las personas con discapacidad así como las rutas y protocolos que deben activarse cuando son víctimas de violencia sexual. Aunque también se tiene en cuenta la información recolectada durante los grupos focales y las entrevistas a familiares y personas con discapacidad, el análisis se concentra en los funcionarios por su rol como garantes de derechos en representación del Estado.

En un segundo momento se analizan los imaginarios sobre la sexualidad de las personas con discapacidad y los tipos de violencia sexual identificadas por los/as participantes de la investigación, detallando las percepciones de los funcionarios/as, familiares y personas con discapacidad. La desagregación en estos tres niveles fue de gran importancia para analizar comparativamente las diferentes percepciones que existen entre ellos.

Finalmente, se analizan los factores de riesgo, de prevención y de protección frente a la violencia sexual, con especial énfasis en sistematizar los aprendizajes y experiencias que sobre este tema tienen las personas participantes de la investigación. Es importante tener en cuenta que estos factores están íntimamente relacionados con los determinantes individuales, pero a su vez mantienen una relación importante con los determinantes sociales estructurales; adicionalmente, estos se encuentran interrelacionados con los imaginarios y las percepciones sobre la sexualidad y la violencia sexual en personas con discapacidad. El análisis buscó recoger las lecciones aprendidas a lo largo del trabajo de campo y proponer a partir de las mismas, caminos para la garantía plena de los derechos de las personas con discapacidad. **(Ver Gráfica 18, pág 46)**

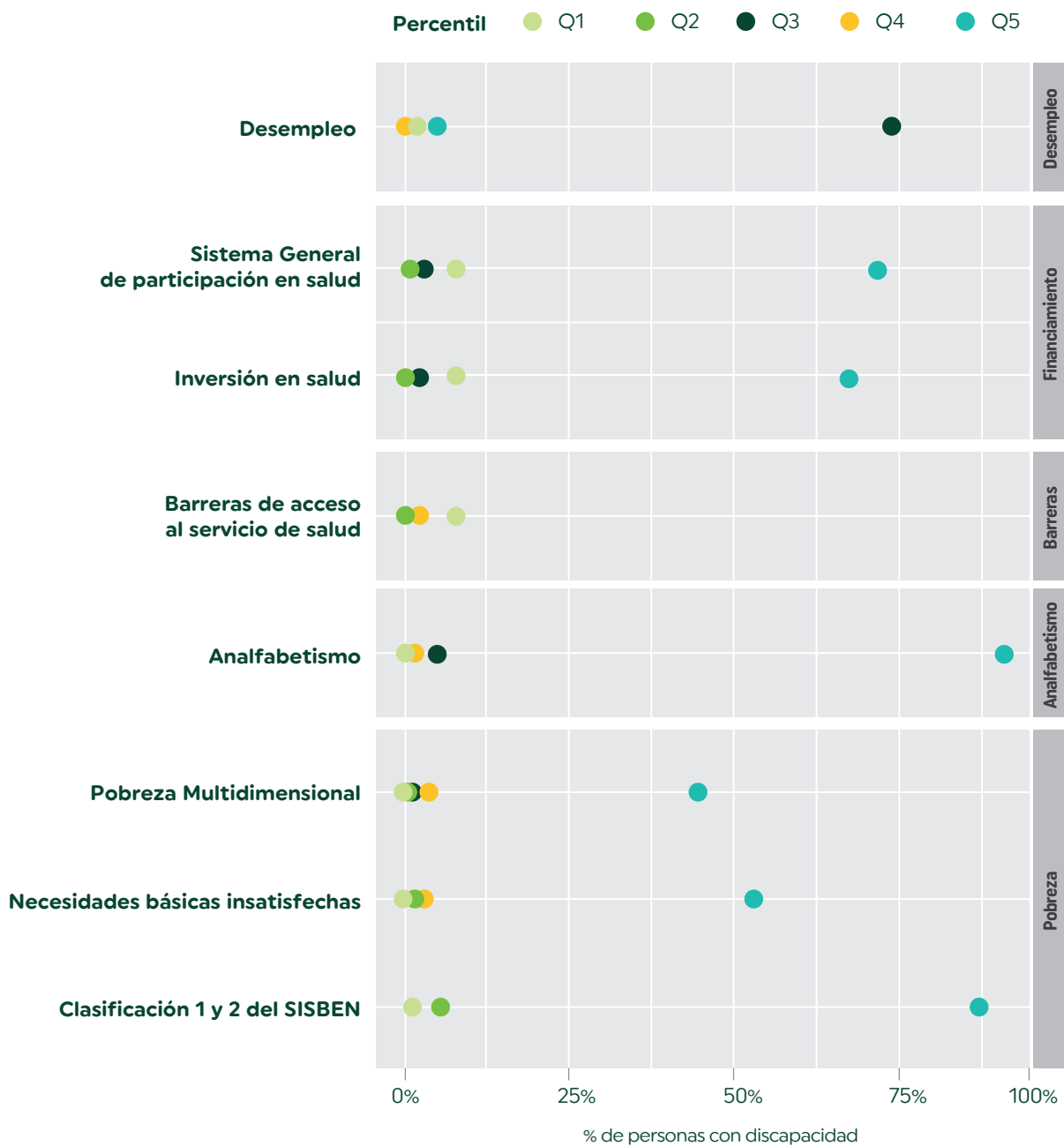
La gráfica anterior da cuenta de la recurrencia de aparición de estas diferentes categorías durante el análisis cualitativo. La estructuración del análisis a lo largo de estos tres momentos busca explicar cómo se observa la violencia sexual en personas con discapacidad, los determinantes sociales que la sustentan, así como dilucidar aquellos determinantes individuales que deben abordarse con el fin de prevenirla.

Conocimiento de rutas y normas frente a la violencia sexual en las personas con discapacidad

- ¿Qué acciones tiene su institución para la implementación de la Resolución 1904 de 2017? (...)
 - ¿Resolución cuál perdón?
- (Entrevista a un Funcionario del Sector Protección en Bogotá)

Gráfica 17.

Patrones de las desigualdades, personas con discapacidad y violencia sexual por percentiles de pobreza, financiamiento, analfabetismo, barreras de acceso a los servicios de salud y desempleo en Colombia, 2017



Fuente: Dirección de Investigaciones Profamilia, 2018.

Gráfica 18.

Peso de las categorías abordadas durante el análisis cualitativo.



Fuente: Dirección de Investigaciones Profamilia, 2018.

Conocimiento y apropiación de las rutas y normas por funcionarios del Estado

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos han sido reconocidos como derechos fundamentales por la jurisprudencia colombiana y por la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014. Es decir, el derecho a una vida libre de violencias y a que se tomen todas las medidas para prevenir y sancionar a los perpetradores, es un eje central de la política pública y normatividad colombiana. Muestra de esto, es la Ley 1257 de 2008 que creó medidas de sensibilización, prevención y sanción de la violencia y discriminación contra las mujeres. También, se resalta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, adoptado en 2012 por el Ministerio de Salud y Protección Social; este protocolo reconoció que las personas víctimas de violencia sexual tienen derecho a acceder a servicios de salud de urgencia, incluidos la anticoncepción de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo. Otras leyes referidas a este tema son: la Ley 1146 de 2007 que busca prevenir la violencia sexual en contra de niños, niñas y adolescentes; la Ley 171 de 2014 que permite una atención

integral a las víctimas de ataques con ácido; y la reciente Ley Rosa Elvira Cely que creó el tipo penal de feminicidio en el país.

Por otro lado, desde la década de los 90 la emergencia de un modelo social para comprender la situación de las personas con discapacidad (Palacios, 2008) ha generado una serie de transformaciones jurídicas que buscan garantizar sus derechos. En el 2006 la entrada en vigor de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) fijó un marco importante orientado por este modelo social de la discapacidad. Colombia ha plasmado la CDPD mediante normas como la Ley Estatutaria 1618 de 2013, que reconoce de forma integral los derechos de las personas con discapacidad, incluyendo su derecho a la salud, el trabajo, la educación y el derecho a vivir en condiciones de dignidad y equidad. En materia de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, el marco legal colombiano ha sufrido diferentes cambios en los últimos años; aunque desde la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos se reconoció la importancia del enfoque diferencial frente a la garantía de dichos derechos en personas con discapacidad, su implementación no ha sido generalizada.

