

AMR 23/2179/2015

Honorables Magistradas y Magistrados  
Corte Constitucional de Colombia  
Palacio de Justicia, Calle 12 No. 7 – 65  
Bogotá D.C.  
Colombia

**AMNESTY  
INTERNATIONAL**



**AMNESTY INTERNATIONAL** INTERNATIONAL SECRETARIAT

Peter Benenson House, 1 Easton Street

London WC1X 0DW, United Kingdom

T: +44 (0)20 7413 5500

F: +44 (0)20 7956 1157

E: [amnestyis@amnesty.org](mailto:amnestyis@amnesty.org)

W: [www.amnesty.org](http://www.amnesty.org)

Nro. de ref.: TO AMR 23/2015.003

24 de julio de 2015

Honorable Magistrada Ortiz:

**Referencia:** Carta de apoyo de Amnistía Internacional en relación con el expediente D10849, la demanda contra la expresión “*facultad*” contenida en el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014.

Reciban un cordial saludo de parte de Amnistía Internacional. Entregamos esta carta a la Corte bajo la facultad del artículo 7o. del reglamento de la Corte, el cual establece en Decreto 2067 “(...) En el auto admisorio de la demanda se ordenará fijar en lista las normas acusadas por el término de diez días para que, por duplicado, cualquier ciudadano las impugne o defienda.” Amnistía Internacional, como ya será de su conocimiento, es una organización mundial formada por más de siete millones de simpatizantes, miembros y activistas, que vela por los derechos humanos y trabaja por un mundo en el que todas las personas disfruten de todos los derechos humanos. La organización es independiente de todo gobierno, afiliación política o religión y trabaja en más de 150 países y territorios para acabar con los abusos contra los derechos humanos.

Amnistía Internacional tiene una larga trayectoria de trabajo sobre los derechos humanos en Colombia. En los últimos años la organización ha investigado la situación de violencia sexual contra las mujeres y niñas en el contexto del conflicto armado en Colombia.<sup>1</sup> Amnistía Internacional ha documentado repetidamente los obstáculos legales y políticos a los que siguen enfrentándose, en su lucha por la justicia, las personas sobrevivientes de violencia sexual relacionada con el conflicto en Colombia, y la falta de apoyo de las autoridades que, entre otras cosas, no proporcionan asistencia médica y psicosocial efectiva.<sup>2</sup>

Es por esto, cuando el Presidente Juan Manuel Santos aprobó la ley 1719, Amnistía Internacional reconoció el importante avance que representó, y el hecho de que de aplicarse de manera efectiva, podría contribuir a

---

<sup>1</sup> Véanse por ejemplo: *Colombia: Cuerpos marcados, crímenes silenciados: Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado*, 12 octubre 2004, Índice: AMR 23/040/2004 <https://www.amnesty.org/es/documents/AMR23/040/2004/es/> *Colombia: “Eso es lo que nosotras exigimos. Que se haga justicia”* 21 septiembre 2011, Índice: AMR 23/018/2011 <https://www.amnesty.org/es/documents/AMR23/018/2011/es/> *Colombia: Invisibles ante la justicia - Impunidad por actos de violencia sexual cometidos en el conflicto: Informe de seguimiento*, 4 octubre 2012, Índice: AMR 23/031/2012 <https://www.amnesty.org/es/documents/AMR23/031/2012/es/>

<sup>2</sup> Ibid.

llevar ante la justicia a aquellos sospechosos de ser penalmente responsables de haber cometido delitos de violencia sexual en el marco del conflicto armado.<sup>3</sup>

Además, la organización ha realizado varias investigaciones sobre la violencia sexual y los derechos sexuales y reproductivos alrededor del mundo, analizando las obligaciones de los Estados frente a la protección de dichos derechos.<sup>4</sup>

Las investigaciones realizadas por Amnistía Internacional sobre la situación de violencia contra las mujeres y niñas en el marco del conflicto en Colombia han revelado que algunas víctimas de violencia sexual enfrentan actitudes discriminatorias y violatorias de sus derechos por parte de funcionarios del Estado, incluyendo operadores del sistema judicial y del sistema de salud, en su búsqueda de justicia y reparación.<sup>5</sup>

El presente caso ante la Corte plantea cuestiones de suma importancia para la protección de los derechos humanos de las mujeres y niñas en Colombia. La finalidad de esta carta es ofrecer más información y consideraciones sobre algunos aspectos relacionados con las obligaciones del Estado colombiano frente a víctimas de violencia sexual que puedan servir a la Corte en su examen de la acción pública de inconstitucionalidad contra el artículo 23 (parcial) de la Ley 1719 de 2014.

