



**LA ESTERILIZACIÓN EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
COGNITIVA Y PSICOSOCIAL: UNA PERSPECTIVA CRÍTICA
A LA JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL**

**SARA HOYOS SUÁREZ
JORGE MAURICIO GARCÍA BETANCUR**

Artículo de reflexión

DOI: <http://dx.doi.org/10.15425/redepub.38.2017.04>

**Universidad de los Andes
Facultad de Derecho
Rev. derecho publico No. 38
enero - junio de 2017. e-ISSN 1909-7778**

La esterilización en las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial: una perspectiva crítica a la jurisprudencia constitucional

Resumen

A pesar de los avances en materia de derechos de las personas con discapacidad a nivel internacional, en Colombia se siguen presentando barreras en el ordenamiento interno que permiten la vulneración de estos derechos. Una de las prácticas más recurrentes en el país es la esterilización de las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial. Para la realización de este procedimiento se sustituye la voluntad de estas personas, lo cual resulta en una esterilización forzosa que constituye una violación de los derechos contra la tortura y otros tratos inhumanos o degradantes. El objetivo de este trabajo fue analizar la situación jurídica de la esterilización de las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial en Colombia, teniendo en cuenta la contradicción existente entre el régimen de capacidad legal vigente y la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Palabras clave: modelo de prescindencia, modelo médico-rehabilitador, modelo social, discapacidad, capacidad jurídica, derecho a la igualdad, derecho a la autodeterminación.

The sterilization of people with cognitive and psychosocial disabilities: a critical perspective of the constitutional jurisprudence

Abstract

Despite the progress regarding the rights of people with disabilities around the world, Colombia's domestic law still includes barriers that allow the infringement of these rights. One of the recurring practices in Colombia is the sterilization of people with cognitive and psycho-social disabilities. To carry out this procedure, the legal will of the person with disability can be superseded by another person, resulting in a forced sterilization. This constitutes a violation of the right against torture and other inhumane or degrading treatment. For this reason, the aim of this paper is to analyze the legal status of the sterilization of people with cognitive and psycho-social disabilities in Colombia, taking into account the contradiction between the regime of legal capacity in Colombia and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Keywords: charity model, medical model, social model, disability, legal capacity, right to equality, right of self-determination.

A esterilização de pessoas com deficiências cognitivas e psico-sociais: uma perspectiva crítica da jurisprudência constitucional

Resumo

Apesar do progresso em relação aos direitos de pessoas com deficiências em todo o mundo, a lei doméstica de Colombia ainda inclui barreiras que permitem a violação de esses direitos. Uma das práticas mais recorrentes em Colombia é a esterilização das pessoas com deficiências cognitivas e psico-sociais. Para realizar este procedimento, a vontade legal da pessoa com a deficiência pode ser suplantada pela vontade de outra pessoa, resultando numa esterilização forçada. Isso constitui uma violação do direito contra tortura e outros tratamentos deshumanos ou degradantes. Por este motivo, o propósito deste trabalho é analisar o estado legal da esterilização de pessoas com deficiências cognitivas e psico-sociais em Colombia, tendo em conta a contradição entre o regime de capacidade legal em Colombia e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Palavras-chave: Modelo de caridade, modelo médico, modelo social, deficiência, capacidade legal, direito à igualdade, direito à autodeterminação.

La esterilización en las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial: una perspectiva crítica a la jurisprudencia constitucional*

SARA HOYOS SUÁREZ¹
JORGE MAURICIO GARCÍA BETANCUR²

SUMARIO

Introducción – I. LOS MODELOS SOBRE DISCAPACIDAD: PRESCINDENCIA, MÉDICO-REHABILITADOR Y SOCIAL – II. AVANCES INTERNACIONALES EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD RELATIVAS AL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA – A. *Período 1948-1983* – B. *Período 1983-1992: decenio de las Naciones Unidas para los “impedidos”* – C. *Período 1993-2006* – D. *Período 2006 a hoy: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* – E. *Contradicción entre el marco internacional de derechos humanos sobre el ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho colombiano* – III. JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL COLOMBIANA SOBRE LA ESTERILIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA – A. *Esterilización de personas con discapacidad* – B. *Jurisprudencia constitucional sobre la esterilización de personas con discapacidad* – 1. *Período 1991-2002* – 2. *Período 2002-2003* – 3. *Período 2003-2012* – 4. *Período 2012-2014* – 5. *Año 2014* – IV. CONSIDERACIONES FINALES – Referencias.

* Cómo citar este artículo: Hoyos Suárez, S. y García Betancur, J. M. (Junio, 2017). La esterilización en las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial: una perspectiva crítica a la jurisprudencia constitucional. *Revista de Derecho Público*, (38). Universidad de los Andes (Colombia). <http://dx.doi.org/10.15425/redepub.38.2017.04>

1. Abogada de la Universidad de los Andes, candidata a la Maestría en Derecho de la Universidad de Boston. Se ha desempeñado como asistente de investigación del Programa de Acción para la Igualdad y la Inclusión Social (PAIS) de la Universidad de los Andes, y como abogada en Durán & Osorio Abogados Asociados. Actualmente es la ejecutiva de cuenta y asesora jurídica de la empresa X3Media. Correo: s.hoyos43@uniandes.edu.co
2. Abogado de la Universidad de los Andes y especialista en Derecho Administrativo de la Universidad Javeriana. Trabajó en la sección consular de la Embajada de Colombia en Suiza, fue asesor externo de una importante firma de abogados y laboró en el Programa de Acción para la Igualdad y la Inclusión Social (PAIS) de la Universidad de los Andes. Actualmente es socio principal de BetaGroup SAS y Beta Group Services SAS, en donde es consultor en temas de contratación estatal y política pública. Correo: jorgegarcia205@hotmail.com

Introducción

De acuerdo con los médicos encargados del caso, Camila, una adolescente de 16 años, padece una discapacidad cognitiva severa. Ella ha manifestado reiterativamente su deseo de ser madre. A pesar de esta manifestación específica y de hecho, probablemente en razón de ella, el médico requirió a los padres de Camila que le practicaran la ligadura de trompas. Lo anterior encontraba sustento, según el galeno, en tres argumentos: primero, en que la joven no tiene el nivel de autonomía para decidir ser madre; segundo, en que la población con discapacidad tiende a ser más vulnerable a los ataques sexuales; y tercero, un embarazo afectaría la vida de Camila en la dimensión biológica. Atendiendo el consejo médico, los representantes legales deciden acudir a un hospital público con el fin de que se practicara la esterilización. No obstante, dicha institución se niega, ya que los familiares deben presentar la sentencia judicial que lo ordene.³

Frente a este tema, el 11 de marzo del 2014 la Corte Constitucional publica el comunicado de prensa de la Sentencia C-131/14 (Corte Constitucional, 2014). Allí, se estudia el artículo 7 de la Ley 1412 de 2010 que estipula la prohibición de la esterilización a sujetos que no superan los 18 años. Frente a este punto, la Corte concluye que la norma descrita es exequible.

Sin embargo, en su razonamiento establece dos excepciones, a pesar de que no declara la exequibilidad condicionada: que en los casos de menores con

discapacidad mental severa y permanente que estén en imposibilidad de otorgar en el futuro su consentimiento libre e informado y de menores para quienes un embarazo implica un riesgo inminente para su vida, el juez puede evaluar si autoriza la práctica de anticoncepción quirúrgica. (CConst., C-131/2014, M. González).

Por lo tanto, el representante legal de un niño(a) con discapacidad puede sustituir la voluntad de este para adelantar el procedimiento médico de, por ejemplo, la ligadura de trompas.

Las personas con discapacidad en el mundo llegan a más de 600 millones, es decir, cerca del 10% de la población global (Stein, 2007, p. 76). Alrededor del 80% de este grupo viven en países en vía de desarrollo, en donde igualmente se limitan sus derechos de primera y segunda generación (Stein, 2007, p. 76). Ejemplo de ello es que este grupo representa el 20% de las personas en situación de pobreza del mundo (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2008b, p. 29). Solo el 2% de los niños en estas condiciones recibe educación en los países en vía de desarrollo (Stein, 2007,

3. El presente es un caso hipotético que se analizará a lo largo del presente documento. Los hechos se han extraído de las siguientes sentencias: T-850 de 2002, T-248 de 2003, T-492 de 2006, T-1019 de 2006, T-560A de 2007 y T-063 de 2012.

p. 76). De ese porcentaje, las mujeres con discapacidad tienen menos probabilidades de recibir educación que los hombres con alguna diversidad funcional (ONU, 2008b, p. 32). Cabe resaltar que existe una alta tasa de infanticidio, es decir, la práctica de causar la muerte a los recién nacidos que padecen alguna discapacidad (ONU, 2008b, p. 34). Las personas con discapacidad también corren más riesgo de contraer enfermedades; entre esas las relacionadas con la sexualidad de la persona (ONU, 2008b, p. 39). De este modo, la comunidad internacional desde 1950 ha abogado por adelantar diferentes regulaciones en pro de las personas con discapacidad (González, 2010a).

En Colombia la situación no difiere. Según cifras del DANE (2005), Colombia cuenta con 2.632.255 personas con discapacidad. Es decir, este grupo constituye el 6,4% de la población colombiana. Igualmente, la Corte Constitucional ha establecido que las personas con discapacidad son sujetos de especial protección por ser un grupo tradicionalmente marginado y discriminado. Debido a esto, el legislador ha sacado adelante diferentes proyectos de ley que buscan, principalmente, “proteger”

a las personas con discapacidad.⁴ Sin embargo, como se verá más adelante, existen avances en materia de estándares internacionales de derechos humanos, de obligatorio cumplimiento para Colombia, que resultan en una contradicción con el derecho interno.

Ahora bien, es importante destacar cómo se ha entendido la esterilización de las personas con discapacidad psicosocial y cognitiva en diferentes países. Frente a este punto, la Open Society Foundation (2011) ha establecido la importancia de evitarla y ha señalado que dichas intervenciones se encuentran proscritas en materia internacional.⁵ Lo anterior se debe a que este es un procedimiento medicamente irreversible y que tiene profundos efectos físicos y psicológicos en la persona. Además se convierte en un acto de violencia, de control social, y constituye una violación de los derechos contra la tortura y otros tratos inhumanos o degradantes (ONU, 1992, 2008c).⁶ Consecuentemente, la esterilización forzosa, entendiéndola en los eventos en que se sustituye la voluntad de las personas para decidir, debe ser una práctica proscrita en el ordenamiento jurídico colombiano.

4. Dentro de las leyes que se han expedido se encuentran: la Ley 1306 de 2009 y la Ley 1618 de 2013, entre otras.

5. Por ejemplo, ver: ONU. General Assembly, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 24 January 2007, A/RES/61/106, [Art.23]; ONU. General Assembly, International Covenant on Civil and Political Rights, 16 December 1966, 2200A (XXI), [Art.7, 17]; ONU. General Assembly, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966, 2200A (XXI), [Art.10]; ONU General Assembly, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 18 December 1979, 34/180, [Art.16]; ONU. The Beijing Declaration and the Platform for Action: Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995, A/CONF.177/20/Add.1; [paras.94-96].