Recientemente, el caso de Silvia, una adolescente con discapacidad cognitiva que iba a ser esterilizada sin su consentimiento, generó la Sentencia T-573 de 2016, la cual reconoció la necesidad de reglamentar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad. En este caso, la Corte reconoció que el sistema de salud discriminó a esta persona al no tenerla en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre su fertilidad, y al referirse exclusivamente a los deseos del médico y su madre. En respuesta a eso, la Corte le pidió al Ministerio de Salud y Protección Social regular la materia, en colaboración con las personas con discapacidad y las organizaciones que trabajan para la garantía de sus derechos. Así, en junio de 2017 se expidió la Resolución 1904 del 2017 que hizo alusión a cómo debían ser garantizados los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas con discapacidad, específicamente frente al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. La resolución prohíbe de forma expresa cualquier procedimiento no consentido en personas con discapacidad y le pide al sector salud hacer los ajustes, así como garantizar los apoyos para conocer su voluntad y el acceso a servicios en condiciones de igualdad.

En concreto, la resolución contempla las situaciones en las que las personas con discapacidad sean víctimas de violencia sexual por parte de sus familiares, estableciendo que se debe activar salvaguardias que permitan cuidar mejor su interés, como por ejemplo la activación de rutas intersectoriales y el apoyo institucional para la toma del consentimiento informado. Así, esta normatividad ha complementado y enriquecido los marcos legales previos sobre la violencia sexual y las rutas y protocolos necesarios bajo las cuales esta forma de violencia debe ser abordada.

El caso de Silvia, una adolescente con discapacidad cognitiva que iba a ser esterilizada sin su consentimiento, generó la Sentencia T-573 de 2016, la cual reconoció la necesidad de reglamentar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad.

Según la normatividad vigente, los sectores Educación, Salud, Justicia y Protección están a cargo de detectar, activar las rutas o atender las violencias sexuales. Por esto, se podría esperar que esta normatividad sea ampliamente conocida por estos sectores, y en especial, por aquellos funcionarios que en sus trabajos tienen de alguna manera relación con casos de violencia sexual. Si bien es cierto que la mayoría de los funcionarios entrevistados de estos sectores tenían cierta sensibilidad frente a esta normativa, en general no conocían a profundidad las rutas y las normas, y había una permanente confusión respecto a cuál era la forma correcta de prevenir y atender la violencia sexual en personas con discapacidad.

En este sentido, los avances normativos no se han materializado en el conocimiento y la puesta en práctica de los mismos. A lo largo de la investigación se evidenciaron limitaciones en la relación de los funcionarios con los casos de violencia sexual en personas con discapacidad: tanto el desconocimiento de estas normativas por parte de los funcionarios, como la falta de profundidad de su conocimiento por parte de otros, dieron cuenta de una permanente falta de articulación entre las estructuras dedicadas a la atención de las violencias basadas en género (incluyendo en ellas la violencia sexual) y las estructuras a cargo de la garantía de derechos a personas con discapacidad.

Aunque la mayoría de los entrevistados señalaron la importancia de conocer las rutas y los protocolos para actuar en los casos de violencia sexual a personas con discapacidad, e inclusive la necesidad de realizar estrategias pedagógicas y de incidencia a través de las cuales se difundieran estas normas, constantemente fueron incapaces de dar cuenta de las particularidades bajo las cuales estos casos deberían ser tratados y cómo debían ser aplicados el enfoque diferencial y los ajustes razonables.

Adicionalmente, este desconocimiento se entremezclaba con imaginarios que perviven respecto a la imposibilidad de las personas con discapacidad para identificar y denunciar la violencia sexual, la falta de credibilidad en sus testimonios y pruebas, y una creencia en la necesidad de que los familiares, cuidadores o tutores estén presentes como validadores de la veracidad de la versión del caso.

Sin embargo, este desconocimiento no es exclusivo entre los funcionarios, puesto que también fue común en las entrevistas a los familiares y a las personas con discapacidad. A la pregunta qué harían ellos o sus hijos en caso de que fueran víctimas de violencia sexual, la respuesta más común fue acudir a la fiscalía o a la policía. En contados casos señalaron que consultarían al médico, y en muchos otros expresaron no saber o no tener claro qué deberían hacer o a dónde deberían acudir.

Sector Educación

Si bien es cierto que la mayoría de los funcionarios del sector educación se encontraban familiarizados con los lineamientos de la CDPD y dijeron

comprender las necesidades de las personas con discapacidad, los conocimientos específicos respecto a qué hacer en caso de que se presentara violencia sexual a una persona con discapacidad dentro de una institución educativa eran insuficientes. Se encontró mucha desinformación respecto a quién es la persona encargada de tomar el testimonio de la violencia, y respecto a qué hacer inmediatamente después de tener conocimiento del caso, muchas de las personas entrevistadas desconocían la necesidad de tratar la violencia sexual como una emergencia médica. Dado que el éxito de los lineamientos dentro de este sector se centran en lograr instituciones educativas más inclusivas, es importante reconocer que esto depende en gran medida del compromiso de los responsables desde las instituciones del Estado para adoptar una legislación apropiada, con la reducción de la violencia y proporcionar una orientación normativa clara, elaborar un plan de acción nacional, crear capacidad de ejecución y asegurar una financiación a largo plazo, de programas de prevención de la violencia sexual en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva.

Sector Salud

Los funcionarios del sector salud estaban mucho más familiarizados con la ruta, y reconocían que los casos de violencia sexual debían ser tratados como una emergencia médica; a pesar de esto, había muy poco conocimiento respecto a las necesidades específicas de las personas con discapacidad. Por ejemplo, en diferentes ocasiones se señaló que las personas con discapacidad siempre debían entrar al consultorio con sus familiares o cuidadores, obviando el hecho de que en la mayoría de los casos los agresores son personas cercanas. Adicionalmente, llamó la atención el desconocimiento de otras formas de violencia sexual como la esterilización sin consentimiento, la negación del acceso a métodos anticonceptivos, y la falta de información respecto a la salud sexual y reproductiva, situaciones que cotidianamente padecen las personas con discapacidad. Por lo cual es necesario trabajar para que todos los actores del sistema de salud, desde las instituciones del Estado hasta los prestadores de servicios y cuidadores, eliminen barreras para el acceso a los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, haciéndolos más inclusivos y accesibles, reduciendo así las desigualdades y las necesidades insatisfechas en esta materia.

Sector Justicia

Entre las personas entrevistadas pertenecientes a este sector se encontró un conocimiento más profundo de las dinámicas específicas sobre cómo deben manejarse los casos de violencia sexual en personas con discapacidad. Sin embargo, la falta de articulación entre los encargados del acompañamiento a estas personas y los responsables del seguimiento de los casos de Violencias Basadas en Género, daba lugar a una serie de confusiones respecto a: cómo debía activarse la ruta, quién está a cargo del acompañamiento del caso, y cuáles son las particularidades a tener en cuenta en el manejo de las investigaciones de las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial, quienes a menudo requieren de apoyos y ajustes razonables para tramitar sus testimonios.

Sector Protección

Los funcionarios entrevistados en este sector dieron cuenta de la necesidad de proteger a los niños, niñas y personas con discapacidad de la violencia sexual. Sin embargo, dado que varias de las personas entrevistadas pertenecían a organizaciones del sistema de protección de los menores de edad, la mayoría de la información sobre las rutas se concentraba en cómo atender los casos de violencia sexual a menores de edad. Cuando se referían a la violencia sexual a personas mayores de edad recurrían a dos estrategias respecto a cómo usar las normas: por un lado, un proceso de infantilización de las personas con discapacidad que a menudo implicaba despojarlas de la ciudadanía, por el otro, la insistencia en que sus instituciones no estaban a cargo de gestionar estos casos y el desconocimiento de quiénes eran los funcionarios encargados del acompañamiento desde el sector de protección.