Al presentar estas consideraciones, Amnistía Internacional se ha centrado en las leyes y normas internacionales establecidas en acuerdos internacionales y regionales, todos vinculantes para Colombia; en el derecho internacional consuetudinario; y en la jurisprudencia de los órganos de vigilancia de los tratados de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y del Sistema Interamericano de Derechos Humanos pertinente a los derechos humanos de las mujeres y niñas.

Colombia es Estado Parte de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, del Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y de la Convención contra la Tortura. Asimismo, en el marco regional Colombia ha ratificado la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de su Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), así como de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia en contra de la Mujer (Convención Belém do Pará).

Amnistía Internacional expresa su preocupación por la incorporación del término “*facultad*” en el artículo 23 de la Ley 1719. Su introducción genera incertidumbre y falta de seguridad jurídica sobre la obligatoriedad para los profesionales de salud de proveer todos los servicios de salud de calidad, a tiempo y sin dilación en casos de violencia sexual y pareciera que el Estado deja la decisión a discreción de los profesionales de la salud lo que hasta entonces era una obligación reconocida en la legislación nacional de asegurar la implementación

---

<sup>3</sup> Colombia: Nueva ley dirigida a abordar la impunidad por los delitos de violencia sexual relacionados con el conflicto Index: AMR 23/024/2014, 19 de junio de 2014, disponible en: <https://www.amnesty.org/en/documents/amr23/024/2014/es/>

<sup>4</sup> Para ver algunos de los informes que Amnistía Internacional ha publicado sobre violencia sexual y los derechos humanos de las mujeres y niñas víctimas a justicia y a reparación incluyendo servicios de salud respetuosos, a tiempo y de calidad véase: “*When everyone is silent: Reparation for survivors of wartime rape in Republika Srpska in Bosnia and Herzegovina*” (Index: EUR 63/012/2012) pp, “*Escucha sus voces y actúa: No más violación y violencia sexual contra niñas en Nicaragua*” (Index: AMR 43/008/2010) pp 31-33, Amnesty International, *South Africa: ‘I am at the lowest end of all’. Rural women living with HIV face human rights abuses in South Africa* (AFR 53/001/2008), pp. 30-38, Amnesty International, *Iraq: Escape from hell. Torture and sexual slavery in Islamic state captivity in Iraq* (MDE 14/021/2014), pp. 13-14, Amnesty International, *Hungary: Cries unheard: The failure to protect women from rape and sexual violence in the home* (EUR 27/002/2007) pp. 18-21, 26, Amnesty International, *Uganda: ‘I can’t afford justice’. Violence against women in Uganda continues unchecked and unpunished* (AFR 59/001/2010), pp.47-49,

<sup>5</sup> Véase página 19 del informe Colombia: “*Eso es lo que nosotras exigimos. Que se haga justicia*” 21 septiembre 2011, Índice: AMR 23/018/2011 disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/AMR23/018/2011/es/> donde una de las conclusiones de la investigación es que “el hecho de que las instituciones del Estado no ofrezcan una asistencia ulterior efectiva —como asistencia médica, psicosocial y económica— a las víctimas, y especialmente a las sobrevivientes de la violencia sexual, ha contribuido también a la reticencia de las víctimas a buscar justicia. Estas múltiples barreras para la justicia quedan patentes sobre todo en los casos de violencia sexual en el contexto del conflicto.” También, las dificultades para las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual en acceder a asistencia médica en páginas 20, 32 y 33. En página 51, el informe lista los obstáculos adicionales que se enfrentan las mujeres indígenas en su búsqueda a la asistencia médica y a la justicia.

obligatoria establecida en el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

Esta debilitación de la regulación ocurre en un contexto en el cual las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual, en particular las mujeres que viven en áreas rurales o en zonas marginalizadas, enfrentan mayores obstáculos para acceder a servicios de salud y asistencia médica después de haber sufrido un crimen de violencia sexual.<sup>6</sup> Esto, además de suponer un paso regresivo desde el punto de vista del derecho internacional, puede dar lugar a que más mujeres y niñas víctimas de violencia sexual estén expuestas a sufrir otras violaciones a sus derechos humanos, incluyendo su derecho a la salud, al acceso a la información, a la privacidad, al derecho de integridad personal y a no sufrir tortura u otros malos tratos, así como al derecho a la igualdad y a la no discriminación, entre otros.