6. Igualmente ver: ONU. Committee Against Torture (CAT Committee): General Comment No. 2: Implementation of Article 2 by States Parties, 24 January 2008, CAT/C/GC/2 [para.22]; UN General Assembly, Rome Statute of the International Criminal Court (last amended January 2002), 17 July 1998, A/CONF. 183/9 [Article 7(1)(g)].

En esta misma línea, es importante destacar las finalidades de este procedimiento quirúrgico en el contexto internacional. Entre esas se encuentran: prácticas eugenésicas, control poblacional, cuidado personal y prevención del embarazo, especialmente frente a casos de abuso sexual (Open Society Foundation, 2011). De acuerdo con el Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social [PAIIS] et al. (2013), lo anterior se adelanta bajo la idea de que “es por los intereses” de las mujeres con diversidad funcional (p. 2013), aunque cabe resaltar que existen estudios en donde se demuestra que las mujeres con discapacidad sí tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia sexual que las mujeres sin discapacidad (p. 28), y que “la esterilización de una mujer no disminuye las posibilidades de que sea sujeta a violencia sexual y, al contrario, puede aumentarla” (p. 28). De este modo, estas finalidades son el reflejo de estereotipos que se destacan en los medios de comunicación y en las actitudes sociales, que bien infantilizan, hipersexualizan o asexualizan a las personas con discapacidad, mostrándolas como sujetos que no pueden decidir (pp. 28-29). Por ende, esta práctica debe ser evitada por los Estados y, de aplicarla, proveer para que en cualquiera de estos casos la persona cuente con el apoyo suficiente, con el fin de que pueda decidir informada y libremente (Open Society Foundation, 2011).

Así, el objetivo de este trabajo es analizar la situación jurídica de la esterilización de las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial en Colombia, teniendo en cuenta la contradicción existente entre el régimen de capacidad legal vigente y la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, la CDPD), ratificada por Colombia en 2011 (ONU 2006c).⁷

Con tal propósito se parte de la siguiente pregunta: *¿Cuál ha sido la interpretación que ha hecho la Corte Constitucional sobre los límites y alcances de la esterilización de las personas con discapacidad y cómo esta interpretación se articula o entra en tensión con el régimen jurídico internacional sobre los derechos de esta población?*

Cuestionar los aspectos éticos y jurídicos de la esterilización de las personas con discapacidad resulta relevante, ya que la sexualidad humana no solo abarca la procreación sino la posibilidad de una persona de autodeterminarse. Por esta razón, impedir que una persona con discapacidad decida sobre su sexualidad equivale a negarle su condición de persona. La esterilización impuesta contra la voluntad de la persona va en contra de la dignidad, la libertad, la igualdad y la protección.

Habiendo dicho esto, resulta sorprendente que la Ley 1306 de 2009 disponga de meca-

7. Colombia ratificó este tratado el 10 de mayo de 2011 y lo aprobó mediante la Ley 1346 de 2009. De este modo esta Carta se convierte en un tratado internacional con fuerza vinculante para el Estado y la sociedad colombiana en general.

nismos sustitutivos de la voluntad para la toma de decisiones a través de instituciones, puesto que el marco internacional de derechos humanos contiene el mandato de reemplazar dicho modelo de sustitución de la voluntad por uno fundado en la toma de decisiones con apoyo (ONU, 2006c, arts. 3 y 12). En segundo lugar, este es uno de los pocos temas de derechos humanos frente a los que la jurisprudencia constitucional colombiana se halla en directa contradicción con estándares internacionales de derechos humanos de obligatorio cumplimiento, y por ello precisamos de reflexiones que permitan proponer avances en la jurisprudencia, orientadas a la armonización del derecho interno con los tratados de derechos humanos.

Para cumplir con el objetivo de este estudio, el presente documento se dividirá de la siguiente forma: primero, realizaremos unas aclaraciones previas sobre las diferentes formas en que se ha conceptualizado la discapacidad a lo largo de la historia. Segundo, estudiaremos los avances internacionales en materia de los derechos de las personas con discapacidad en lo relativo al ejercicio de la capacidad jurídica. Este punto será útil para entender cómo fue el contexto en el que surgió la CDPD. Tercero, describiremos las etapas de la jurisprudencia constitucional frente a la esterilización de personas de este grupo social. Cuarto, a partir de lo anterior se analizará la cuestión de la toma de decisiones de una persona en situación de discapacidad. Finalmente, plantearemos unas conclusiones.

I. LOS MODELOS SOBRE DISCAPACIDAD: PRESCINDENCIA, MÉDICO-REHABILITADOR Y SOCIAL

La doctrinante Agustina Palacios (2008, p. 381) ha establecido la existencia de diferentes modelos que reflejan cómo se ha conceptualizado la discapacidad a lo largo de la historia y en las diferentes sociedades; estos son: *prescindencia, médico-rehabilitador y social*. Estos modelos no se dan de manera cronológica sino que coexisten y se manifiestan en las normas y prácticas tanto culturales como jurídicas.

El modelo de prescindencia entiende la discapacidad como un castigo divino, como una maldición. Así, la discapacidad es entonces una carga social, un asunto de caridad y lástima. Por tanto, la respuesta que otorga la sociedad es pensar que se trata de personas “inválidas” (no válidas). Así, este modelo se ve reflejado en modelos sustitutivos de la voluntad, en los que se parte de la carencia de agencia moral y autonomía de las personas, en razón de la caracterización de sus habilidades mentales.

El modelo de prescindencia se basa en dos aspectos: la justificación religiosa, y la consideración de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad (Palacios, 2008, p. 37). Respecto al segundo postulado, se tiene la idea que la persona con una diversidad funcional es una carga para la sociedad, toda vez que no está en la capacidad de ser alguien productivo. Consecuentemente, existen dos respuestas frente a ese modelo: eugenizar

a esta población o marginarlos de la comunidad. Lo anterior termina generando la dependencia y el sometimiento de las personas con discapacidad a la voluntad de otro.

Bajo el modelo médico-rehabilitador la discapacidad es un defecto de tipo orgánico y funcional que, por tanto, debe “arreglarse”. En otros términos, el énfasis se sitúa en la persona y su “deficiencia”, caracterizada por una disfunción patológica que le impide realizar actividades que la gran mayoría de personas, “normales”, sí pueden desarrollar (Palacios, 2008, p. 81). En línea con este modelo, la discapacidad es principalmente un asunto de salud, delimitado y determinado por profesionales expertos (principalmente médicos y psiquiatras), y las acciones en políticas se centrarán sobre todo en temas relacionados con rehabilitación.

El modelo médico-rehabilitador se basa en dos características: primera, las causas que dan origen a la discapacidad son científicas; y segunda, las personas con diversidad funcional pueden aportar algo a la sociedad siempre y cuando sean rehabilitadas (Palacios, 2008, p. 66). En otros términos, la persona puede ser “rentable” a la comunidad siempre y cuando llegue a un estado de “normalidad” (Palacios, 2008, pp. 66 y 67). Por lo tanto, en este modelo el énfasis se concentra en la persona y su deficiencia, caracterizada como una

anomalía patológica que le impide adelantar las actividades que pueden ejercer la mayoría de los individuos sin discapacidad, lo cual también resulta en que se hace referencia a “grados de discapacidad”, y como ocurre en la normativa colombiana se habla de discapacidad “leve”, “moderada”, “profunda” y se utilizan porcentajes para medirla⁸ (Palacios, 2008, p. 81).

Bajo el tercer modelo, el social, la discapacidad resulta de la interacción entre la diversidad funcional de una persona y las barreras en su entorno específico que le impiden el ejercicio pleno de sus derechos y libertades. La materialización de este modelo tiene, entonces, como premisa, la autonomía de todas las personas con discapacidad y, por tanto, la adopción de apoyos en la toma de decisiones que no sustituyan su voluntad y sus preferencias (ONU, 2006c, arts. 1 y 3).

Según Palacios (2008), los fundamentos del modelo social son dos: por un lado se alega que la causa de la discapacidad es social; y por el otro, que las personas con diversidad funcional están en capacidad de aportar mucho a la sociedad (pp. 103 y 104). Respecto al primer presupuesto, sostiene que la discapacidad se debe analizar en referencia a cada contexto específico (p. 104). En otros términos, es la comunidad la que debe eliminar las barreras para que las personas con discapacidad pue-

8. Ver, por ejemplo, Ley 100 de 1993, art. 38; Ley 361 de 1997 y Decreto 917 de 1999, entre otras normas.

dan ser tenidas en cuenta en la organización social. Por ejemplo, diseñar un software que le otorgue a una persona con limitaciones visuales acceder a internet, hace que la discapacidad se reduzca. Frente al segundo postulado, el modelo social, sostiene la autora que “lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia” (p. 104). Por lo tanto, el modelo social surge como contraposición a los dos modelos anteriormente reseñados, los cuales enfatizan que la discapacidad es un problema del individuo y no de la comunidad.

La materialización de los modelos anteriormente descritos en el ejercicio de la capacidad jurídica se manifiesta en dos tipos de regímenes: uno que sustrae la capacidad de ejercicio de las personas y la otorga a un tercero que ejerce la guarda y toma todas las decisiones, y otro que reconoce la capacidad jurídica plena de las personas con discapacidad y adopta mecanismos para asegurar los apoyos que estas requieran en la toma de decisiones relevantes para su vida. El régimen sustitutivo se deriva claramente de los modelos de prescindencia y médico, por cuanto las personas con discapacidad se conciben en términos deficitarios y por tanto como incapaces de tomar decisiones; la capacidad legal es equivalente a la capacidad cognitiva o intelectual. El régimen de toma de decisiones con apoyo se deriva del modelo social, pues el contexto es el que determina las posibilidades de una persona con discapacidad para llevar a cabo su propio proyecto de vida.

II. AVANCES INTERNACIONALES EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD RELATIVAS AL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA

El objetivo del presente acápite es describir cómo han evolucionado los estándares internacionales de derechos humanos en lo relativo al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. Su más reciente desarrollo es la Observación General No. 1 del Comité encargado de monitorear el cumplimiento de la CDPD, Convención que es el resultado de una lucha de más de cincuenta años. De este modo, es factible analizar este desarrollo histórico en cuatro etapas: 1948-1983; 1983-1993; 1993-2006; y 2006 hasta hoy.

A. Período 1948-1983

Aunque la Asamblea General de la ONU en 1950 expidió resoluciones sobre los derechos de las personas con discapacidad (con una perspectiva médico-asistencialista), no fue sino hasta 1970 cuando adoptó dos declaraciones que introducen los derechos de este grupo en la comunidad internacional (Quinn y Degener, 2009, p. 19; González, 2010a). Estas son: la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental y la Declaración de los Derechos de los Impedidos (sic). La primera tiene un criterio normalizador desde un modelo médico-rehabilitador. Esto se refleja en la disposición séptima de dicho tratado que establece:

Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. (ONU, 1971).

Lo anterior es una validación de esquemas sustitutivos de la voluntad en el ejercicio de la capacidad jurídica.