Imaginario sobre la sexualidad de las personas con discapacidad

– *¿Qué crees que hace parte de tu sexualidad?*

– *No sé, como conocerme a mí misma, saber lo que me gusta, saber lo que no me gusta, (...) yo creo que es como conocerse el cuerpo de uno y no solo el cuerpo sino como, no sé cómo se dice.*

(Entrevista a una mujer con discapacidad psicosocial - Bogotá)

(...) ellas y ellos tenían sus novios y querían casarse y ellos sabían que podían tener hijos, decían: “Mami nosotros queremos hacer el amor con nuestros novios y nos queremos casar y nosotros tenemos derecho”, porque es que también nosotros les enseñamos que tenían derecho, que eran personas que tenían todos los derechos igual. Pero entonces el ICBF se oponía, que ellos no podían, o sea, se les restringió ese derecho, es prohibido, y para mí eso es violencia sexual.

(Participante grupo focal - Bucaramanga)

La vulnerabilidad específica de las personas con discapacidad frente a la violencia sexual debe explicarse en el marco de un modelo social que entiende que las causas que originan la discapacidad no son propias de las personas, sino sociales. Es decir, la discapacidad de las personas es el resultado de condiciones sociales que les generan dificultades y barreras y aún debe aclararse por qué los victimarios toman provecho de las asimetrías cognitivas y psicosociales que existen entre ellos y las personas con discapacidad. Al respecto, Siebers (2012) señala la contradicción en el hecho de que, pese a que las personas con discapacidad son reiteradamente consideradas como personas asexuales o carentes de sexualidad, son también constantemente víctimas de violencia sexual.

Una de las cuestiones que motivó esta investigación fue la idea de que las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial eran especialmente

vulnerables a la violencia sexual debido a los estereotipos existentes sobre su sexualidad, la poca credibilidad que usualmente se le otorga a su palabra, los significados culturalmente asignados a la sexualidad de las personas con estas discapacidades, entre otras. En buena medida, las entrevistas y los grupos focales permitieron demostrar cómo este es un imaginario que circula entre los participantes; sin embargo, también fue importante evidenciar cómo estos identificaron que dicha vulnerabilidad específica no era el resultado de una característica intrínseca de las personas con discapacidad, sino, por el contrario, el resultado de contextos sociales que los exponen a ésta.

De esta manera el análisis se preocupó por mostrar que la vulnerabilidad debe ser entendida socialmente y no como algo incrustado en el cuerpo de las personas, pero también por dar cuenta de las diferentes transformaciones que están operando en los imaginarios sobre la sexualidad de las personas con discapacidad y su relación con las formas en que se presenta o no la violencia sexual. El trabajo de Agustina Palacios (2008) señala que el modelo social de la discapacidad es más una apuesta que una realidad, sin embargo, en el contexto colombiano los tres modelos planteados por esta autora - el de la prescindencia, el rehabilitador y el social - coexisten y permean las percepciones y concepciones frente a las personas con discapacidad y sus sexualidades.

Como se señaló anteriormente, los imaginarios sobre la sexualidad de las personas con discapacidad se mueven entre dos polos. Por un lado, el supuesto de que las personas con discapacidad no tienen sexualidad, y por el otro una hipersexualización de sus actitudes y sus cuerpos (McRuer, 2012). De manera general a lo largo del trabajo de campo se constató que a esa idea se suman nociones estrechas de la sexualidad, culturalmente reforzadas por la centralidad del sexo penetrativo y la falta de disociaciones entre el sexo y la reproducción. Estas percepciones limitadas de la sexualidad conviven con otras más complejas y heterogéneas, y a la vez fundamentan o refuerzan otros imaginarios sobre la discapacidad.

Imaginarios alrededor de la sexualidad y la violencia sexual a personas con discapacidad cognitiva y psicosocial

En principio, el reconocimiento de que existen diferentes formas de discapacidad hace parte de un enfoque diferencial sensible a las vulnerabilidades específicas de las personas. Sin embargo, cuando nos referimos a la violencia sexual contra personas con discapacidad, las diferencias entre las vulnerabilidades de las personas de acuerdo a su discapacidad refuerzan imaginarios en los que se desexualizan en general sus cuerpos y de manera más profunda los cuerpos de las personas con discapacidad cognitiva.

Durante las entrevistas en las que a algunos funcionarios de diferentes sectores se les preguntó por la vulnerabilidad específica de las personas

con discapacidad a estas formas de violencia, se señaló que, aunque las personas con movilidad diversa podían ser más vulnerables a la violencia sexual, las personas con discapacidad cognitiva estaban expuestas debido a su supuesta incapacidad para consentir, denunciar o comprender la violencia sexual.

El trabajo de Ramírez et. al (2013) da cuenta de las formas de discriminación y violencia a la que son sujetas los cuerpos con discapacidad, y de alguna manera reclama la sexualidad como un territorio que también les pertenece. Para hacerlo, escriben un texto académico en el que narran y argumentan sus experiencias, a pesar de que sus cuerpos son desexualizados la racionalidad de sus mentes se expresa como una herramienta posible para reclamar la sexualidad. Por el contrario, esto no ocurre con las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial cuya racionalidad es a menudo cuestionada al punto de que se duda de su capacidad para consentir relaciones sexuales, aun cuando las buscan y las quieren, para entender la sexualidad en su complejidad, y para denunciar un acto sexual violento en su contra. Estos imaginarios se reflejan de forma clara en las cifras mencionadas en el análisis cuantitativo que muestran que las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial sufren altos índices de violencias, incluida la violencia sexual.

La racionalidad de las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial es a menudo cuestionada al punto que se duda de su capacidad para consentir relaciones sexuales, para entender la sexualidad y para denunciar un acto sexual violento en su contra.

Infantilización

Lo anterior mantiene una relación profunda con los procesos de infantilización y los imaginarios que los rodean en el marco de una sociedad que ha puesto la racionalidad, la capacidad de decisión, y la mayoría de edad kantiana como principios de la ciudadanía. Las personas que no tienen ninguna discapacidad cognitiva perciben a las personas con discapacidad cognitiva como niños y niñas. Si bien es cierto que a lo largo del trabajo de campo se identificaron posturas heterogéneas frente a sí las personas con discapacidad, sin importar su edad, deben tratarse o no como niños, a menudo en una misma persona se evidenciaban posiciones encontradas:

Lo que pasa es que, (...), nosotros muchas veces por ser los niños, lo que decía ahora que siempre son los niños, los siguen tratando los niños, los bebés de la casa, no tocamos estos temas y muchas veces no les enseñamos que hay partes de su cuerpo que no deben de ser tocados por otras personas, que si te colocaron la mano en el hombro listo, que si te van a poner la mano en otra parte aprender como a respetar esos espacios de su cuerpo. Son niños que no ven el morbo y hay mucha inocencia, ellos parten de mucha inocencia entonces nunca van a tener el morbo como lo va a tener un niño de la misma edad y eso se va a prestar para que otras personas logren entrar en ese espacio de ellos, insinuando otras cosas que ellos no van a entender, y ahí es donde puede haber también una violencia sexual.

(Participante Grupo Focal - Cali)

La intervención de esta participante posiciona una postura ambivalente respecto a la infantilización de las personas con discapacidad. Mientras que al principio rechaza este imaginario, hacia el final de la intervención lo reafirma al señalar su vulnerabilidad específica frente a la violencia sexual por ser "niños inocentes incapaces de entender el morbo". Esta infantilización tiene efectos no solo en la desexualización de las personas con discapacidad, que ocurre de manera similar con los niños y las niñas, sino también en la manera en que son tramitadas sus denuncias. Aunque como se verá esto se relaciona particularmente con una idea específica sobre lo que significa la ciudadanía y la autonomía, la infantilización ha sido históricamente una estrategia para negar a ciertos grupos sus derechos o sus posibilidades de decidir sobre sus propias vidas.