En un contexto en el cual ya resulta difícil acceder a la justicia y a la reparación, la incorporación de la palabra “*facultad*” puede dificultar su acceso aún más para mujeres y niñas. Es importante recordar que los servicios afectados por la falta de seguridad jurídica y la incertidumbre legal generada son precisamente aquellos a los que acuden mujeres y niñas después de haber sido víctimas de violencia sexual, quienes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad derivada de la discriminación histórica que han enfrentado.

Así, la introducción del término “*facultad*” termina por convertir al sistema de salud en una suerte de lotería para las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual en que su acceso a servicios de salud se ve determinado por la discreción del profesional de la salud. En un contexto en el cual las instituciones de salud y los profesionales de salud tienen más discrecionalidad en su actuar las mujeres y niñas víctimas no gozan de la misma gama de servicios de salud después de haber sido víctima de una violación. Bajo la actual redacción de la Ley 1719, el acceso de las mujeres y niñas a estos servicios dependerá de si él o la profesional de salud está dispuesto o dispuesta a proveer toda la información, servicios y medicamentos, incluyendo anticonceptivos de emergencia y servicios legales de aborto, que la mujer o la niña necesite y a los cuales tiene derecho bajo el derecho internacional de los derechos humanos.<sup>7</sup>

## 1. LA ATENCIÓN DE SALUD A TIEMPO Y SIN PREJUICIOS ES ESENCIAL PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

En su mayoría, las víctimas de violación sexual y otros tipos de violencia sexual son mujeres y niñas.<sup>8</sup> Por distintas razones legítimas y válidas, muchas mujeres y niñas deciden no denunciar el crimen que han sufrido a

---

<sup>6</sup> Véase página 28, FN 9 Donde se describe que la mayoría de las violaciones de derechos humanos, incluida la violencia sexual relacionada con el conflicto, se cometen en zonas rurales remotas donde lo más habitual es que haya una presencia significativa de la guerrilla y de los paramilitares.

<sup>7</sup> Véase 24 (k) de Recomendación general 19, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11° período de sesiones, 1992, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 at 84 (1994). “[sic: Que] Los Estados Partes establezcan o apoyen servicios destinados a las víctimas de violencia en el hogar, violaciones, violencia sexual y otras formas de violencia contra la mujer, entre ellos refugios, el empleo de trabajadores sanitarios especialmente capacitados, rehabilitación y asesoramiento.” También, Observación General no 4 del Comité sobre los Derechos del Niño, párrafos 30, 37 y 39, ONU CRC/GC/2003/4, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), art. 4(c), adoptada el 9 de junio de 1994, 1438 U.N.T.S. 63 (en vigor desde el 5 de marzo de 1995). Además, el principio 14 de la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, que establece: “Las víctimas recibirán la asistencia material, médica, psicológica y social que sea necesaria, por conducto de los medios gubernamentales, voluntarios, comunitarios y autóctonos” y el principio 15: “Se informará a las víctimas de la disponibilidad de servicios sanitarios y sociales y demás asistencia pertinente, y se facilitará su acceso a ellos.” Véase también el principio 18 de los Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones: “Conforme al derecho interno y al derecho internacional, y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, se debería dar a las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, una reparación plena y efectiva, según se indica en los principios 19 a 23, en las formas siguientes: restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.”

<sup>8</sup> Véase FN 6, y además, los *World Health Organisation Guidelines for Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women*, 2013, página 1 dice: “Aunque los hombres también son víctimas de violencia de pareja y violencia sexual, estas directrices se

las autoridades estatales,<sup>9</sup> por lo que es muy común que el sistema de salud sea la única instancia estatal al que las víctimas acuden después de sufrir violencia sexual.<sup>10</sup> Independientemente de si toman la decisión de denunciar los hechos, es esencial que las víctimas puedan hacer frente a las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia sexual, y que el Estado garantice todos los servicios necesarios, los cuales constituyen un derecho humano fundamental de las víctimas.