La segunda Declaración sigue la misma línea que la anterior. Sin embargo, cabe resaltar que esta resulta de la Resolución 1921 del Consejo Económico y Social de mayo de 1975, que busca la “prevención de la incapacitación y la readaptación de los incapacitados”, lo cual demuestra una visión donde la discapacidad solo tiene cabida en la medicina y debe ser “normalizada” (ONU, 1975). No obstante, se evidencia que existe una apuesta por el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad al concederles los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos, instar al respeto por la dignidad de la persona con discapacidad, pretender garantizarles su autonomía a través de medidas razonables y

buscar la protección al derecho a la seguridad económica y social de las personas con discapacidad (González, 2010b, p. 20).

La Asamblea General de las Naciones Unidas se reúne al año siguiente a la proclamación de la anterior Declaración, es decir, en 1976, y allí, dentro de lo acordado, proclama a 1981 como el Año Internacional de los Impedidos (ONU, 1976) y solicita que los Estados establezcan un plan de acción a nivel nacional, regional e internacional en que se busque: la igualdad de oportunidades, la rehabilitación y la prevención de la discapacidad (ONU, 1976). Uno de los mayores logros de este año fue determinar que los derechos de las personas con discapacidad dependen de las actitudes sociales para la participación en sociedad de este grupo (ONU, 1976).⁹

En el año de 1982 se proclama el Programa Mundial de Acción para los Impedidos (sic). Esta iniciativa se adopta a través de la Resolución 37/52 de la Asamblea General de la ONU y se divide en tres partes: primera, los objetivos, antecedentes y conceptos; la segunda describe la situación actual para la época; y la tercera enumera las propuestas para su ejecución (González, 2010, p. 20). Cabe resaltar, que aunque este programa estaba altamente

9. Cabe resaltar que durante este año se empiezan a celebrar los primeros eventos sobre los derechos de las personas con discapacidad. Muestra de ellos es el Simposio Internacional sobre los Impedidos, celebrado del 27 de septiembre al 4 de octubre en Trípoli (Libano); el debate sobre la cooperación técnica entre países en desarrollo y asistencia técnica para la prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad, realizado del 12 a 23 de octubre de 1981, en Viena, Austria; la Conferencia Mundial sobre medidas y estrategias en relación con la educación y la integración de los discapacitados y la prevención de la discapacidad, en Torremolinos (España), en 1981; y finalmente, del 30 de noviembre al 6 de diciembre de 1981 se llevó a cabo el Congreso Fundacional de la Internacional de los impedidos, celebrado en Singapur. Esta reunión contó con gran participación de diversas ONG (ONU, 2007).

influenciado por un modelo médico-rehabilitador, aboga en mayor medida por la aplicación de un marco de derechos humanos al tema de la discapacidad (Quinn y Degener, 2009, p. 20).

B. Período 1983-1992: decenio de las Naciones Unidas para los “impedidos”

El 3 de diciembre de 1982 la Asamblea General de la ONU proclamó el período “1983-1992 Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos”, con el que se buscaba que los Estados miembros promovieran la aplicación del Programa de Acción Mundial. En dicho marco, el secretario general publicó un informe sobre las actividades para prevenir las enfermedades, aspecto que generó impacto en otras organizaciones como el PNUD, la UNICEF y la OMS, que pusieron en marcha en Nueva Delhi un programa internacional con el objetivo de aplicar técnicas probadas para prevenir y tratar las discapacidades en el marco de los programas generales de salud (ONU, 2007). Claramente, este es aún un marco desde el modelo médico que sitúa las causas en razones orgánicas y de salud, y se centra en la prevención.

En 1984 se designa a Leandro Despouy como relator especial de la Subcomisión de Derechos Humanos y es encargado de estudiar la conexión causal entre las violaciones de los derechos humanos, las violaciones de las libertades fundamentales y la discapacidad (ONU, 2007). Este aspecto toma relevancia, toda vez que se traduce en la primera institución encar-

gada de vigilar y monitorear, permanentemente, los derechos de las personas con discapacidad, lo cual resulta en varias recomendaciones generadas desde la Relatoría (ONU, 2006a).

El entonces secretario general, Javier Pérez de Cuéllar, jugó también un papel importante en el desarrollo de estándares. En 1987 convocó una reunión de expertos para evaluar el Programa de Acción Mundial, cuya principal conclusión fue “desarrollar una Convención Internacional sobre la Eliminación de la Discriminación contra las Personas con Discapacidad” (ONU, 2007). Esto se debió a que todas las acciones adelantadas por la comunidad internacional en pro de garantizar todos los derechos de las personas con discapacidad no eran, en principio, vinculantes (ONU, 2006b).

En 1987, con base en las recomendaciones de la Reunión Global de Expertos para Revisar la Implementación de un Programa Mundial de Acción concerniente a las personas con discapacidad, se inician los esfuerzos por redactar una convención internacional para erradicar cualquier forma de discriminación contra las personas con discapacidad (O’Reilly, 2003). Italia y Suecia prepararon las posibles versiones, pero no se llegó a un consenso ya que varios Estados consideraban que los tratados sobre derechos humanos garantizaban la igualdad de las personas con discapacidad y por lo tanto no era necesario un tratado dedicado exclusivamente a este tema (ONU, 2006b).

En 1993 se lleva a cabo la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos. En esta se re-

visan todos los antecedentes normativos y se reconoce que “todos los derechos humanos y las libertades fundamentales son universales y, por consiguiente, deben incluir sin reservas a las personas con discapacidad” (ONU, 2007). Consecuentemente, esta Conferencia incorpora discursivamente el modelo social.

C. Período 1993-2006

En 1993 la ONU expidió las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, que funcionan como guías para los Estados (ONU, 1993). Estas disposiciones no son de obligatorio cumplimiento, pero sentaron la base para crear conciencia en los Estados. Posteriormente se generó un interés por crear una convención que obligara a los Estados a cumplir con sus disposiciones, al considerar que dejar en manos de estos la decisión de seguir o no los lineamientos de las normas mínimas frente a la protección de las personas con discapacidad permitía su discriminación (Lemay, 1994).

El Comité de derechos económicos, sociales y culturales de la ONU resaltó cómo los Estados ignoraban el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. Los resultados de esta situación eran los siguientes: la esterilización forzada de las personas con discapacidad, explotación sexual, desnutrición, obstáculos en cuanto al acceso a la salud y a la educación, inaccesibilidad a los servicios públicos e institucionalización (O'Reilly, 2003).

En el sistema interamericano, en 1999 se firma la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CIADIS), que propone la inclusión y la garantía de los derechos de las personas con discapacidad. Este instrumento define la discapacidad como “una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social,” lo cual es consistente con una conceptualización médica de la discapacidad (Organización de Estados Americanos [OEA], 1999, art. I.1). En lo relativo a la toma de decisiones, la CIADIS dispone que “en los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación” (OEA, 1999, art. I.2b), validando así los regímenes sustitutivos de la voluntad.

En 1999, la organización Rehabilitation International apremió a la ONU para la creación de la convención (Lemay, 1994). En 2000 las principales organizaciones no gubernamentales (ONG) sobre discapacidad, tales como Inclusion International, World Blind Union, World Federation of the Deaf se unieron a este esfuerzo. En 2001, siguiendo la iniciativa de México, la Asamblea General de la ONU decidió establecer un comité *ad hoc* para recibir todas las propuestas concernientes a la creación de la Convención para proteger y promover los derechos de las personas con discapacidad (ONU,

2006c). En este comité se debían tener en cuenta las investigaciones y los avances realizados en derechos humanos, desarrollo social, no discriminación, y las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos y de la Comisión para el Desarrollo Social.

D. Período 2006 a hoy: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Dentro de las ONG que incidieron significativamente en la redacción de un tratado internacional están: Rehabilitación Internacional, Organización Mundial de Personas con Discapacidad, Unión Mundial de Ciegos y la Federación Mundial de Sordos, las cuales se reunieron en China, en marzo del 2000, y elaboraron la Declaración de Beijing donde solicitan a los Estados apoyar la Convención. Como respuesta a dicha solicitud, en abril del 2000 la Comisión de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos adoptó una resolución donde le pide al Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos que estudie medidas para fortalecer y supervisar los derechos de las personas con discapacidad (O'Reilly, 2003). El informe final establece la necesidad de aprobar una Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Así, en la Asamblea General de 2001, México exhorta a la creación de un comité *ad hoc* que considerara propuestas sobre los derechos de las personas con discapacidad (O'Reilly, 2003). En 2002 se reúne el Comité por prime-

ra vez para evaluar las distintas propuestas de las diferentes organizaciones (Gómez, García, Gispert y Rincón, 2007).

Durante las sesiones del Comité ad hoc de la Asamblea General de la ONU, la principal preocupación de los Estados era la no disponibilidad de los medios necesarios para poner en práctica los mandatos de la Convención (Gómez et al., 2007). También se argumentaba que dada la existencia de tratados sobre derechos humanos, esta Convención no era necesaria. Sin embargo, la práctica había comprobado lo contrario, ya que los Estados dejaban de aplicar los derechos políticos, económicos, sociales y culturales a ciertas personas (Unicef, 2007). Por lo tanto se reconoció que dada la discriminación que presentaban ciertos grupos, se requería una convención dedicada exclusivamente a la protección de sus derechos.

Después de ocho sesiones, que se dieron entre 2002 y 2006, la Convención y su Protocolo Facultativo fueron adoptados el 13 de diciembre de 2006, en Nueva York, y el 3 de mayo de 2008 entraron en vigor (ONU, 2006c). A la fecha, la Convención ha sido firmada por 160 Estados (ONU, 2017a) y el protocolo opcional por 92 (ONU, 2017b). La Convención permite que, independiente del tipo de discapacidad, la persona pueda gozar de todas las libertades fundamentales y los derechos humanos; además, incorpora de forma clara el modelo social de la discapacidad al reconocer que es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción con las barreras en el entorno,

por tanto no incluye una definición de discapacidad por cuánto su existencia es contextual.

La Convención es un tratado internacional que pretende proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Los Estados signatarios se comprometen a promover, proteger y asegurar que los derechos humanos les sean reconocidos, así como la igualdad ante la ley. El objetivo de este tratado es que haya una transformación en la mentalidad de los Estados; que se deje de lado la idea que las personas con discapacidad deben ser objeto de caridad, tratamientos médicos y protección social, y las reconozcan como miembros activos de la sociedad con igualdad de derechos (Equality and Human Rights Commission, 2016).

Ahora bien, es necesario realizar una reflexión sobre el principio de autonomía en la toma de decisiones descrito en el artículo 3.a¹⁰ y 12¹¹ de la CDPD. Así, lo primero a resaltar es que la noción de capacidad legal incluye dos elementos:

La capacidad de ser titular de un derecho y la capacidad de obrar y ejercer el derecho, que abarca la capacidad de acudir a los tribunales en caso de afectación de esos derechos. Ambos elementos son esenciales al concepto de capacidad jurídica. De ello se deriva que el reconocimiento de la capacidad jurídica de cualquier grupo o individuo impone el reconocimiento de ambos elementos. El desconocimiento de la capacidad jurídica de una persona o grupo de personas se traduce en la negación tanto del derecho a la personalidad jurídica como de la capacidad de obrar. En muchas jurisdicciones, cuando se han intentado atacar las normas relativas a la capacidad por ser discriminatorias, el resultado ha sido su reemplazo por legislación que efectúa un reconocimiento simbólico de los derechos del grupo excluido, pero que en realidad, si bien reconoce la capacidad para ser titular de derechos, sigue negando la capacidad de ejercerlos. (ONU, 2008d, párr. 3).