La inocencia señalada en el fragmento de la entrevista anterior está relacionada con un presupuesto acerca de las capacidades de las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial, quienes son a menudo consideradas incapaces de comprender los relieves de cómo es entendida la sexualidad en el contexto en el que viven. Llama la atención que a menudo esta incapacidad se encuentra más relacionada con una condición "innata" que estaría en consonancia con un modelo médico de la discapacidad, y no como el resultado de la falta de educación integral en la sexualidad, el aislamiento emocional y afectivo y la desexualización de las que son objeto, elementos que estarían más alineados con un modelo social de la discapacidad.

Al respecto, en numerosas ocasiones algunas personas entrevistadas señalaron que era muy probable que uno de los factores de riesgo para la ocurrencia de violencia sexual a personas con discapacidad era la incapacidad de estas personas para reconocerla, identificarla o denunciarla. La tensión entre un modelo médico rehabilitador y un modelo social, genera una falta de acuerdo respecto a cómo debe abordarse la sexualidad de las personas con discapacidad, pero a la vez permite llamar la atención sobre el carácter capacitista de nuestras nociones de consentimiento, ya sea el consentimiento en el caso de una relación sexual o el consentimiento médico requerido para la realización de un procedimiento. La negación tajante de la posibilidad de que las personas con discapacidad puedan detectar la violencia sexual no solo tiene como efecto una negación profunda de su agencia como sujetos sociales, sino que a su vez reafirma los imaginarios que las desexualiza.

En la sección dedicada al análisis de los determinantes individuales relacionados con la protección y prevención de la violencia sexual a personas con discapacidad, se muestra cómo aquellos imaginarios que no suponen de entrada la hipersexualidad o la "asexualidad" de las personas con discapacidad pueden transformarse en herramientas para garantizar los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, no sólo desde la óptica de prevención de la violencia y el abuso, sino también en términos de la exploración de la sexualidad y la afectividad de las personas.

Ciudadanía y autonomía

En el marco de una noción capacitista, aparecen una serie de limitantes para que a las personas con discapacidad se les garanticen sus derechos, tengan autonomía y sean identificadas como ciudadanas. La sexualidad de las personas con discapacidad es también configurada y constreñida por estas nociones de ciudadanía y autonomía. Además de las tensiones respecto a su capacidad o no para consentir un acto, sea o no de carácter sexual, se le suma lo que el estudio de Siebers (2012) puntualiza en cuanto a la dificultad de que la sexualidad de personas, con diferentes tipos de discapacidad, logre acomodarse y circunscribirse a la separación de los espacios públicos y privados.

Por ello, los instrumentos de la investigación incluían preguntas acerca de la existencia de espacios privados o de intimidad para las personas con discapacidad (por ejemplo, la habitación propia, el espacio en soledad, la privacidad en el baño). Muchos de los entrevistados al referirse a este tema mostraron la falta de privacidad, intimidad y autonomía que dificulta el desarrollo de su vida sexual. Por un lado, en sus casas las personas se encuentran a menudo bajo una estrecha vigilancia por parte de sus familiares y cuidadores, la cual limita su interacción y socialización con personas, pero que paradójicamente no funciona como un factor suficiente para protegerlas de la violencia sexual. Por otro lado, las instituciones educativas, aliadas o especializadas en el apoyo de personas con discapacidad, limitan y controlan la interacción sexual, nuevamente sin que esto sea un factor suficiente para prevenir estas formas de violencia.

Así, los espacios privados en el hogar donde se supone las personas pueden desplegar su sexualidad limitan las posibilidades para el desarrollo de la sexualidad de las personas con discapacidad. Algo similar ocurre en los espacios públicos en los que la ciudadanía contemporánea evita y reprime la sexualidad, y se muestra especialmente reticente a sus expresiones afectivas, particularmente de las personas con Síndrome de Down a quienes a menudo se les hipersexualiza.

Estos constreñimientos generan falta de autonomía, una negación de los derechos, y por lo tanto de la ciudadanía de las personas con discapacidad, a quienes se les juzga por no apropiarse de normas sociales respecto a la sexualidad, aún cuando a menudo nadie se ha tomado el tiempo de enseñarles y explicarles el significado de las mismas.

Hipersexualización

El imaginario que hipersexualiza a las personas con discapacidad recae especialmente sobre las personas con Síndrome de Down, de quienes se considera es una cualidad innata de su tipo de discapacidad, sin embargo, los procesos de hipersexualización ocurren también para personas con otros tipos de discapacidad cognitiva y psicosocial. Aunque esto se compagina ambivalentemente con los procesos de negación de la sexualidad de las personas con estas formas de discapacidad, la hipersexualidad a menudo

funciona como un argumento para justificar la vulnerabilidad de estas personas frente a la violencia sexual o su incapacidad para identificarla como violencia.

Creo que hay un mito muy, específicamente hablo [de que las personas con] síndrome de Down pueden, presentar conductas sexualizadas, y es normal que una persona con síndrome de Down presente conductas hipersexualizadas o, como comúnmente se escucha, tener la libido altísima o tiene un tema hormonal que está relacionado con eso, entonces hay muchos mitos relacionados con probables, digamos, signos de que esta persona puede estar sexualmente abusada y lo asimilan como una situación común en la conducta de una persona con discapacidad intelectual, en este caso síndrome de Down.

(Participante de un Grupo focal - Bogotá)

En cualquier caso, el resultado más plausible de esto es considerar que las conductas sexuales "inapropiadas", "no consentidas", o "no deseadas" de las personas con discapacidad son el resultado de su condición médica y no el resultado de la falta de socialización a la que a menudo se ven sometidas debido a su aislamiento, nuevamente alineado con la perspectiva del modelo rehabilitador, y no social, de la discapacidad.

Adicionalmente, las percepciones sobre la hipersexualidad de las personas con discapacidad se encuentran relacionadas con imaginarios que las identifican como potenciales agresores y agresoras sexuales. La tensión que existe entre unos cuerpos que a la vez son saturados por la sexualidad y totalmente despojados de la misma, genera unas condiciones sociales en las que estas personas se ven más expuestas a diferentes formas de discriminación y violencia sexual.

Sobre las autopercepciones de las personas con discapacidad

¿Consideras que las personas con algún tipo de discapacidad son discriminadas?

Sí, de cualquier manera

(Entrevista a una persona con discapacidad – Manizales)

Las entrevistas a las personas con discapacidad fortalecieron el análisis de los imaginarios en la medida en que permitieron comprobar cómo estos son también percibidos, sentidos y experimentados por ellas, quienes a lo largo de las entrevistas señalaron, tanto sus incomodidades respecto a este tipo de imaginarios como las huellas que habían dejado sobre sí mismas.

Al mostrar cómo estos imaginarios generan situaciones de vulnerabilidad específica a la violencia sexual también se pretendía evidenciar cómo se constituyen por sí mismos como formas de violencia psicológica, y tienen repercusiones en las maneras en que las personas con discapacidad viven

sus vidas, se relacionan con su sexualidad, con sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, con sus proyectos de vida y las decisiones que los acompañan. El análisis de las percepciones que las personas con discapacidad tienen de sí mismas, buscó demostrar la manera en que ellas terminan por interiorizar los imaginarios que la sociedad les impone al tiempo que los rechazan, los confrontan y los transforman. Estos imaginarios afectan las autopercepciones de las personas con discapacidad de diferentes maneras, desde la forma en que se sienten capaces o no de hacer algo, hasta los niveles de autoestima que moldean sus relaciones con los demás. En una entrevista una mujer señaló las razones por las cuales una de sus relaciones amorosas había terminado mal:

(...) como que sentía que yo no era merecedora del amor. Entonces tampoco me gustaban que me tocaran, entonces digamos que ha venido en un proceso de aceptar como más el cariño, a que me toquen, pero pues obviamente tiene que ser alguien que yo conozco, que tengo confianza, o sea, mi familia directa por decirlo así.