Específicamente, estos servicios de salud incluyen la información y el acceso a profilaxis para infecciones sexuales incluyendo el VIH; anticonceptivos de emergencia (si la víctima llega dentro del periodo requerido); tratamiento por daños físicos; servicios de interrupción del embarazo legales y seguros y apoyo psicológico. Todos estos servicios deben ser garantizados a la víctima de forma pronta y efectiva, sin dilaciones y sin discriminación.

El Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual también requiere en 2.1 Paso 1 que “Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual, a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad.”<sup>11</sup>

La violación sexual conlleva serios daños físicos y psicológicos para las víctimas, quienes además quedan expuestas al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA<sup>12</sup>, y de sufrir un embarazo no deseado. Las mujeres y niñas<sup>13</sup> tienen derecho a acceder a la información sobre salud necesaria para proteger su integridad física y psicológica después de sufrir violencia sexual, y al acceso a los servicios de salud necesarios para este fin.<sup>14</sup> Estos servicios son cruciales para reducir los daños vinculados con la salud y

---

centran en las mujeres, porque sufren más violencia sexual, violencia física más grave, y un son sujetos de control más coercivo por parte de sus parejas masculinas.” [traducción al español no oficial hecha por Amnistía Internacional]

<sup>9</sup> Por ejemplo, en el informe Colombia: “Eso es lo que nosotras exigimos. Que se haga justicia” 21 septiembre 2011, Índice: AMR 23/018/2011 <https://www.amnesty.org/es/documents/AMR23/018/2011/es/> a página 7 hay una lista de los razones que víctimas contaron a los investigadores de Amnistía Internacional por no ser posibles denunciar el crimen.

<sup>10</sup> Véase *World Health Organisation Guidelines for Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women*, 2013, página 1

<sup>11</sup> Véase “*El Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*”, Resolución número 000459 de 2012, publicado en El Diario Oficial, Viernes, 9 de marzo de 2012.

<sup>12</sup> La profilaxis post-exposición (PPE) es una respuesta médica de emergencia destinada a proteger a las personas expuestas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La PPE consiste en medicación, pruebas de laboratorio y asesoramiento y debe iniciarse en lo posible en las 2-24 horas siguientes a la posible exposición al VIH (y a más tardar 48-72 horas después) y continuar durante aproximadamente cuatro semanas.

<sup>13</sup> Aunque reconocemos que la violencia sexual también es sufrida también por hombres y niños, el impacto de los conflictos armados suele ser mayor en las mujeres que en los hombres, y esto es tan cierto para las mujeres y niñas colombianas como para las que viven otras situaciones de conflicto. Véase, por ejemplo, página 12 del informe Colombia: “Eso es lo que nosotras exigimos. Que se haga justicia” 21 septiembre 2011, Índice: AMR 23/018/2011. En esta Carta enfocamos en las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual debido a que son la incertidumbre que se ha introducido con la presencia de “*facultad*” en el Artículo 23 de la Ley 1719 en el ámbito de asistencia médica post-violación muy probablemente afectara en la práctica únicamente los servicios requeridos por las mujeres y niñas.

<sup>14</sup> Véase, por ejemplo, 24 (k) de Recomendación general 19, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11° período de sesiones, 1992, U.N. Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 at 84 (1994). “[sic: Que] Los Estados Partes establezcan o apoyen servicios destinados a las víctimas de violencia en el hogar, violaciones, violencia sexual y otras formas de violencia contra la mujer, entre ellos refugios, el empleo de trabajadores sanitarios especialmente capacitados, rehabilitación y asesoramiento.” También, Observación General no 4 del Comité sobre los Derechos del Niño, párrafos 30, 37 y 39, ONU CRC/GC/2003/4, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), art. 4(c), adoptada el 9 de junio de 1994, 1438 U.N.T.S. 63 (en vigor desde el 5 de marzo de 1995). Además, el principio 14 de la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, que establece: “Las víctimas recibirán la asistencia material, médica, psicológica y social que sea necesaria, por conducto de los medios gubernamentales, voluntarios, comunitarios y autóctonos” y el principio 15: “Se informará a las víctimas de la disponibilidad de servicios sanitarios y sociales y demás asistencia pertinente, y se facilitará su acceso a ellos.” Véase también el principio 18 de los Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones: “Conforme al derecho interno y al derecho internacional, y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso, se debería dar a las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario, de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, una

para proveer la oportunidad a la víctima de hacer frente a las posibles consecuencias y prevenir otras violaciones a los derechos humanos derivadas del crimen que ha sufrido, las cuales pueden prevenirse mediante una atención adecuada y oportuna.