10. El artículo 3 de la CDPD, principios generales, establece: “Los principios de la presente Convención serán: a. El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, y la independencia de las personas”.

11. El artículo 12. Igual reconocimiento como persona ante la ley, determina: “1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica. 2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. 3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica. 4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas. 5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria”.

De este modo, se establece una obligación por parte de los Estados de propender a que las personas con diversidad funcional sean autónomas.¹² De hecho, “el ejercicio de la autonomía y la capacidad de decisión es inherente al ser humano que no puede ser negado, incluso cuando no es tan aparente para otros” (European Network of Users and Survivors of Psychiatry et al., 2013, §. 13). En esta misma línea, de acuerdo con The World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) no es necesario crear un complejo modelo para implementar el sistema de toma de decisiones con apoyo de lo descrito en el artículo 12 de la CDPD. Según este colectivo, la introducción de esta figura inicia con el reconocimiento de la igualdad en la capacidad legal y con el derecho de poder ejercerlo por sí mismo (WNUSP, 2011).

En este mismo orden de ideas se encuentra la Observación General No. 1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Allí se hace un análisis sobre la capacidad legal, en el que primero resaltan que los sistemas que se basan en suprimir la voluntad de las personas tienen las siguientes características: (i) La capacidad es removida incluso solo cuando gira sobre una sola decisión, (ii) La persona encargada de tomar decisiones en nombre de la persona con discapacidad, tiende a tomar decisiones en contra de esta,

(iii) De hecho, el sujeto encargado de tomar las decisiones lo hace basándose en su percepción de lo que es “mejor para el interés de la persona con diversidad funcional” y no en las preferencias que ellas elijan (ONU, 2014).

De acuerdo con la Observación General del Comité, se exhorta a que los Estados Partes replacen los sistemas de sustitución de la voluntad por aquellos que se basan en una toma de decisiones con apoyo. Igualmente se agrega que: aquellos Estados que tengan un sistema de sustitución de decisiones, pero que paralelamente traten de implementar otro basado en la toma de decisiones con apoyo, resulta en una medida insuficiente para garantizar el artículo 12 de la Convención. Por lo tanto, deberán los Estados como Colombia, derogar todas las reglas jurídicas que busquen sustituir la voluntad de las personas con discapacidad.

E. Contradicción entre el marco internacional de derechos humanos sobre el ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho colombiano

A la luz del artículo 93 de la Constitución Política de Colombia, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad prevalece en el orden interno y hace parte del bloque

12. Cabe resaltar que esta noción de respeto de la autonomía es reiterado en: CRPD Committee Concluding Observations on Hungary, CRPD/C/HUN/CO/1, September 2012, para 26; CRPD Committee Concluding Observations on Spain, September 2011, CRPD/C/ESP/CO/1, Amicus Koroviny V Russia Written by European Network Of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry, European Disability Forum, World Network of Users and Survivors Of Psychiatry, International Disability Alliance, March 2013, para 11.

de constitucionalidad.¹³ Estos instrumentos facilitan, al exigir de los Estados la adopción de acciones de especial protección, mejorar la situación de debilidad manifiesta en la cual se encuentran las personas con discapacidad (Defensoría del Pueblo, 2010).

La discapacidad es uno de los ámbitos donde es relevante reconocer la indivisibilidad y la interdependencia de los derechos humanos y las libertades fundamentales (Defensoría del Pueblo, 2010). El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que entraron en vigor en 1966, establecieron principios adicionales contra la discriminación y reconocieron la importancia de proteger los derechos humanos de las personas con discapacidad.

A su vez, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el artículo 25, sostiene que toda persona tiene “derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdidas de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Los avances que se han dado a nivel internacional en materia de discapacidad, arriba referidos, permiten identificar las prioridades y retos frente a los derechos de las personas con

discapacidad, a los cuales deben enfrentarse los Estados para mejorar las condiciones de este grupo social. La visión internacional, que cada vez es más incluyente en cuanto a los derechos de las personas con discapacidad, ayuda a superar las concepciones que se tienen de la discapacidad (Defensoría del Pueblo, 2010).

En consecuencia, es relevante dejar de ver a las personas con discapacidad como enfermos, para entenderlas como sujetos titulares de derechos en condiciones especiales frente a los demás ciudadanos, con capacidades y habilidades en contextos de oportunidades reales de desarrollo humano sostenible.

Ahora bien, el sistema jurídico colombiano establece un modo de sustitución de la voluntad. De hecho, en el artículo 25 de la Ley 1306 de 2009 estipula:

La interdicción de las personas con discapacidad mental absoluta *es también una medida de restablecimiento de los derechos del discapacitado* y, en consecuencia, cualquier persona podrá solicitarla.

Tienen *el deber* de provocar la interdicción:

1. El cónyuge o compañero o compañera permanente y los parientes consanguíneos y civiles hasta el tercer grado (3°). [Cursivas fuera del texto].

13. Es necesario remitirnos al artículo 93 de la Constitución. Allí se establece: “Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia”.

Respecto a este artículo es necesario destacar dos aspectos: el primero hace referencia a la finalidad que se plantea sobre la interdicción; y el segundo al hecho del deber legal de adelantar la interdicción. Frente al primer aspecto, diversos autores han afirmado que este procedimiento busca “frenar los excesos en que puedan incurrir las personas privadas de suficiente juicio” (Parra, 2011, p. 43). En otros términos, la interdicción es la materialización de un modelo de prescindencia o médico-rehabilitador, en donde se parte de la idea de que las decisiones de las personas con discapacidad no han de ser tenidas en cuenta ya que, según esta visión, este grupo tendría un “problema”.

El segundo punto hace referencia a que el deber legal de adelantar la interdicción es la manifestación de un modelo de prescindencia. Lo anterior se debe a la declaración mediante la cual se establece que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad, y por ende es un deber legal adelantar este procedimiento (Palacios, 2008, p. 37). Consecuentemente, el procedimiento descrito en la Ley 1306 de 2009 es la expresión del modelo de la prescindencia.

Cabe resaltar que este articulado se encuentra en contradicción con la CDPD, anteriormente reseñada. Esto se debe a que esta Convención, en su artículo 12, establece la obligación de fomentar la toma de decisiones con apoyo y dejar a un lado el sistema de sustitución de la voluntad. Por lo tanto, existe una antinomia entre la Ley 1306 del 2009 y la CDPD. Sin embargo, es importante tener en

cuenta que esta última hace parte del bloque de constitucionalidad y debe prevalecer sobre la ley ordinaria.

A continuación se realizará un análisis sobre la capacidad legal de las personas con discapacidad, con base en dos razones: i) si la persona con discapacidad tiene más de 18 años y un familiar interpone una acción de tutela en nombre de esta, deberá haber adelantado la interdicción para que proceda la acción de tutela; ii) la jurisprudencia de la Corte Constitucional “permite la práctica de esterilización en mujeres con discapacidad que se encuentran bajo medida de interdicción judicial, sin que medie su consentimiento informado previo, en tanto se consideran absolutamente incapaces” (PAIS et al., 2013, p. 8).

III. JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL COLOMBIANA SOBRE LA ESTERILIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA

A. Esterilización de personas con discapacidad

Como se explicó en el apartado anterior, la legislación colombiana contiene un régimen sustitutivo de la capacidad jurídica que se materializa a través de las instituciones de la interdicción y la inhabilitación, mediante las cuales la capacidad de toma de decisiones y su ejercicio se transfiere a una tercera persona que recibe las funciones de guarda mediante una orden judicial.

Aunque el origen de estas instituciones es fundamentalmente patrimonial, sus efectos se han extendido a decisiones personalísimas como tratamientos en salud, lugar de residencia, vinculación laboral o educativa y el ejercicio de derechos políticos (Universidad Externado, 2014). Los derechos sexuales y reproductivos son un tipo de derechos personalísimos que también se ven impactados por el régimen legal de capacidad jurídica en Colombia, como se desarrollará en esta sección.

La autonomía personal es el pilar de los derechos sexuales y reproductivos, entre esos, el ejercicio o no de la esterilización. Este grupo de derechos se refiere a dos dimensiones de la realización personal. Por una parte, los derechos sexuales se refieren al ejercicio de la libertad sexual, traducida en la autonomía de escoger si tener o no relaciones sexuales y con quién, sin ningún tipo de discriminación o violencia, y a recibir servicios en salud sexual que incluyen información y educación sobre sexualidad, así como acceso a servicios para prevenir y tratar infecciones de transmisión sexual; por otra parte, los derechos reproductivos hacen referencia a la autodeterminación reproductiva y al acceso a servicios de salud reproductiva y a educación e información sobre reproducción (Minsalud, UNFPA, OES y Dejusticia, 2013, pp. 28-29).

Los derechos sexuales incluyen, entre otros, los derechos a:

- Reconocerse como seres sexuados.
- Tomar decisiones autónomas y responsa-

bles sobre la sexualidad, libres de toda injerencia, coacción y violencia.

- Vivir una sexualidad libre de toda forma de coacción y violencia.
- A explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
- Escoger y convivir con una pareja, o no hacerlo.
- Expresar libre y autónomamente la orientación sexual y la identidad de género.
- Acceder a medidas de prevención de las infecciones de transmisión sexual, así como a los servicios de salud necesarios para asegurar el más alto goce la salud física y mental.
- Acceder a información que permita conocer sobre la propia sexualidad y tomar decisiones informadas sobre la misma.

Los derechos reproductivos incluyen, entre otros, el derecho a:

- Decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos.
- Disponer de la información, educación y medios para poder ejercer los derechos de manera autónoma, responsable, libre e informada.
- Decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.
- Acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).

- Vivir una maternidad segura.
- Acceder a servicios de salud necesarios para el ejercicio de los derechos reproductivos, incluidos los servicios durante la gestación, parto y lactancia.
- Contar con información y educación que permitan el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos (Ministerio de Salud et al., 2013, pp. 28-29).

La práctica de esterilización quirúrgica se enmarca en los derechos relacionados con la autonomía reproductiva, ya que se refiere al

derecho a decidir el número de hijos y cuándo tenerlos. Ello también incluye el derecho a recibir información accesible y basada en la evidencia acerca de cómo se hace el procedimiento, cuáles son sus consecuencias y qué alternativas existen.