(Entrevista a persona con discapacidad psicosocial– Bogotá)

La interiorización de imaginarios no solo los refuerza, sino que expone a las personas a ser víctimas de la violencia sexual, debido a carencias afectivas generadas por el aislamiento, falta de espacios para la exploración de la sexualidad y el placer y desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos

La noción de ser o no merecedora de amor daba pistas respecto a la forma en que esta persona sentía que la discapacidad la invalidaba como sujeta de afectos. Percepciones similares aparecieron en muchas otras entrevistas en las que las personas con discapacidad señalaron la incomodidad que sentían para hablar de su sexualidad con otros, la vergüenza que les generaba su propio cuerpo, y el temor a compartir su sexualidad con alguien más. La interiorización de estos imaginarios no solo los refuerza, sino que expone a las personas a ser víctimas de la violencia sexual, debido a carencias afectivas generadas por el aislamiento, falta de espacios para la exploración de la sexualidad y el placer y desconocimiento de sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos:

- *¿Alguna vez te han dicho que no puedes o no debes tener hijos?*
- *¿Qué le digo?, no. No porque yo no puedo.*
- *¿Por qué?*
- *Porque yo estoy operada*
- *De acuerdo, ¿y hace cuánto está operada?*
- *¿Qué le digo? A ver, yo tenía como 16, 17 años cuando me operaron.*

(Entrevista a persona con discapacidad - Manizales)

En varias entrevistas las personas se refirieron a su imposibilidad para constituir una familia, pero a veces parecía ser más el resultado de la interiorización de algo que constantemente les habían repetido a lo largo de sus vidas y no precisamente una decisión tomada voluntariamente. Esto es preocupante, particularmente cuando se hace referencia a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas con discapacidad. Sin embargo, también llamó la atención las maneras en que las personas entrevistadas confrontaban algunos de los imaginarios con sus propias percepciones:

- *¿Alguna vez, alguna persona te ha dicho que eres una persona con discapacidad?*
- *Sí, algunas me dicen.*
- *¿Y tú te identificas como una persona con discapacidad?*
- *Sí.*

(Entrevista a persona con discapacidad cognitiva – Barranquilla)

Esta persona que se identificó a sí misma como una persona con discapacidad a lo largo de la entrevista, señaló que consideraba que tenía los mismos derechos de cualquier otra persona y que su discapacidad no implicaba la imposibilidad de ser madre. En otras ocasiones, las personas reconocieron la sexualidad como una dimensión de sus vidas, y aunque podían aparecer definiciones no tan integrales de la sexualidad, esta sí era reconocida:

- *¿Cuando yo te digo a ti esa palabra sexualidad, ¿qué se te viene a la cabeza, ¿qué es lo que piensas?*
- *Sexualidad, si uno tiene esposo, saber en qué momento puede estar uno con él, cuando uno no quiere le puede decir a la persona, no ser obligado porque hay muchas parejas que pueden obligar mucho a la esposa.*

(Entrevista a persona con discapacidad cognitiva – Bogotá)

Reconocer la sexualidad como componente de sus vidas hace parte de un proceso importante de confrontación y, en los mejores casos, transformación de los imaginarios que se imponen sobre las personas con discapacidad. Sería impreciso decir que los imaginarios que las personas con discapacidad tienen de sí mismas son radicalmente opuestos a los de las demás, como las mismas entrevistas mostraron los procesos de interiorización de estos tienen repercusiones en las maneras en que se perciben a sí mismas y se relacionan con sus cuerpos y sus sexualidades, aunque no totalmente. Parte de la evidencia señala cómo la experiencia misma de las personas con discapacidad, de sus familiares y cuidadores cuestiona o tensiona los imaginarios.

Antes de analizar los efectos de estos imaginarios sobre los determinantes individuales relacionados con el riesgo y protección de la violencia sexual en personas con discapacidad, no sobra decir que es necesario proponer, generar y reforzar percepciones que permitan fortalecer la autoestima y la autopercepción que las personas con discapacidad tienen de sí mismas.

Acerca de los determinantes individuales: factores de riesgo, protección y prevención de la violencia sexual en personas con discapacidad

(...) nosotros nunca la dejamos sola, a pesar de que ella, pues no, es que hoy en día hay tanta, (...) ella desde que tenía 15 años, 16 años, yo la hice operar. (Familiar de persona con discapacidad - Manizales)

Nosotros tuvimos un caso en la red de una chiquitica, autismo, esquizofrenia, bipolaridad, todo junto más una cara de ángel, me tuvo tres crisis psiquiátricas fuertes y la internaron, yo tenía el miedo más grande y nunca me equivoqué, el tercer día llegó la mamá y la niña tenía dos morados acá y acá, - “la niña se golpeó”, - “nena qué te hicieron, ¿te tocó? ¿alguien te tocó?”, y la niña desde ese momento, (...) la evolución fue total, la niña jamás volvió a la escuela, jamás quiso volver a hacer nada y el proceso ha sido grandísimo y obviamente jamás volvió a permitir que ningún hombre se le acercara, ni la cargue, ni la toque, entonces la mamá decía “Cris qué pudo haber pasado”, blanco es gallina lo come, frito se come, yo no podía decírselo (...)

(Participante Grupo Focal - Manizales)

La comprensión limitada de la sexualidad probablemente incidió en la escasa identificación de las diferentes formas de violencia sexual por parte de los participantes, la mayoría de los cuales se circunscribían a la violación o el abuso sexual. La esterilización forzada o sin consentimiento y el aborto forzado no fueron entonces comúnmente reconocidos como expresiones de violencia sexual. Aunque no se señaló explícitamente que estas últimas no son formas de violencia, las reflexiones y narrativas posteriores llegaron incluso a justificarlas, dados los contextos específicos y la condición de las personas con discapacidad.

En este sentido, la esterilización forzada o sin consentimiento fue referida por un buen número de participantes como una práctica normal y no violenta, probablemente debido a la persistencia de argumentos eugenésicos que históricamente la han justificado (Acevedo, 2016). Sin embargo, es importante señalar que, aunque muchas personas, ya fueran familiares o funcionarias, veían en la esterilización una estrategia de prevención del embarazo no deseado, reconocían que era poco acertado concebir esta práctica como una estrategia de prevención de la violencia sexual. Adicionalmente, la discusión dentro de los grupos focales en torno a las preguntas por la interdicción y la esterilización mostró tensiones que dan cuenta del impacto de las discusiones recientes frente al tema y los aportes de algunas de las orientaciones propuestas por la CDPD. Igualmente, los participantes no se reconocieron como potenciales agresores de alguien con discapacidad, ni reconocieron que sus prácticas podrían generar violencias.

El análisis de los diferentes imaginarios respecto a las personas con discapacidad y de las formas de violencia sexual que identificaron los entrevistados, fueron pasos necesarios para reconocer los determinantes individuales que afectan la ocurrencia de violencia sexual en personas con discapacidad y valorar el conocimiento de los diferentes participantes de la investigación respecto a este tema.

Se destaca que algunos de los elementos identificados podían ser ubicados simultáneamente como elementos que refuerzan, o previenen y protegen

la ocurrencia de estas violencias. Por ejemplo, contar con una familia y redes de apoyo fueron reconocidas de manera generalizada como formas de protección (41 veces mencionadas) pero a la vez se reconoció que en numerosos casos de violencia sexual a personas con discapacidad el agresor o la agresora es alguien del núcleo cercano (abuelos, padres, tíos, hermanos, primos).