En el Caso *Paulina Ramírez Jacinto v México*, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos subrayó que “el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres no es posible de alcanzar sin un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como a información y educación en la materia. La CIDH también observa que la salud de las víctimas de violencia sexual debe ocupar un lugar prioritario en las iniciativas legislativas y en las políticas y programas de salud de los Estados.”<sup>15</sup>

Dado el carácter fundamental de garantizar el acceso a estos servicios de emergencia para las víctimas de violencia sexual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya el rol crucial que tiene el sistema de salud en garantizar los derechos humanos de las víctimas, y urge a que estos servicios sean integrados en los servicios de atención primaria de salud, de manera que sean lo más accesibles posible.<sup>16</sup> La OMS recomienda que los servicios y la atención médica a víctimas de violación y violencia de género sean brindadas sin prejuicios, de calidad y con la intención de apoyarlas y darles contención.<sup>17</sup>

La Corte Interamericana de Derechos Humanos<sup>18</sup> y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) han subrayado en varias oportunidades que estos servicios son fundamentales para la protección de las víctimas y han desarrollado las obligaciones de los Estados Partes emanadas de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, (Convención de Belém do Pará). La Corte Interamericana ha reconocido las barreras que enfrentan particularmente las mujeres víctimas de violencia sexual a la hora de acceder a servicios de salud no discriminatorios.<sup>19</sup> Además, en un informe sobre la violencia contra las mujeres, la CIDH enfatizó: “Es imperativo que los Estados dispongan de normas que aseguren la prestación de los servicios de salud de manera respetuosa a las mujeres”.<sup>20</sup>

En su Observación General número 14 sobre el derecho al nivel más alto de salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (Comité DESC) subraya las obligaciones de los Estados bajo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. De este modo, el Comité establece en el párrafo 34 que: “En particular, los Estados tienen la obligación de *respetar* el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas.....a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer.”<sup>21</sup>

---

reparación plena y efectiva, según se indica en los principios 19 a 23, en las formas siguientes: restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.”

<sup>15</sup>Véase parr.19, en el Caso *Paulina Ramírez Jacinto v México* Informe Numero 21/07 Petición 161-02, 2007.

<sup>16</sup>Véase World Health Organisation Guidelines for Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women, 2013

<sup>17</sup> Ibid. páginas 3, 16 y 24. [traducción al español no oficial hecha por Amnistía Internacional de “non-judgemental and supportive.”]

<sup>18</sup> Véanse de la Corte Inter-Americana de los Derechos Humanos Caso Chitay Nech y otros, párr. 255, y Caso Manuel Cepeda Vargas, párr. 235., y Rosendo Cantú et al. v. Mexico, Preliminary Objections, Merits, Reparations and Costs, Inter-Am. Ct. H.R. (ser. C) No. 216, ¶ 73 (Aug. 31, 2010). De la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ver por ejemplo, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto vs México*, Informe Nº 21/07 Petición 161-02 Solución Amistosa Parr. Nº 19, 9 de Marzo, 2007, entre otros.

<sup>19</sup>Ibid.

<sup>20</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual: La Educación y la Salud, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 65, 28 dic 2011, disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducSalud.pdf>

<sup>21</sup> Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000) en parra. 34

## 2. LA OBLIGACIÓN POR PARTE DE LOS ESTADOS DE RESPETAR Y GARANTIZAR EL ACCESO DE LAS MUJERES Y NIÑAS A SERVICIOS DE SALUD POST-VIOLACIÓN

Las obligaciones contraídas por Colombia en el marco de los diversos tratados internacionales y regionales que ha ratificado incluyen la obligación de regular el sistema de salud para asegurar que las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual tengan acceso a los servicios de salud necesarios a los cuales tienen derecho. Esto incluye, entre otras, la obligación de establecer un marco jurídico y regulación para asegurar que nada obstaculice el acceso de las víctimas de violencia sexual a servicios de salud asegurando con ello la integridad física y psicológica de las víctimas.<sup>22</sup>