Por otro lado, es importante resaltar que según información del Ministerio de Salud, entre el 2009 y el 2011 se esterilizaron 505 mujeres y 127 hombres (PAIIS et al., 2001, p. 8). La información es la que aparece en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Cifras de procedimientos de esterilización de mujeres y niñas en situación de discapacidad

PROCEDIMIENTO CUPS	2009	2010	2011
66390 - Esterilización femenina NCOC. Incluye aquella realizada simultáneamente con la cesárea (codificar simultáneamente)	4	4	3
663100 - Sección y/o ligadura de trompas de falopio (cirugía de Pomeroy) por minilaparotomía SOD +	169	139	186

Fuente: elaboración propia con base en información aportada por el Ministerio de Salud en respuesta al derecho de petición presentado por PAIIS, y referenciada del Informe Sombra presentado a la CEDAW en octubre de 2013.

Tabla 2. Cifras de procedimientos de vasectomía de hombres y niños en situación de discapacidad

PROCEDIMIENTO CUPS	2009	2010	2011
637100 - Ligadura o sección de conducto deferente SOD	20	18	32
637300 - Vasectomía SOD	20	17	20

Fuente: elaboración propia con base en información aportada por el Ministerio de Salud en respuesta al derecho de petición presentado por PAIIS, y referenciada del Informe Sombra presentado a la CEDAW en octubre de 2013.

B. Jurisprudencia constitucional sobre la esterilización de personas con discapacidad

Teniendo en cuenta el régimen de capacidad legal vigente en Colombia y el contenido de los derechos sexuales y reproductivos cuyo núcleo esencial está centrado en la autonomía individual, en esta sección presentaremos cómo la jurisprudencia constitucional sobre esterilización de las personas con discapacidad cognitiva refleja la tensión normativa entre incapacitación y autonomía. Cabe mencionar que aunque el régimen de interdicción en Colombia principalmen-

te afecta a las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial, y a las personas sordas que no pueden darse a entender, los únicos casos sometidos a consideración de la Corte Constitucional relacionados con esterilización quirúrgica de las personas con discapacidad hacen referencia a personas con discapacidad cognitiva.

En esta medida, hemos creado cinco etapas que sirven para estudiar esta línea jurisprudencial, compuesta por siete sentencias: primera, 1991-2002; segunda, 2002-2003; tercera, 2003-2012; cuarta, 2012-2014; y quinta, 2014 a 2016.

Tabla 3. Etapas de desarrollo de la línea jurisprudencial sobre la esterilización de personas con discapacidad, según modelos de discapacidad

	Prescindencia	Médico- Rehabilitador	Social
2002		T-850 de 2002	
2003		T 248 de 2003	
2006		T- 492 de2006 T-1019 de2006	
2007		T-560A de2007	
2012		T-063 2012	
2014	C-131 de 2014		

Fuente: realización de los autores.

Es importante reiterar que en el presente aparte haremos un análisis sobre la esterilización de las personas con discapacidad y no sobre los derechos sexuales y reproductivos en general. Lo anterior se debe a lo siguiente: primero, la Corte Constitucional se ha pronunciado sobre este tema en la sentencia C-131 de 2014; segundo, en el mes de abril de 2014 se adelantó en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos la primera audiencia temática sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad (entre esos la esterilización); tercero, la existencia de solo siete sentencias sobre esta materia permite concluir que este aspecto no ha sido desarrollado a profundidad en la jurisprudencia; y cuarto, la sexualidad humana no solo abarca la procreación sino la posibilidad de una persona de autodeterminarse. Por esta razón, impedir que un individuo con discapacidad decida sobre su sexualidad equivale a negarle su condición de persona. La esterilización impuesta contra la voluntad de la persona va en contra de la dignidad, la libertad, la igualdad y la protección.

1. Período 1991-2002

Sobre el primer caso que llegó a la Corte Constitucional en materia de esterilización en personas con discapacidad cognitiva la alta Corporación se pronunció en la sentencia T-850 de 2002. Con anterioridad a dicha sentencia había expedido providencias relativas al consentimiento previo¹⁴ para intervenciones en salud, y respecto del contenido del derecho al libre desarrollo de la personalidad.¹⁵

Vale la pena aclarar que en este período de tiempo existen diferentes sentencias que protegen los derechos de las personas con discapacidad.¹⁶ No obstante, solo nos referiremos a las sentencias que hablan de la esterilización quirúrgica, por los argumentos esgrimidos en el acápite anterior.

El primer bloque de sentencias, reseñadas anteriormente, sienta las bases frente a la regulación del *consentimiento previo e informado*. Las subreglas desarrolladas respecto al consentimiento informado para intervenciones quirúrgicas se muestran en la tabla 4.

14. Sobre consentimiento informado se destacan las sentencias T-411 de 1994, M. P.: Vladimiro Naranjo Mesa; T-477 de 1995, M. P.: Alejandro Martínez Caballero; T-474 de 1996, M. P.: Fabio Morón Díaz; SU-480 de 1997, M. P.: Alejandro Martínez Caballero; SU-337 de 1999, M. P.: Alejandro Martínez Caballero; T-1390 de 2000, M. P.: Alejandro Martínez Caballero; T-597 de 2001, M. P.: Rodrigo Escobar Gil.

15. Sobre libre desarrollo de la personalidad son relevantes las sentencias T-474 de 1996, M. P.: Fabio Morón Díaz; C-309 de 1997, M. P.: Alejandro Martínez Caballero y SU-337 de 1999, M. P.: Alejandro Martínez Caballero.

16. Respecto a las obligaciones del Estado con los sujetos de especial protección constitucional sobresalen las sentencias T-644 de 1996, T-556 de 1998, T-134 de 2001 en materia de salud; T-065 de 1996 y C-531 de 2000 referentes a los derechos laborales; T-620 de 1999 y T-513 de 1999 respecto al derecho a la educación. Entre otras, Correa Montoya (2009, pp. 119-120).

Tabla 4. Subreglas jurídicas sobre el consentimiento previo e informado para intervenciones quirúrgicas

SUPUESTO DE HECHO	CONSECUENCIA JURÍDICA
El tratamiento es invasivo y la persona se encuentra en una situación de discapacidad mental (T-850/2002, R. Escobar).	Es necesario diferenciar dos aspectos: la condición mental y la autonomía del individuo. En este caso, constitucionalmente la autonomía no se reduce a un concepto descriptivo de un estado mental. En otros términos, la autonomía es el reconocimiento de la dignidad humana que otorga el Estado, la cual implica tratar al individuo como sujeto que tiene el derecho de decidir entre diversos tratamientos cuál le conviene más. (T-850/2002, R. Escobar).
El carácter es más o menos invasivo del tratamiento (T-477/1995, A. Martínez).	Entonces entre mayor sea el grado de invasión en el cuerpo humano, también debe ser mayor la información necesaria para formar el consentimiento del paciente.
El grado de aceptación u homologación clínica del tratamiento o su carácter experimental (T-597/2001, R. Escobar).	Cuando existan dudas acerca de la aceptación clínica de un procedimiento o tratamiento, debe efectuarse una junta médica.
La dificultad en la realización del tratamiento y las probabilidades de éxito (T-597/2001, R. Escobar).	Cuando existan condiciones que dificulten la realización de un procedimiento (...) el médico debe informar al paciente de dicha circunstancia.
La urgencia del tratamiento (T-477/1995, A. Martínez).	Cuando la demora en la realización de un procedimiento ponga en riesgo la salud o la vida, el médico (...) [deberá] entrar a protegerlos, aun sin el consentimiento expreso del paciente.
El grado de afectación de derechos e intereses personales del	Cuando un tratamiento o procedimiento signifique un riesgo para ciertos derechos o intereses del paciente, en

SUPUESTO DE HECHO	CONSECUENCIA JURÍDICA
sujeto al efectuarse el tratamiento. ¹⁷	principio, la información necesaria para que se pueda prestar válidamente el consentimiento es mayor.
La afectación de derechos de terceros de no realizarse la intervención médica (T-620/1999, A. Martínez).	Así, en algunos casos resulta aceptable que se practiquen determinados procedimientos sin necesidad de informar detalladamente al paciente para obtener su consentimiento, cuando están de por medio los derechos de terceras personas, como sería el caso de la aplicación de una vacuna para evitar que se propague una epidemia.
La existencia de otros tratamientos que produzcan resultados iguales o comparables, y las características de estos. ¹⁸	Cuando existan otros tratamientos o procedimientos que produzcan resultados similares o comparables, el médico debe informar de esta situación al paciente (...)
La capacidad de comprensión del sujeto acerca de los efectos directos y colaterales del tratamiento sobre su persona. ¹⁹	Cuando existan circunstancias subjetivas del paciente que afecten su capacidad de comprensión, el médico debe velar porque éste tenga la mayor comprensión posible acerca de sus repercusiones, sin afectar otros intereses que puedan estar en juego. Esto último supone que, si bien en la mayoría de los casos resulta conveniente que el paciente conozca las consecuencias de cada opción, en otros, cierta información puede terminar alterando su juicio, impidiéndole tomar una decisión autónoma. Por lo tanto, es responsabilidad del médico juzgar cuál es el nivel adecuado de información que debe suministrar al paciente, a partir de una evaluación de su situación particular.

17. Este aparte se puede ver en las siguientes sentencias de la Corte Constitucional: SU-337/99, M. P.: Alejandro Martínez Caballero; T-1390/00, M. P.: Alejandro Martínez Caballero; T-411/94, M. P.: Vladimiro Naranjo Mesa; T-474/96, M. P.: Fabio Morón Díaz.

18. Ver este aparte en las siguientes sentencias de la Corte Constitucional: SU-480/97, M. P.: Alejandro Martínez Caballero; SU-337/99, F. J. No. 14; T-597/01, M. P.: Rodrigo Escobar Gil.

19. Como consta en las siguientes sentencias de la Corte Constitucional: T-477/95, M. P.: Alejandro Martínez Caballero; T-1390/00, M. P.: Alejandro Martínez Caballero; T-411/94, M. P.: Vladimiro Naranjo Mesa; T-474/96, M. P.: Fabio Morón Díaz; SU-337/99, M. P.: Alejandro Martínez Caballero F. J. No. 15.

Ahora bien, dentro de las sentencias que sobresalen en materia de autonomía individual, y que son usadas posteriormente, están las decisiones: T-474 de 1996,²⁰ C-309 de 1997²¹ y SU-337 de 1999.²² Así, por ejemplo, esta última sentencia, que posteriormente es reiterada en los demás períodos,²³ establece:

No sería admisible constitucionalmente que un padre forzara a su hijo, que está a punto de cumplir la mayoría de edad, a someterse a una intervención médica que afecta profundamente su autonomía, y que no es urgente o necesaria en términos de salud (...). En este caso el padre está usurpando la autonomía de su hijo y modelando su vida, pues le está imponiendo, de manera agobiante y permanente, unos criterios estéticos que el menor no comparte. (CP arts 1º, 5 y 16). (CConst., SU-337/99, A. Martínez).

No hay que olvidar que existían disposiciones legales frente al tema en cuestión. Tal es el caso del artículo 14 de la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica), el cual estipula: “El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o men-

talmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.”