Es importante aclarar que el criterio de selección de estos elementos se ajustó al modelo social de la discapacidad (Palacios, 2008). Es decir que, en lugar de asumir que los determinantes individuales que exponen, previenen y protegen son el resultado intrínseco de las características personas con discapacidad, estos fueron comprendidos como el resultado de condiciones sociales que ubican a las personas con discapacidad en ciertos lugares de vulnerabilidad.

Determinantes individuales que exponen a las personas con discapacidad a la violencia sexual

Pienso que en los niños con limitaciones hay muchos más factores de riesgo ¿Por qué? Porque dependiendo de la discapacidad unos son más fuertes que otros.

(Funcionaria entrevistada - Barranquilla)

Entre los determinantes más mencionados se encontraron: los familiares, la reticencia de los familiares y cuidadores a trabajar en temas de sexualidad y educación integral para la sexualidad con las personas con discapacidad, los efectos de los imaginarios y las percepciones de la sexualidad, la afectividad de las personas con discapacidad, la impunidad reinante en torno a los casos, y los cuidadores. Adicionalmente, se identificó la revictimización por parte de las instituciones gubernamentales y la pobreza, como otro elemento que no puede ser obviado.

Los familiares son los principales agresores

Como se mencionó, las redes de apoyo familiares fueron identificadas tanto como un elemento que expone a la violencia o la previene. Esta ambivalencia radica en el hecho de que mujeres y niñas en general son quienes padecen la violencia sexual mayoritariamente al interior de sus hogares. Aunque a lo largo de las entrevistas, los familiares fueron identificados como los principales agresores, incluso por parte de las mismas madres y padres entrevistados, las violencias sexuales de las cuales se les identificaba como responsables estaban limitadas a la violación, los tocamientos, el abuso y el acoso. Así, en la mayoría de ocasiones las familias no se identificaron como posibles victimarias de violencias más cotidianas como la ausencia de privacidad, la limitación de los deseos y de la sexualidad de sus hijos e hijas o la práctica de procedimientos médicos, sin el consentimiento informado de las personas con discapacidad.

Los cuidadores como posibles agresores

Al respecto, se identificaron diversos casos que van desde agresiones perpetradas dentro de instituciones de salud mental, educativas y a cargo de su cuidado, hasta casos perpetrados por familiares no pertenecientes al núcleo familiar a quienes se les encargaba el cuidado. La identificación de los cuidadores como posibles agresores iba acompañada de la precaución señalada por madres y funcionarios a no entregarle el cuidado de sus hijos a un cuidador del género masculino, y a dudar constantemente de las instituciones en las que son internadas las personas con discapacidad por muy diferentes razones.

Falta de educación integral en sexualidad de calidad

La falta de educación integral en sexualidad fue evidenciada por los funcionarios/as, las madres y padres de familia entrevistados, y por las personas con discapacidad. Aunque entre estas últimas se identificaron como formas de prevención algunas enseñanzas respecto a los límites del cuerpo, la capacidad para reconocer qué partes del mismo son públicas y cuáles son privadas, y la prevención respecto a las relaciones con personas extrañas; en general, había muy pocas nociones respecto a los nombres de las partes del cuerpo, el uso de métodos anticonceptivos, las orientaciones sexuales diversas, y la sexualidad como una dimensión integral de las personas. Además, se identificó una falta de información acerca de sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la ausencia de acceso privado y confidencial a servicios de salud sexual y salud reproductiva, el desconocimiento de rutas respecto a la violencia sexual y la falta de conocimiento sobre cómo pueden o deben tratarse estos temas y a quién acudir aparte de su red de apoyo más íntima.

Efectos de los imaginarios y percepciones de las personas con discapacidad

Los imaginarios analizados previamente, fueron señalados como elementos que exponen a las personas a la violencia sexual en dos sentidos. Por un lado, la manera en que el agresor supone una incapacidad de la persona con discapacidad para sentirse violentada, resistirse o denunciar. Por otro lado, estos imaginarios dentro de las redes de apoyo de las personas con discapacidad tenían como efecto su exclusión de ciertos espacios sociales, lo cual genera deficiencias en los procesos de socialización, carencias afectivas, aislamiento, y por consiguiente unas herramientas insuficientes para identificar los significados, las corporalidades, y los contextos específicos en los que se inscribe la sexualidad en nuestra cultura.

Falta de alertas frente a la violencia e impunidad

La falta de alertas frente a la violencia se manifiesta en los individuos con discapacidad y en las redes de apoyo familiares. Mientras que la falta de alertas genera que los casos de violencia no sean reportados, atendidos o denunciados, la impunidad se mantiene en gran medida debido a la desconexión que existe entre los funcionarios a cargo de atender los casos de violencia sexual y los funcionarios o aliados organizacionales

En el contexto colombiano el subregistro y la impunidad en los casos de violencia sexual son un fenómeno generalizado, su particularidad cuando las víctimas son personas con discapacidad, es que los imaginarios alrededor de ellas profundizan el problema.

encargados de garantizar los derechos de las personas con discapacidad. Esta falta de articulación entre las instituciones genera desconocimiento e incompreensión entre las partes, hace inoportunos y lentos los procesos de atención a las víctimas, y genera escenarios de revictimización. Aunque en el contexto colombiano el subregistro y la impunidad en los casos de violencia sexual son un fenómeno generalizado, su particularidad cuando las víctimas son personas con discapacidad, es que los imaginarios alrededor de ellas profundizan el problema, debido a la falta de credibilidad sobre sus relatos y la justificación de los sucesos bajo la idea de que son el resultado de su carácter asexual, hipersexual, o incapacidad para comprender los valores culturales que moldean la sexualidad.

Determinantes individuales que previenen y protegen a las personas con discapacidad de la violencia sexual

De hecho, se queda a veces a solas en la casa, porque no quiere salir o algo, entonces yo la única recomendación: “No le abras la puerta a nadie, aquí no hay nadie, tú quedas aquí, pero aquí no hay nadie, el timbre puede reventarse”, como es un apartamento, me da cierta seguridad, no es una casa: -“el timbre puede reventarse pero tú no le vas a abrir”.

- “tranquila mamá, tranquila, yo no le voy a abrir a nadie ya yo sé”.
(Familiar de persona con discapacidad - Barranquilla)

Entre los elementos identificados se destacan el reconocimiento del cuerpo por parte de las personas con discapacidad, así como de la intimidad y la privacidad, el reconocimiento de su sexualidad y de sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, el acceso a educación integral para la sexualidad y las redes de apoyo de familiares y cuidadores.

Reconocimiento del cuerpo por parte de las personas con discapacidad, y de su intimidad y privacidad por parte de las demás personas

Las entrevistas a personas con discapacidad incluyeron preguntas respecto al reconocimiento de diferentes partes de sus cuerpos³. Todas las personas participantes reconocieron que sus partes íntimas no podían ser tocadas sin su consentimiento; sin embargo, no todas lograron señalar los nombres de estas partes. Este reconocimiento asociado al carácter de intimidad funciona como un elemento de protección y prevención de la violencia. Por lo cual, llama la atención la poca información que tenían las personas entrevistadas respecto a la relación de estas partes con la sexualidad y el placer. Por otro lado, con los familiares se indagó sobre los espacios de

3. Específicamente se preguntó “¿Conoces las partes de tu cuerpo?”, “¿Cuál es la parte favorita de tu cuerpo? ¿por qué?”, “¿Qué nombres les das a las partes íntimas de tu cuerpo y de otras personas?”, “¿Qué partes nadie puede tocar sin tu consentimiento/permiso?” y “¿Qué partes del cuerpo de otra persona no debes tocar sin su consentimiento/permiso?”.

privacidad e intimidad de los que gozaban sus hijos; dependiendo del tipo de discapacidad se mencionaron diferentes espacios y momentos, algunos padres y madres se mostraron comprensivos de las necesidades de sus hijos para tener estos espacios como parte del desarrollo de su personalidad y sexualidad.