Un instrumento crucial en este respecto a nivel doméstico es el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual lo cual cumple con este requerimiento. Dicho protocolo establece en su artículo 1: “Adoptar el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, que hace parte integral de la presente resolución, el cual es de obligatorio cumplimiento para la atención de las víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, del régimen contributivo y del régimen subsidiado e Instituciones Prestadores de Servicios de Salud.” Luego, en el artículo 2.8, apartado c) establece: “De acuerdo con la Sentencia C- 355 de 2006 de la Corte Constitucional colombiana, la IVE (interrupción voluntaria del embarazo) es un derecho de las víctimas de violencia sexual. No importa si el profesional de salud consultado es objetor de conciencia para este procedimiento; la víctima de violencia sexual tiene derecho a recibirlo oportunamente si esa es su decisión, de modo que debe ser derivada sin demora alguna hacia otro profesional que realice el procedimiento, lo antes posible. Si el profesional objetor de conciencia es el único disponible para realizar el procedimiento de IVE solicitado por la víctima de violencia sexual, y no se puede asegurar un mecanismo de referencia o este implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la mujer solicitante por sobre el del objetor, y este deberá realizar el procedimiento sin dilaciones.”<sup>23 24</sup>

Amnistía Internacional considera que el tratamiento del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual dado a la naturaleza obligatorio de la provisión de dichos servicios objeción de conciencia es acorde a las obligaciones del Estado en virtud del derecho internacional de los derechos humanos, dando preeminencia al derecho de la mujer y niña en casos de violencia sexual.

Como ha reconocido el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, falta de regulación efectiva es un obstáculo para mujeres y niñas a servicios de salud sexual y reproductiva, los cuales las mujeres y niñas no sólo necesitan, sino cuyo acceso es además un derecho humano de éstas. Del mismo modo que el Relator Especial, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer también ha reconocido que de conformidad con la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, los Estados Partes deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica. De acuerdo con el Comité: “La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones

---

<sup>22</sup> Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, U.N. Doc. A/66/254, para.24 y recomendación m) y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No.24: Artículo 12 (mujeres y salud) (Sesión Numero 20, 1999), en la Compilación de Comentarios Generales y Recomendaciones Generales adoptadas por Órganos Creados en Virtud de Tratados de Derechos Humanos (Vol. II), a 358, parra. 11, U.N. Doc. A HRI/GEN/1/Rev.9 (2008).

<sup>23</sup> Véase el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual en particular la lista en 2.4 para ver los servicios más vulnerables ser debilitadas por la introducción de la palabra “*facultad*” en Artículo 23 de la Ley 1719 de 2014

<sup>24</sup> T-388/09 y Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional de Colombia

de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.”<sup>25</sup>

La posición de la Corte Constitucional de Colombia ya establecida en su jurisprudencia y reiterada en el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, no sólo es conforme con las normas internacionales de derechos humanos, sino que también reconoce que es fundamental para las mujeres y niñas tener acceso como mínimo a los siguientes servicios con carácter urgente: profilaxis para prevenir la infección del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, la opción de acceder a anticoncepción de emergencia o la opción de servicios de interrupción voluntaria del embarazo, tratamiento de daños físicos sufridos durante el crimen, y apoyo psicosocial para hacer frente a los daños psicológicos.<sup>26</sup> Acceder a todos estos servicios a tiempo es fundamental para que las víctimas puedan hacer frente a las consecuencias de la violencia sexual, para proteger sus derechos humanos a la salud, la integridad física y mental, la privacidad, el derecho no sufrir tortura u otro trato cruel, inhumano o degradante, y para prevenir posteriores violaciones de sus derechos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se ha pronunciado en varias ocasiones en contra de la introducción de leyes y políticas que puedan restringir o limitar el acceso de mujeres y niñas a servicios de salud. Por ejemplo, en su informe sobre Rumania, el Comité instó al Estado Parte “a que vele por que los servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos los servicios y la información sobre el aborto y los métodos anticonceptivos, estén disponibles y sean accesibles y asequibles sin discriminación, en particular para las adolescentes.”<sup>27</sup>

El Comité de los Derechos del Niño e ha recomendado a que Estado Parte “Garantice que las niñas y adolescentes tengan acceso libre y oportuno a los anticonceptivos de emergencia y cree mayor conciencia entre las mujeres y las niñas sobre su derecho a estos anticonceptivos, particularmente en los casos de violación”<sup>28</sup> (énfasis añadido). Además, el Comité ha expresado preocupación a una posible conexión entre la falta de acceso a anticonceptivos y otros servicios reproductivos por parte de las víctimas de violación y el suicidio en las adolescentes.<sup>29</sup> Es en este sentido importante subrayar que la Organización Mundial de Salud (OMS) incluyó desde hace décadas la píldora anticonceptiva de emergencia como uno de los medicamentos esenciales para cualquier sistema de asistencia médica básico, y en consecuencia debe de estar disponible y accesible.<sup>30</sup>