A partir de lo anterior es factible establecer que las principales características de este período son: primera, es un período en el que no existe mayor estudio por parte de la Corte Constitucional sobre la esterilización de las personas con discapacidad; segunda, la norma jurídica que existe frente al tema es el Código de Ética Médica, que se traduce en un sistema de sustitución de la voluntad; tercera, uno de los requisitos dados en el Código de Ética Médica es el consentimiento previo e informado, aspecto que fue desarrollado por la Corte Constitucional señalando diferentes supuestos de hecho sobre este concepto. Cabe resaltar que este último aspecto cobra especial importancia, ya que sirve de sustento en las sentencias sobre esterilización.

2. Período 2002-2003

La sentencia T-850 de 2002 es la primera que analiza el tema en cuestión.²⁴ Allí, la Corte es-

20. Este es el caso de un “menor adulto” (17 años con 10 meses), el cual es Testigo de Jehová, que requiere de una transfusión de sangre. No obstante, de acuerdo con su religión, esta intervención quirúrgica es prohibida. Frente a esto el padre interpone una tutela para que se obligue a su hijo a realizarse la transfusión. La decisión de la Corte es tutelar la pretensión del padre, bajo el argumento de que si bien es cierto que este grupo tiene gran nivel de autonomía, no la tienen sobre decidir vivir o no.

21. Esta decisión se ha llamado comúnmente “sentencia del cinturón de seguridad”. En ella se demandó la inconstitucionalidad de la norma que obliga portar el cinturón de seguridad en el carro. Diferentes doctrinantes catalogan esta sentencia como hito, toda vez que realiza un extenso análisis sobre el libre desarrollo a la personalidad.

22. Dicha providencia hace referencia a los casos de hermafroditismo. Allí, se analizan dos temas: el consentimiento previo e informado y el libre desarrollo a la personalidad.

23. Por ejemplo, entre otras, la sentencia T-850 de 2002.

24. De hecho, la Corte Constitucional en la sentencia T-560A de 2007 afirma: “Para comenzar es preciso recordar que la sentencia T-850 de 2002 proferida por la Sala Quinta de Revisión fue la primera providencia que abordó el tema de la esterilización en personas con retardo mental.”

tudió un caso en el que el Seguro Social se negó a practicar la ligadura de trompas de Falopio en una mujer de 19 años de edad, quien fue diagnosticada con “retraso mental leve y epilepsia refractaria” (sic). En dicha sentencia vale resaltar los siguientes aspectos: primero, se establece que el procedimiento de interdicción no constituye un instrumento idóneo para sustituir la voluntad de las personas con discapacidad en el ejercicio de los derechos fundamentales, como se analizará en los siguientes párrafos; segundo, ordena no adelantar la ligadura de trompas, toda vez que “según el informe de medicina legal, *el aumento de esas capacidades podía ser posible*, siempre y cuando tuviera acceso a una educación adecuada y recibiera el apoyo necesario” [cursivas añadidas]; tercero, ordena a diferentes instituciones ponderar el interés de “preservar al máximo su vida y su salud, con la capacidad para ejercer su derecho a la procreación y su interés individual en tener hijos y formar familia” (CConst., T-850/2002, R. Escobar).

Así, es factible concluir que la presente sentencia hace parte de un modelo médico-rehabilitador, con unos pocos matices del modelo social. Lo anterior se debe a que una de las órdenes que se dan en la sentencia busca un sistema de toma de decisiones con apoyo. En otros términos, la Corte procura que sea la misma joven

quien, en ejercicio de su autonomía, ejerza sus derechos sexuales y reproductivos, entre esos la esterilización. No obstante, el matiz médico-rehabilitador se da en que, según la Corporación, la discapacidad de la joven puede ser “superada”, y en que la determinación de si la persona podrá consentir en el futuro depende de un dictamen médico forense. Por lo tanto, la Corte sostiene que la joven, al estar en capacidad de llegar a un estado de “naturalidad”, puede ser asesorada para que sea ella quien tome sus decisiones,²⁵ pero no especifica de qué manera debe hacerse dicha asesoría.

Ahora bien, uno de los problemas jurídicos que no analiza la Corte en esta oportunidad es la legitimación por activa en la presentación de la tutela. El punto es que, en las futuras sentencias, uno de los debates gira en establecer la necesidad, para personas que superan los 18 años, de interponer la interdicción para que el padre o la madre presenten la tutela a nombre de sus hijos. Por ejemplo, en los hechos del presente caso son los padres quienes interponen la tutela a nombre de la hija, para obtener la ligadura de trompas; así la Corte se pregunta después si ellos son legitimados si no tienen la sentencia de interdicción.

Frente a este punto la Corte, aunque no estudia en extenso dicho problema jurídico, sí aclara:

25. Cabe resaltar que la orden a la que hacemos referencia estipula: “SEGUNDO.- ADICIONAR la Sentencia de instancia en el sentido de ORDENAR al Seguro Social E.P.S. incorporar a la mayor brevedad posible a María Catalina Álvarez en un programa de educación especial de acuerdo con sus necesidades, en el cual se le imparta la educación sexual y reproductiva adecuada para las personas con sus condiciones mentales específicas, tendiente a capacitarla para ejercer su sexualidad y de las repercusiones de la maternidad, de acuerdo con su condición, intereses y capacidades” (CConst., T-850/2002, R. Escobar).

Si bien algunas decisiones de la vida civil de las personas pueden ser adoptadas por sus representantes legales mediante un proceso de interdicción por demencia, esta figura propia del derecho civil no resulta trasladable por completo al campo del derecho constitucional, en particular en lo que tiene que ver con las decisiones sobre las intervenciones médicas a las cuales debe someterse a una persona. (CConst., T-850/2002, R. Escobar).

De esta manera, precisó que no resulta constitucionalmente admisible que, por la sola representación legal que ejerza una madre sobre su hija interdicta, pueda someterla a una esterilización forzada, conducta que, por lo demás, constituye un delito tanto en la normatividad interna, como en el sistema internacional de protección de los derechos humanos.

Aunque la anterior afirmación a primera vista puede llegar a ser considerada como un modelo social, no lo es. Lo anterior se debe a que lo importante es evidenciar qué conceptualización hace la Corte sobre la discapacidad. En este sentido, en dicha jurisprudencia se evidencia que siempre se habla sobre deficiencias y se basa en la historia clínica de la persona. De este modo, no se conceptúa la discapacidad como una forma de diversidad funcional sino como algo que debe ser arreglado. Por lo tanto, aunque el reconocimiento de la capacidad de ejercicio de derechos constitucionales muestra, en parte, un rasgo del modelo social, esto no se puede establecer así, ya que lo importante es determinar cómo se conceptualiza la discapacidad. En el

presente caso la Corte siempre está relacionando este concepto con deficiencias y con la historia clínica, rasgos de un modelo médico-rehabilitador.

En conclusión, este período presenta primordialmente un modelo médico-rehabilitador. Lo anterior se sustenta en que la subregla establecida en la sentencia establece que las personas con discapacidad deben ser “educadas o tratadas” para llegar a un estado natural. Así, aunque la Corte exhorta a un sistema de toma de decisiones con apoyo, el concepto sobre discapacidad del cual parte se basa en criterios patológicos, elementos propios de un modelo médico-rehabilitador.

3. Período 2003-2012

Seis meses después de la sentencia T-850/2002 la Corte vuelve a estudiar un caso similar. En la sentencia T-248 de 2003 el Tribunal decidió el caso de una “menor de edad con diagnóstico de epilepsia, retardo mental y trastorno de déficit de atención” (sic). En el caso, el médico psiquiatra ordenó la práctica de la cirugía de ligadura de trompas de Falopio. Sin embargo, este procedimiento fue negado por el Seguro Social por cuanto el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) no había expedido la respectiva autorización.

En el desarrollo de la sentencia, se hizo necesario adelantar la interdicción para actuar como agente oficioso de una persona mayor de edad con discapacidad. Al respecto, la Corte señaló:

Debe entenderse que la *ratio legis* de la norma [554 del código civil]²⁶ sería la necesaria intervención judicial cuando fuere necesario limitar o afectar severamente un derecho constitucional (la referencia a la restricción de la libertad tendría mero carácter indicativo) de una persona con problemas mentales. (CConst., T-248/2003, E. Montealegre).

Por lo tanto, según la Corte Constitucional, la interdicción busca proteger a los sujetos en debilidad manifiesta.

En esta línea, la Corte sostiene:

(i) la madre de una menor de edad tiene la obligación de obtener autorización judicial para la realización de la intervención quirúrgica que conlleve la esterilización definitiva de una mujer, proceso judicial en el que ‘debe quedar plenamente demostrado que el menor tiene problemas mentales que impiden dar su consentimiento para este tipo de intervenciones’; (ii) si se trata de una mujer mayor de edad, debe adelantarse previamente, en trámite judicial diferente al de la tutela, la interdicción de sus derechos, es decir, el discernimiento de la guarda; y (iii) respecto de un menor de edad, la autorización judicial debe ser solicitada por ambos padres, “salvo que resulte imposible -por

ejemplo, por ausencia o abandono. (CConst., T-248/2003, E. Montealegre).

De este modo, la Corte niega la tutela toda vez que los padres no habían solicitado la autorización judicial para tal fin. Además, agrega que la tutela no es el medio idóneo para lograr dicha autorización, ya que resulta imperante, según esta institución, analizar el nivel de capacidad de toma de decisiones de este grupo. Finalmente, es categórica en ordenar al Seguro Social

que en lo sucesivo se abstenga de practicar tubectomías o intervenciones que afecten la autonomía personal de personas con limitaciones mentales, hasta que no se obtenga la autorización judicial respectiva o que se trate de una situación de urgencia o imperiosa necesidad. (CConst., T-248/2003, E. Montealegre).

Como se observa, esta sentencia presenta una argumentación médico-rehabilitadora al buscar sustituir la voluntad de las personas con discapacidad.

En este mismo sentido, la providencia T-560A de 2007 (R. Escobar) estudió el caso en el que la madre de “una menor con cuadro de retardo mental moderado y profundo, así como de

26. Vale la pena resaltar que la sentencia T-248 de 2003 se basó en el artículo 554 del Código Civil, disposición derogada por la Ley 1306 de 2009. Lo anterior resulta problemático ya que esta sentencia sirve de base para las otras de este período. No obstante, la Corte Constitucional en la sentencia T-063 de 2012 estableció: “Lo relativo a la autorización judicial previa para que sea practicado cualquier procedimiento de anticoncepción en mujeres en situación de discapacidad mental, continúa vigente.”

síndrome convulsivo y de hiperactividad” (sic), pretendía la ligadura de trompas de Falopio para su hija. Dicho procedimiento médico había sido autorizado por la EPS. No obstante, el galeno tratante se abstenía de practicarlo hasta tanto no se obtuviera la sentencia correspondiente.

Finalmente, la solicitud fue negada en razón a que no existía autorización judicial. Dicho aspecto sigue siendo problemático, ya que es un juez el que sustituye la voluntad de una persona con discapacidad. Dicho de otro modo, es un tercero quien determina qué es lo mejor para las mujeres con discapacidad y no ellas, limitándoles así el derecho a establecer cómo ejercer sus derechos fundamentales. Consecuentemente, las decisiones que buscan sustituir la voluntad de las personas con discapacidad, como es la autorización de un juez, son muestra de un modelo médico-rehabilitador.