Reconocimiento de la sexualidad y los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas con discapacidad

Algunas madres de familia y funcionarios terminaron reconociendo la sexualidad de las personas con discapacidad, y confrontaron el imaginario que los encasillaba como personas asexuales o incapaces de entender, disfrutar o explorar la sexualidad. Al hacerlo, señalaron que el reconocimiento de la sexualidad hacía parte de la integridad de las personas con discapacidad. Así mismo, los funcionarios entrevistados señalaron que el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas con discapacidad es un paso fundamental para que dentro de las familias se garanticen y respeten los mismos, y una herramienta importante para la detección de las violencias que los vulnera, así como para generar alertas frente a las distintas formas de violencia.

Acceso a la educación integral para la sexualidad

Paralelamente al reconocimiento de la falta de acceso a la educación integral para la sexualidad como un elemento que expone a las personas con discapacidad a la violencia sexual, el acceso a ésta fue identificado como un elemento de prevención y protección. Además del papel protagónico que juega esta educación en la garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, ésta puede constituirse en un espacio de socialización de las personas con discapacidad en los valores culturales respecto a la sexualidad. Aunque perviven ansiedades en las madres respecto a los efectos que puede tener en el comportamiento de sus hijas e hijos, el reconocimiento de que las personas con discapacidad deben tener acceso a este tipo de educación fue señalado por varias de las personas participantes, muchas de las cuales se mostraron abiertas a discutir estos temas y señalaron su importancia para prevenir la violencia contra sus hijos e hijas a través de estrategias en las que se les reconoce su libertad y su autonomía.

Redes de apoyo con familiares y cuidadores

Si bien los familiares fueron identificados como agresores, y por lo tanto, como un elemento que expone a las personas con discapacidad a la violencia sexual, la existencia de redes de apoyo familiares también fueron señaladas como elementos protectores que permiten la generación de alertas sobre los posibles hechos de violencia sexual, la identificación de las violencias, y el acompañamiento de los casos, evitando la impunidad y protegiendo a las víctimas de la revictimización. Por su parte, los cuidadores también fueron identificados de esta manera, sin que por esto no fueran también identificados y mencionados como posibles agresores.

En este sentido, algo importante a tener en cuenta es que las relaciones de confianza establecidas entre familiares, cuidadores, funcionarios y personas con discapacidad pueden generar espacios protectores para las personas con discapacidad, así como facilitar el reconocimiento y la denuncia de este tipo de agresiones.



CAPÍTULO 3. **ELIMINAR LAS BARRERAS** **DE ACCESO A SERVICIOS Y** **DESIGUALDADES**

CONCLUSIONES

Durante los últimos años, se ha evidenciado un cambio creciente y positivo en la inclusión de las personas con discapacidades en la agenda política.

Un amplio marco de normas, rutas en las prácticas institucionales y variables en los sistemas de información, han puesto en discusión los enfoques diferenciales. Sin embargo, el abordaje de la sexualidad de las personas con discapacidad, y en particular de las personas con discapacidad psicosocial y cognitiva, necesita especial atención para combatir los imaginarios sobre su sexualidad y potenciar otras formas de toma de decisiones que permitan el ejercicio de sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de forma autónoma.

Las personas con discapacidad psicosocial y cognitiva afectadas por la violencia sexual se encuentran principalmente en los departamentos del centro del país.

Los departamentos con las mayores privaciones presentaron desigualdades significativas en las personas con discapacidades psicosociales y cognitivas. Los departamentos con población que presentan alguna discapacidad siguen siendo desproporcionadamente pobres, con mayor analfabetismo y alto desempleo. Arbitrariamente, los departamentos con mayor financiamiento en salud desde el sistema general de participaciones presentaron más casos de personas con discapacidad víctimas de violencia sexual. La investigación también muestra que, al interior del país, existen desigualdades geográficas: la zona andina contribuye con mayores casos de violencia sexual en personas con discapacidad psicosocial y cognitiva, aunque esto puede estar relacionado con una mayor presencia institucional para la atención y registro de casos.

Muchas de las desigualdades presentadas en este informe señalan que las brechas a las que se enfrentan las personas con discapacidad son evitables, y que pueden superarse con oportunidades de educación, empleo y desarrollo de capacidades de los responsables para el abordaje de esas desventajas asociadas a la discapacidad. No obstante, es necesario estudiar otros determinantes de nivel intermedio para complementar esta evidencia y explicar en mejor medida las inequidades.

Es necesario aumentar la coordinación intersectorial y compartir objetivos para el abordaje efectivo de la prevención de la violencia sexual en personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad psicosocial y cognitiva enfrentan barreras generalizadas para acceder a los servicios de salud, educación, empleo e

información de calidad. Esto incluye políticas y estándares insuficientes, actitudes negativas, falta de prestación de servicios, financiación inadecuada, falta de accesibilidad, información y comunicación inadecuadas y falta de participación en las decisiones que afectan directamente sus vidas.

La coordinación entre los sectores de salud, educación, justicia y protección es clave para asegurar un apoyo adecuado y reducir la vulnerabilidad de las personas con discapacidad psicosocial y cognitiva a la violencia sexual. A pesar de que existe un amplio marco normativo en materia de prevención y abordaje de las violencias basadas en género, éste no tiene en cuenta la variable discapacidad.

La normatividad en materia de violencia sexual debe asegurar que se tienen en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad en la implementación. Si bien la Resolución 1904 de 2017 significó un avance en esta materia, estos esfuerzos deben traducirse en una implementación efectiva y ser seguidos cuidadosamente por mecanismos sólidos de monitoreo y evaluación. Además, las normas y rutas deben ser interiorizadas para que los derechos sean efectivamente garantizados.

Las personas con discapacidad, y en especial las mujeres y niñas, se enfrentan a formas de vulnerabilidad mucho más específicas frente a la violencia sexual.

Es importante entender que si bien comparten factores de vulnerabilidad con otras personas que también son víctimas de esta violencia (mujeres, niños, niñas y adolescentes), determinados imaginarios y condiciones sociales ubican a las personas con discapacidad en lugares de desventaja con respecto a las demás dentro de la jerarquía social.

La exclusión estructural que viven las personas con discapacidad refuerza su vulnerabilidad frente a las violencias, y en especial a las formas de violencia sexual. Dicha vulnerabilidad se agudiza en las mujeres y niñas, pues su sexualidad ha sido construida a partir de estereotipos sobre el género y la discapacidad. Por esta razón es necesario un análisis interseccional para abordar el problema en esta población y su articulación con diferentes ejes de desigualdad.

Los imaginarios alrededor de las personas con discapacidad son amplios, afectan su autoestima y sus autopercepciones y refuerzan las desigualdades.

La desexualización, la infantilización, la suposición sobre la falta de cognición, y por ende de libertad y autonomía, la incapacidad para reconocer y rechazar la violencia sexual y la hipersexualización, se convierten en elementos que exponen a las personas con discapacidad a la violencia sexual. Es necesario generar contextos protectores para las personas con discapacidad. Esto empieza en las redes de apoyo para la toma de decisiones y la vida en comunidad. Es claro que los contextos de exclusión social y educativa pueden contribuir a la ocurrencia de la violencia sexual, pues las personas con

discapacidad no logran desarrollar herramientas de identificación y alerta. De igual modo, todos los sectores deben garantizar apoyos y ajustes razonables para acompañar los procesos de prevención, identificación y denuncia de las violencias en personas con discapacidad cognitiva y psicosocial. La falta de apoyos y ajustes razonables se pueden considerar como una conducta discriminatoria a la luz de la CDPD.

El reconocimiento de la ocurrencia de violencia sexual en personas con discapacidad se ha ampliado, pero es necesario seguir avanzando.

Las diversas formas de violencia sexual que afectan a las personas con discapacidad, como la esterilización sin consentimiento, el aborto forzado o la falta de acceso a educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva, son invisibilizadas o percibidas de manera limitada. El Estado debe tomar medidas basadas en la evidencia para prevenir todo tipo de violencias, y en especial la violencia sexual, en la población con discapacidad.