Los Estados tienen una obligación positiva de regular y asegurar que se remueven las barreras al ejercicio del derecho a la salud de mujeres y niñas, especialmente dado que algunas barreras afectan a servicios que únicamente las mujeres y niñas necesitan. Esto ha sido así subrayado en numerosas ocasiones por parte de los órganos de tratados y los procedimientos especiales de las Naciones Unidas.

---

<sup>25</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No.24: Artículo 12 (mujeres y salud) (Sesión Numero 20, 1999), en la Compilación de Comentarios Generales y Recomendaciones Generales adoptadas por Órganos Creados en Virtud de Tratados de Derechos Humanos (Vol. II), a 358, para. 11, U.N. Doc. A/HRI/GEN/1/Rev.9 (2008), y véase también el informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, U.N. Doc. A/66/254, para.24 y recomendación m)

<sup>26</sup> Véase 2.4 Paso 4, por una lista completa de los componentes de la atención en salud para víctimas de violencia sexual en El Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Resolución número 000459 de 2012, publicado en El Diario Oficial, Viernes, 9 de marzo de 2012.

<sup>27</sup> Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, UN Doc. E/C.12/ROU/CO/3-5, párr. 22

<sup>28</sup> Observaciones finales, Comité de los Derechos del Niño, 57º período de sesiones, 30 de mayo a 17 de junio de 2011 CRC/C/CRI/CO/4, párr. 63 (e)

<sup>29</sup> Observaciones finales, Comité de los Derechos del Niño, Ecuador, U.N. Doc. CRC/C/EQU/CO/4 (2010) parágrafos 60-61

<sup>30</sup> Organización Mundial de Salud. OMS Listas Modelos de Medicamentos Esenciales. edición 17a. Ginebra: OMS; 2011.

Por ejemplo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha reconocido que: “Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.”<sup>31</sup>

El Comité contra la Tortura ha pedido en varias ocasiones que los Estados partes deben de aplicar un marco jurídico que asegure a las víctimas de violencia sexual acceso a los servicios legales de salud. Por ejemplo, en el contexto de la negación de dicho gama de servicios, específicamente la interrupción voluntaria del embarazo a víctimas de violación, el Comité ha expresado su preocupación bajo el artículo 16 de la Convención, que encapsula la obligación de prevenir los tratos crueles, inhumanos y degradantes y el artículo 2, el cual establece la obligación del Estado de tomar medidas legislativas efectivas para prevenir actos de tortura y otros malos tratos.<sup>32</sup> En Diciembre de 2013, advirtió que: “Preocupan al Comité las restricciones al acceso al aborto, especialmente para las víctimas de violación, debido a la negativa de algunos médicos y clínicas a practicar intervenciones legales, alegando objeción de conciencia. Esta situación hace que las mujeres recurran a abortos clandestinos, a menudo en condiciones peligrosas, con todos los riesgos para la salud que ello entraña (arts. 2 y 16).” En consecuencia, el Comité recomendó que: “el Estado Parte debe garantizar que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida a las personas acceder a los servicios a los que legalmente tienen derecho. El Estado Parte también debe aplicar un marco jurídico y/o de políticas que permita a las mujeres el acceso al aborto siempre que el procedimiento médico esté autorizado por la ley.”<sup>33</sup>

En su informe de 2011 sobre el acceso de mujeres y niñas víctimas de violencia a la justicia, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) reconoció la presencia de barreras a servicios causadas por una falta de regulación adecuada y con una perspectiva de género. La CIDH ha realizado una serie de recomendaciones tras analizar la situación en los Estados Partes: “los servicios de salud adolecen de normas destinadas a proteger a las usuarias de los servicios de salud de la discriminación y la violencia de género. Son muy pocas las normas en la región destinadas a prevenir los abusos contra las mujeres cometidos en los centros de salud así como son inexistentes los mecanismos especiales para procesar quejas por este tipo de conductas. Por esto es imperativo que los Estados analicen de manera estricta todas las leyes, normas, prácticas y políticas públicas que regulan la prestación del servicio de salud para verificar que su contenido esté conforme con los estándares regionales e internacionales sobre la materia con los que los Estados se han comprometido a seguir y para que legislen o incorporen la perspectiva de género cuando no la tengan. Es imperativo que los Estados dispongan de normas que aseguren la prestación de los servicios de salud de manera respetuosa a las mujeres.”<sup>34</sup>