Ahora bien, es necesario señalar que este es el período en el cual se aprueba la Ley 1306 de 2009. Esta fue concebida “para responder a las necesidades personales y sociales de las personas con discapacidad mental, brindándoles el espacio para su actuación correlativo a su capacidad intelectual, sin poner en riesgo sus intereses y los de la sociedad” (Gaceta del Congreso 647 de 2008). Dicha normatividad resulta conveniente resaltarla toda vez que contiene el régimen de interdicción. Aspecto que es problemático a la luz del artículo 12 de la CDPD, el cual promueve la toma de decisiones con apoyo (CCont., T-1019/2006, J. Córdoba.

Dentro de las principales medidas legislativas adelantadas en este período se encuentra la Ley 1412 de 2010. El objeto de esta ley es autorizar de manera gratuita la práctica de la vasectomía y la ligadura de trompas, con los requisitos y prohibiciones que establece en los artículos 6 y 7:

Artículo 6. Discapacitados Mentales. Cuando se trate de personas con discapacidad mental, la solicitud y el consentimiento *serán suscritos por el respectivo representante legal, previa autorización judicial.* [Cursivas añadidas].

Artículo 7°. Prohibición. En ningún caso se permite la práctica de la anticoncepción quirúrgica a menores de edad.

El anterior articulado deja entrever un modelo de prescindencia, debido a que se parte de dos supuestos: primero, que las personas con diversidad funcional no pueden aportar algo a la sociedad, es decir, son marginadas de la toma de decisiones; y segundo, debido a lo anterior debe sustituirse su voluntad.

4. Período 2012-2014

La sentencia más significativa en este período es la T-063 de 2012. Igual que en las sentencias anteriores, se analizó el caso de una joven interdicta de 21 años con una discapacidad mental, a la que el padre deseaba adelantarle una esterilización, pero el hospital se negaba. En esta sentencia se analizan tres aspectos en extenso: la agencia oficiosa, un análisis del

caso concreto a la luz de la CDPD, y la necesaria intervención de diferentes instituciones a fin de que orienten a la joven.

Frente al primer punto la Corte establece que para proceder como agente oficioso debe acreditarse: primero, que se adelante un proceso judicial, diferente a la tutela, en donde el juez establezca si se practica la esterilización o no; y segundo, que en personas mayores de edad se exige la interdicción.²⁷ Consecuentemente, esta sentencia, y frente a este punto, sigue el precedente que vela por sustituir la voluntad de las personas con discapacidad.

Respecto al segundo problema jurídico, la Corte reconoce los derechos sexuales y reproductivos que se establecen en la CDPD. Al respecto señala:

El Estado colombiano se ha comprometido a garantizar (i) el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre e informado; (ii) el derecho a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad; y (iii) el derecho a man-

tener su fertilidad, en igualdad de condiciones con los demás. (CConst., T-063/2012, G. Mendoza).

Asimismo, la Corte Constitucional resalta el hecho de un acompañamiento por diversas instituciones. Así, sostiene: “Como quedó claramente evidenciado, la situación de Úrsula y la de su familia exige un necesario acompañamiento que sin duda debe ser prestado por el Estado” (CConst., T-063/2012, G. Mendoza). Por lo tanto, la decisión que toma es exhortar a diferentes instituciones, principalmente a CAPRECOM, a que le otorguen a Úrsula la educación sexual que le permita proveerse de una serie de condiciones para tener una vida digna.

Vale la pena precisar que aunque esta sentencia materializa principalmente un modelo social, presenta características de un modelo médico-rehabilitador. Ejemplo de esto es el hecho de encargar a una entidad prestadora de salud (EPS) la educación sexual de Úrsula, con lo cual no se brinda un análisis sobre los derechos de la joven a tener una familia y a ejercer su libre desarrollo de la personalidad. De lo anterior se infiere que, aunque la Corte propugna por un modelo de toma de decisiones con apoyo, al radicar esa obligación en los médicos deja entrever rasgos de un modelo médico-rehabilitador.

27. La Corte Constitucional en la sentencia T-063 de 2012 estipula: “No basta con afirmar que se actúa en tal condición, sino que es necesario acreditar que en trámite judicial diferente al de la solicitud de amparo, se obtuvo licencia o autorización judicial, así como la representación legal en virtud del discernimiento de la guarda.”

5. Año 2014

En el 2014 se expidió la sentencia C-131. Allí se analizó la constitucionalidad del artículo 7 de la Ley 1412 de 2010 (anteriormente referenciada), que establece:

En otras palabras la Corte considera que, en estas circunstancias, debe tenerse en cuenta el hecho de que, si el menor no comprende ni existe la posibilidad de que en el futuro entienda las implicaciones de la operación y el significado de la maternidad o de la paternidad, ello significa que se encuentra un nivel severo o profundo de discapacidad que le impide tomar decisiones al respecto y que, por ende no podrá ejercer libremente sus derechos sexuales y reproductivos.

Por consiguiente, en este caso, la solicitud y el consentimiento serán suscritos por el respectivo representante legal, y deberá contar con el certificado médico interdisciplinario en el que se constata el grado profundo y severo de discapacidad que impide el consentimiento futuro del menor. Lo anterior será evaluado por el juez en cada caso particular y será él quien tome la decisión que mejor optimice los derechos del menor. (CConst., C-131/2014, num. 6.4.4., párr. 2 y 3).

Ante la anterior decisión de la Corte Constitucional vale la pena resaltar lo siguiente: i) se recalca el hecho de que la decisión solo recae en “menores que no puedan normalizarse”. Este punto plantea rasgos de un modelo de prescindencia y médico-rehabilitador. Referente al

primer modelo, se deja ver que el grupo que no puede ser “normalizado” es una carga para la sociedad y por lo tanto es marginado de la toma de decisiones, mientras que el segundo modelo se ve reflejado cuando se establece que las personas con discapacidad deben ser “arregladas”; y ii) la sentencia sigue el precedente constitucional de las sentencias del período 2003-2007 e incluso de la providencia T-063 de 2012. Lo anterior se debe a que dichas decisiones constitucionales establecen que la esterilización de este grupo solo es posible practicarla a través de la decisión de un juez.

A partir del anterior estudio de la línea jurisprudencial se puede sostener que la Corte Constitucional ha abarcado el tema de la esterilización de las personas con discapacidad a través del modelo médico-rehabilitador. Al respecto, no ha existido una discusión de fondo sobre los derechos a tener una familia y al ejercicio del libre desarrollo de la personalidad. Ello se debe a que aún existen estereotipos que sostienen que las personas con discapacidad cognitiva son “incapaces” para el ejercicio de sus derechos fundamentales.

En esta misma línea, la CDPD aún no ha incidido en la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de esterilización. A pesar de que dicho tratado fue el fruto de un esfuerzo de más de cincuenta años, el debate en las sentencias gira en torno a modelos médico-rehabilitadores. De hecho, incluso la sentencia T-063 de 2012, que es la que más se aproxima a un modelo social, deja la toma de decisiones con apoyo

en manos de médicos. Por lo tanto, la Corte Constitucional equívocamente ha reducido la presente problemática al debate respecto a establecer si una persona con diversidad funcional tiene capacidad de entendimiento o no.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

A pesar de los avances en materia de derechos de las personas con discapacidad, en Colombia se siguen presentando barreras que permiten la vulneración de estos derechos. Para garantizar el goce efectivo e integral de estos se requieren acciones que den cuenta de su atención diferencial. Lo anterior conlleva la incorporación y valoración de las implicaciones de cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, desde un enfoque de inclusión social, de desarrollo de entornos favorables, y de capacidades individuales y colectivas para lograr una mejora en la calidad de vida y en el goce de estos derechos (Defensoría del Pueblo, 2010).

Para proporcionar la atención que este grupo necesita es pertinente un cambio de concepción. Las personas con discapacidad no son sujetos que requieren “caridad”, sino un apoyo y ajuste por parte de la sociedad para poder tomar el control sobre sus vidas:

Las personas con discapacidad no son sujetos de caridad sino titulares de derechos, y que no son seres incapaces, sino, por el contrario, personas que disponen de un conjunto de posibilidades y capacidades que con los medios apropiados pueden desarrollar plenamente, (...) con capacidad de aportar a su propio desarrollo y al de su comunidad. (Defensoría del Pueblo, 2004, p. 11).

Se debe reconocer la discapacidad como una diversidad y no como una incapacidad, para detectar las habilidades, capacidades y competencias que poseen y de esta manera llegar a soluciones equitativas que permitan generar oportunidades reales de inclusión e integración familiar y social (Defensoría del Pueblo, 2004, p. 11). Además, según la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad no es un atributo de la persona sino un conjunto de condiciones, muchas veces creadas por el ambiente social. Por lo tanto, debe prestarse atención al entorno, para realizar los ajustes pertinentes que permitan la inclusión de las personas con discapacidad a la sociedad.

Es más, la Ley 1145 de 2007 entiende la discapacidad como:

El conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales y sociales, que pueden afectar la autonomía y la participación de la persona, su núcleo familiar, la comunidad y la población en general en cualquier momento relativo al ciclo vital, como resultado de las interacciones del individuo con el entorno. (Art. 2).

Es decir, parte de los factores que contribuyen a la discapacidad son los ambientales, culturales y sociales, que generan situaciones de discriminación y exclusión social.

Siguiendo esta línea argumentativa, en las dos últimas décadas ha cambiado el enfoque hacia las personas con discapacidad, al comenzar a verlas como sujetos portadores de derechos (DANE, 2005). La Corte Constitucional no se puede quedar atrás, y debe dejar de lado en sus análisis el modelo médico-rehabilitador, que pretende reemplazar el consentimiento de la persona con discapacidad, al considerarla incapaz de tomar dichas decisiones. En su lugar debe acoger un modelo social que reconozca las capacidades y habilidades de estas personas y sus derechos fundamentales, como el derecho a tener una familia y al libre desarrollo de la personalidad.

Debe tenerse en cuenta que las personas con discapacidad son titulares de todos los derechos humanos expresados en la Carta y en los instrumentos de derecho internacional.

Referencias

1. Congreso de la República de Colombia. (18 de febrero de 1981). Ley 23 de 1981. *Por la cual se dictan normas en materia de ética médica*. Febrero 27 de 1981. DO. N° 35711.
2. Congreso de la República de Colombia. (5 de junio de 2009). Ley 1306 de 2009. *Por la cual se dictan normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados*. Junio 5 de 2009. DO. N° 47.371.
3. Congreso de la República de Colombia. (19 de octubre de 2010). Ley 1412 de 2010. *Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasetomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable*. Octubre 19 de 2010. DO. N° 47.867.
4. Congreso de la República de Colombia. (27 de febrero de 2013). Ley 1618 de 2013. *Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*. Febrero 27 de 2013. DO. N° 48.717.
5. Correa Montoya, L. (2009). Panorama de la protección jurisprudencial a los derechos humanos de las personas con discapacidad en Colombia. *Vniversitas*, 118(1), 115-140.
6. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-411 de 1994 (M. P.: Vladimiro Naranjo Mesa; septiembre 19 de 1994).
7. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-477 de 1995 (M. P.: Alejandro Martínez Caballero; octubre 23 de 1995).

8. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-065 de 1996 (M. P.: Antonio Barrera Carbonell; febrero 22 de 1996).
9. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-474 de 1996 (M. P.: Fabio Morón Díaz; septiembre 25 de 1996).
10. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-644 de 1996 (M. P.: Eduardo Cifuentes Muñoz; noviembre 25 de 1996).
11. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-309 de 1997 (M. P.: Alejandro Martínez Caballero; junio 25 de 1997).
12. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-480 de 1997 (M. P.: Alejandro Martínez Caballero; septiembre 25 de 1997).
13. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-556 de 1998 (M. P.: José Gregorio Hernández Galindo; octubre 6 de 1998).
14. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-337 de 1999 (M. P.: Alejandro Martínez Caballero; mayo 12 de 1999).
15. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-513 de 1999 (M. P.: Martha Victoria Sáchica de Moncaleano; julio 16 de 1999).
16. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-620 de 1999 (M. P.: Alejandro Martínez Caballero; agosto 23 de 1999).
17. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-1390 de 2000 (M. P.: Alejandro Martínez Caballero; octubre 12 del 2000).
18. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-531 de 2000 (M. P.: Álvaro Tafur Galvis; mayo 10 de 2000).
19. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-134 de 2001 (M. P.: Carlos Gaviria Díaz; febrero 7 de 2001).
20. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-597 de 2001 (M. P.: Rodrigo Escobar Gil; junio 7 de 2001). Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-850 de 2002 (M. P.: Rodrigo Escobar Gil; octubre 10 de 2002).
21. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-248 de 2003 (M. P.: Eduardo Montealgre Lynnet; marzo 21 de 2003).
22. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-492 de 2006 (M. P.: Marco Gerardo Monroy Cabra; junio 29 de 2006).
23. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-1019 de 2006 (M. P.: Jaime Córdoba Triviño; diciembre 1 de 2006).
24. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-560A de 2007 (M. P.: Rodrigo Escobar Gil; julio 27 de 2007).
25. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-063 de 2012 (M. P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; febrero 9 de 2012).

26. Corte Constitucional de Colombia. (11 de marzo de 2014). *Comunicado de prensa No. 8*. Recuperado el 29 de abril de 2014 de corteconstitucional: <http://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/No.%2008%20comunicado%2011%20de%20marzo%20de%202014.pdf>
27. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-131 de 2014 (M. P.: Mauricio González Cuervo; marzo 11 de 2014)
28. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). *Discapacidad. Personas con limitaciones permanentes*. Recuperado el 10 de abril de 2014 de discapacidadcolombia: <<http://www.discapacidadcolombia.com/Estadisticas.htm>>
29. Defensoría del Pueblo. Colombia. (2004). *La integración educativa de los niños y las niñas con discapacidad*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.
30. Defensoría del Pueblo. Colombia. (2010). *Reflexiones sobre la política pública para la garantía de los derechos de las personas con discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos*. Recuperado el 25 de abril de 2014 de defensoria: <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/pol_discapacidad.pdf>
31. Discapacidad Colombia. (2005) *Cómo se ejercen nuestros derechos en caso de discapacidad*. Recuperado el 25 de abril de 2014 de discapacidadcolombia: < <http://discapacidadcolombia.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=34>>
32. Equality and Human Rights Commission. (02 de diciembre de 2016). *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Recuperado el 01 de febrero de 2017 de equality and human rights comission< <https://www.equalityhumanrights.com/en/our-human-rights-work/monitoring-and-promoting-un-treaties/un-convention-rights-persons-disabilities>>
33. European Network of Users and Survivors of Psychiatry [WNUSP] et al. (18 de marzo de 2013). *Amicus Koroviny vs. Russia*. Application No. 31974/11. Recuperado el 20 de marzo de 2014 de chrusp: <<http://www.chrusp.org/home/resources>>
34. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (Diciembre 2007). *International Rehabilitation Review Vol. 56. The convention on the rights of persons with disabilities*. Recuperado el 19 de marzo de 2014 de < http://www.unicef.org/RI_Review_2007_Dec_web.pdf >.
35. Gaceta del Congreso 647. (2008). Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley 288 Senado, 049 de 2007 Cámara, por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados. (C. P.: Carlos Arturo Piedrahita Cárdenas; 07 de mayo de 2008)./2014.

36. Gómez Robledo, J. M., García Verastegui, M., Gispert Peláez, O. y Rincón Gallardo, G. (2007). *Antecedentes y contenido de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Memorias del Seminario Internacional Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. México: Programa de Cooperación sobre Derechos Humanos México/Comisión Europea y Secretaría de Relaciones Exteriores. Recuperado el 14 de marzo de 2014 de sre: <http://www.sre.gob.mx/eventos/d_humanos/foro_intl/doc/mem_seminario.pdf>.
37. González Ramos, A. K. (2010a). *Capacidad jurídica de las personas con discapacidad*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recuperado el 14 marzo de 2014 de confe.org: <http://www.confe.org.mx/informacion/Capacidad_Juridica_de_las_Personas_con_Discapacidad.pdf>.
38. González Ramos, P. (Septiembre de 2010b). *Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados Latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional*. Trabajo presentado en el Congreso Internacional: XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles. Recuperado el 15 abril de 2014 de halshs: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/53/26/47/PDF/AT19_Gonzalez.pdf>.
39. Lemay, R. (1994). A Review of the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. *International Social Role Valorization Journal*, 1(2), 47-51. Recuperado el 19 marzo de 2014 de socialrolevalorization: <<http://www.socialrolevalorization.com/articles/journal/1994/english/review-of-the-standard-rules-on-equalization-of-opportunities.pdf>>
40. Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], Organización para la Excelencia de la Salud [OES] y el Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad [Dejusticia]. (2013). *Compilación analítica de las normas de salud sexual y reproductiva en Colombia*. Anexo 3. Marco Conceptual. Bogotá, Colombia.
41. Minkowitz, T. (27 de julio de 2012). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Breaking the Silence*. Recuperado el 2 de marzo de 2014 de madiamerica: <<http://www.madinamerica.com/2012/07/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-breaking-the-silence/>>
42. Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (16 Decembrer 1966). General Assembly. *International Covenant on Civil and Political Rights*. A/RES/21/2200A.
43. Organización de las Naciones Unidas. (20 de diciembre de 1971). Asamblea General. *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*. A/RES/2856 (XXVI).

44. Organización de las Naciones Unidas. (9 de diciembre de 1975). Asamblea General. *Declaración de los Derechos de los Impedidos*. A/RES/3447 (XXX).
45. Organización de las Naciones Unidas. (1976). Asamblea General. *Año Internacional de los Impedidos*. A/RES/31/123.
46. Naciones Unidas. (18 de diciembre de 1979). General Assembly. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*. A/RES/34/180.
47. Organización de las Naciones Unidas. (1992). Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW Committee). *General recommendation No. 19: Violence Against Women*. A/47/38.
48. Organización de las Naciones Unidas. (20 de diciembre de 1993). General Assembly. *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. A/RES/48/96.
49. Organización de las Naciones Unidas. (4-15 September 1995). *The Beijing Declaration and the Platform for Action: Fourth World Conference on Women*. Beijing, China. A/CONF.177/20/Add.1.
50. Organización de las Naciones Unidas. (16 de enero de 2002). General Assembly. *Rome Statute of the International Criminal Court*. A/CONF.183/9.
51. Naciones Unidas. (7 al 25 de agosto de 2006a). Asamblea General. *Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos*. 58° período de sesiones, Ginebra. A/RES/60/251.
52. Organización de las Naciones Unidas. (2006b). *¿Por qué una Convención?*. Recuperado el 14 marzo de 2014 de un.org: <<http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html>>
53. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. (13 de diciembre de 2006c). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. A/RES/61/106.
54. Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas – Cronología: 1980 – al presente*. Obtenido de un.org: <<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=523>>
55. Organización de las Naciones Unidas. (24 de enero de 2008a). Committee Against Torture (CAT Committee): *General Comment No. 2: Implementation of Article 2 by States Parties*. CAT/C/GC/2
56. Organización de las Naciones Unidas. (28 de julio de 2008b). Asamblea General. *Quinto examen y evaluación quinquenal del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. A/63/183.

57. Organización de las Naciones Unidas. (15 de enero de 2008c). Human Rights Council. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Manfred Nowak. A/HRC/7/3.
58. Organización de las Naciones Unidas. (21 de junio de 2008d). Opinión legal sobre el artículo 12 de la CDPD. Recuperado el 03 de febrero de 2017 de: < www.un.org/disabilities/documents/COP/OpinionLegalSobreArt12FINAL.doc>
59. Organización de las Naciones Unidas. (11 de abril de 2014). Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Comentario General No. 1. 11º período de sesiones. CRPD/C/11/4.
60. Organización de las Naciones Unidas. (01 de enero de 2017a). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Recuperado el 01 de febrero de 2017 de: <https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=_en>
61. Organización de las Naciones Unidas. (01 de enero de 2017b). Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Recuperado el 01 de febrero de 2017 de: <https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-15-a&chapter=4&clang=_en>
62. Organización de Estados Americanos. (1999). *Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*. Recuperado el 19 de marzo de 2014 de oas: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>.
63. Open Society Foundation. (2011). *Sterilization of Women and Girls with Disabilities*. Recuperado el 14 de mayo de 2014 de opensocietyfoundations: <<http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/sterilization-women-disabilities-20111101.pdf>>
64. O'Reilly, A. (2003). Una Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Los siguientes pasos. *Disability World*. Recuperado el 10 de mayo de 2014 de disabilityworld: <http://www.disabilityworld.org/01-03_03/spanish/noticias/unconvention.shtml>
65. Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social [PAIIS] (2013). *De la esterilización forzada a la psiquiatría forzada. Reporte sobre violaciones a los derechos humanos de mujeres con discapacidad, mujeres en situación de desplazamiento y personas transgénero*. Ginebra, Suiza: Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

66. Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.
67. Parra Benítez, J. (2011). *El nuevo régimen de incapaces en el derecho colombiano. Ley 1306 de 2009*. Bogotá: Grupo Editorial Ibáñez.
68. Quinn, G. y Degener, T. (2009). *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability* (Second ed.). New York and Geneva: United Nations/Eötvös Loránd University, Bárczi Guztáv Faculty of Especial Education.
69. Stein, M. A. (2007). Disability Human Rights. *California Law Review*, 95(1), 75-121.
70. Universidad Externado de Colombia. (9 de abril de 2014). Seminario permanente de discusión crítica: *La legitimidad constitucional de la esterilización de las personas con discapacidad mental en Colombia*. Bogotá.
71. World Network of Users and Survivors of Psychiatry. (17 de junio de 2011). *Legal Capacity as Right, Principle and Paradigm. Submission to the Committee on the Rights of Persons with Disabilities in response to its Call for Papers on theoretical and practical implementation of Article 12*. Odense, Dinamarca.