RECOMENDACIONES

Estas recomendaciones se dirigen especialmente al Estado, a la comunidad, a las organizaciones de la sociedad civil, a las familias y personas con discapacidad:

1. **Mejorar la recopilación y desagregación de los datos sobre personas con discapacidad.**

Frente a los datos de violencia sexual en personas con discapacidad, se evidenció que persisten las deficiencias de información desagregada por tipo de discapacidad y el subregistro, lo cual puede obedecer a la falta de denuncia o a la ausencia de variables diferenciadas que midan la discapacidad. De igual modo, se recomienda homogenizar las variables usadas en los diferentes sistemas de información, de acuerdo a los tipos de discapacidad introducidos por la CDPD.

2. **Apoyar la investigación sobre discapacidad psicosocial y cognitiva y el abordaje de determinantes sociales.**

Las universidades, el Estado, los actores y las familias deben proponer, apoyar y difundir investigaciones innovadoras que aporten nueva evidencia orientada a prevenir la violencia sexual que afecta a las personas con discapacidad, en especial a través del fortalecimiento de elementos de prevención y protección similares a los identificados en esta investigación.

Es necesario actuar sobre los determinantes sociales que contribuyen a la ocurrencia de la violencia sexual en personas con discapacidad y diseñar intervenciones con enfoque de equidad. No obstante, se debe contemplar el análisis de desigualdades de los determinantes sociales usando otras dimensiones e indicadores que permiten identificar las barreras sociales que enfrentan las personas con discapacidad.

3. **Fomentar la sensibilización pública y la comprensión de la discapacidad.**

Es esencial aumentar las capacidades, preparación y entrenamiento de los responsables de la implementación de acciones en los sectores de salud, justicia, educación, protección. Esto empieza por aumentar su conocimiento sobre discapacidad, la CDPD y eliminar los imaginarios y estereotipos nocivos que se tienen sobre la discapacidad y la sexualidad.

Se llama la atención sobre la necesidad de fortalecer las habilidades de los funcionarios de diferentes sectores para atender los casos de violencia sexual, desde un enfoque que evite la revictimización o se base en principios discriminatorios de las víctimas cuando se trate de personas con discapacidad.

4. Implementación integral de la Resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Resolución 1904 de 2017 significó un gran avance para la garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas con discapacidad en el país. No obstante, el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales deben seguir trabajando en su implementación, garantizando herramientas prácticas para que las entidades competentes puedan adoptar modelos de tomas de decisiones con apoyos para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros. Esto debe incluir la prevención, detección y abordaje desde el sector salud de las violencias sexuales.

5. La educación integral en sexualidad es un factor protector para la violencia sexual y debe ser accesible para las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial.

Se recomienda implementar programas que fomenten la inclusión educativa de las personas con discapacidad. El Estado debe trabajar para que los contenidos sobre educación en sexualidad estén disponibles para estas personas y cuenten con los ajustes razonables requeridos para su comprensión y apropiación, de acuerdo a su edad y desarrollo progresivo de capacidades. Estos contenidos deben incluir los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, estrategias para identificar las violencias basadas en género, rutas de atención, empoderamiento político, entre otros.

6. Poner en el centro de las intervenciones las necesidades, identidades y circunstancias de las personas con discapacidad debe ser clave para todos los sectores del Estado.

Es necesario trabajar por la implementación de un modelo social de la discapacidad que entienda que la vulnerabilidad de las personas con discapacidad frente a las formas de violencia sexual se encuentra relacionada con imaginarios y estereotipos que existen en torno a ellas, y que no son intrínsecas de su discapacidad. La transversalización de la discapacidad exige un compromiso a todos los niveles, asumido por la totalidad de los sectores e integrado en las leyes, normas, políticas, estrategias y planes, nuevos y existentes. Adoptar el diseño universal y realizar adaptaciones razonables en las

rutas institucionales existentes son dos estrategias importantes.

De igual modo, la implementación del modelo social implica que las personas con discapacidad deben ser partícipes de las decisiones políticas que afectan sus vidas, y en específico sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Para esto, vale la pena recordar uno de los principios rectores de la CDPD, "nada de nosotros sin nosotros".

7. Aumentar el compromiso de padres, madres, cuidadores y funcionarios puede reducir y prevenir la violencia sexual, así como acercar los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas con discapacidad.

Se requiere mejorar las actitudes, aptitudes y conocimientos de las familias, cuidadores y comunidades frente a los derechos sexuales reproductivos de las personas con discapacidad y las rutas de atención para el abordaje de violencias sexuales. Para esto, es necesaria la articulación intersectorial e intersistitucional a través de diferentes estrategias, que van desde la cotidianidad de las personas con discapacidad, su intimidad, libertad y autonomía, hasta estrategias de educación sexual integral que permitan reconocer y prevenir las violencias.

8. Las estrategias que optan por sustituir la voluntad de las personas con discapacidad suelen ser factores de riesgo frente a las violencias sexuales.

Se debe reconocer que las estrategias que sustituyen la voluntad no actúan como elementos protectores contra la violencia sexual. Por el contrario, sustituir la voluntad de las personas con discapacidad por la de sus cuidadores o familiares puede exponerlas, ya que como muestran las cifras, la mayoría de abusos sexuales en personas con discapacidad fueron cometidos por una persona conocida.

Se recomienda transitar a modelos de toma de decisiones con apoyos, que prioricen la voluntad y los deseos de la persona con discapacidad. De igual modo, se sugiere crear modelos de decisiones asistidas que prioricen el bienestar de la persona con discapacidad y la mejor interpretación de su voluntad. Estos modelos son aplicables al sector Educación, Salud, Protección y Justicia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, Natalia (2016) "The Medical Discourse and the Sterilization of People with Disabilities in the United States, Canada and Colombia: From Eugenics to the Present".(thesis of Master of laws) McGill University, Montreal.
- Balza, Isabel (2011) "Crítica Feminista de la Discapacidad: El monstruo como figura de la vulnerabilidad y la exclusión" En Dilemata, Año 3 No 7.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014) Forensis.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017) Forensis.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2016) Forensis.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (2018). Cubo de SIVIGILA. Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicación Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/sistemaintegraldeinformacion%3b3nsispro.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS); Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS. Bogotá – Colombia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS); Banco Mundial (BM)(2011). Informe Mundial Sobre Discapacidad. Malta- Italia. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2009). Reducir las Inequidades Sanitarias Actuando Sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_r14-sp.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2018). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es
- Palacios, Agustina (2008) El Modelo Social de Discapacidad: Orígenes, Caracterización y Plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Cermi, Madrid.

- Profamilia, Programa De Acción por la Igualdad y la Inclusión Social -PAIS, Universidad de los Andes, Asdown(2014). "Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva", Parte del Proyecto "Derecho a la Autonomía Sexual y Reproductiva de Mujeres con Discapacidad Intelectual y Psicosocial en Colombia 2012-2014". Open Society Foundation.
- Profamilia (2018) Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual. Bogotá Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social-PAIS (2012), Violencia Sexual en Personas con Discapacidad, Bogotá. Universidad de los Andes.
- Ramírez, Aydée; Moreno, Natalia; Montllor, Jana; Bejarano, Leonardo (2013) "¿Discapacitadas Nosotras? Experiencias de exclusión y discriminación en los cuerpos: Anormalidad, Transgresión y Fuga. Ennómades, Vol 38.
- Robert, MCruer; Anna, Mollow (2012) Sex and Disability. Durham and London: Duke University Press,.
- Siebers, Tobin (2012) "A Sexual Culture for Disabled People" In MCruer, Robert and Mollow Anna (Ed) Sex And Disability. London: Duke University.
- Williams, Crenshaw Kimberlé (1994) "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color" in Standford Law Review, Vol 43. No 6.