### 3. LA OBLIGACIÓN DE LOS ESTADOS DE NO TOMAR MEDIDAS REGRESIVAS

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General número 14 ha expandido el análisis sobre las obligaciones del Estado en virtud del principio de progresividad, y ha confirmado asimismo que parte de las obligaciones mínimas esenciales de un Estado Parte de conformidad con el derecho a la salud

---

<sup>31</sup> Recomendación General, Nº 24 (20º período de sesiones, 1999) Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud

<sup>32</sup> Artículo 2 y 16 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, adoptada el 10 de diciembre de 1984, 1465 U.N.T.S. 85 (en vigor desde el 26 de junio de 1987)

<sup>33</sup> Observaciones finales, Comité contra la Tortura, Polonia, CAT/C/POL/CO/5-6 (Dec. 2013) párr. 23

<sup>34</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual: La Educación y la Salud, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 65, 28 dic 2011, página 63 recomendación número 9  
<https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducSalud.pdf>



se encuentran los servicios de salud reproductivos para mujeres y niñas.<sup>35</sup> En particular, los servicios pos-violación deben de estar disponibles, ser accesibles, aceptables y de calidad,<sup>36</sup> lo que en la práctica quiere decir que los Estados tienen una obligación positiva de reformar y establecer un marco jurídico que respete los derechos humanos, de asegurar que la información necesaria está disponible y que cualquier tipo de barrera de acceso a estos servicios, incluyendo el costo o la distancia, sean removidos y tratados como una preocupación prioritaria.

En su Observación General 3 sobre las obligaciones de los Estados, el Comité DESC establece que “corresponde a cada Estado Parte una obligación mínima de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos [del Pacto]. Así, por ejemplo, un Estado Parte en el que un número importante de individuos está privado de alimentos esenciales, de atención primaria de salud esencial, de abrigo y vivienda básicos o de las formas más básicas de enseñanza, *prima facie* no está cumpliendo sus obligaciones en virtud del Pacto.”<sup>37</sup>

En virtud del principio de progresividad en el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados tienen la obligación mínima asumida de asegurar la no regresividad, es decir, la obligación de no adoptar políticas y medidas, incluyendo la adopción de normas jurídicas, que empeoren la situación del ejercicio de los derechos de los que gozaba la población.

Tanto el artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establecen la obligación de garantizar el cumplimiento de estos derechos de forma progresiva. Así, el Estado al comprometerse a mejorar la situación del ejercicio de tales derechos, simultáneamente asume la obligación de no reducir los niveles de protección de los derechos vigentes, o en su caso, de derogar los derechos ya existentes.<sup>38</sup> (Énfasis añadido)

Existe una fuerte presunción en el derecho internacional de los derechos humanos de que las medidas regresivas son contrarias a las disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.<sup>39</sup> En aquellos casos en que fueran adoptadas ciertas medidas que pudieran limitar el disfrute de los derechos humanos, incluyendo leyes y políticas, el Estado estaría obligado a demostrar que se han adoptado luego de un examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas y no discriminatorias en intención ni en efecto.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales considera que entre las obligaciones básicas de los Estados figuran, como mínimo, entre otras las siguientes: “a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados” y “d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.” El Comité elabora en la

---

<sup>35</sup> Parágrafo 44 (a) de Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000)

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Observación general Nº 3 La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto) Quinto período de sesiones (1990) para.10

<sup>38</sup> Véase Christian Courtis, *Ni un paso atrás: La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*, 2006 pág. 9. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/25896.pdf> y el artículo 26 de la Convención Americana de los Derechos Humanos, lo cual requiere “Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.”

<sup>39</sup> Véase párr. 32, Nota de pie previa No. 27

Observación General Número 14 párrafo 47 que “un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43.”<sup>40</sup>

El Comité ha determinado que, con el fin de garantizar la protección del derecho a la salud tal como lo establece el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud” podría ser una medida regresiva.<sup>41</sup>

En el presente caso, es de subrayar que la incorporación del término “*facultad*” demerita la obligación del Estado y se traduce en el debilitamiento de un marco legal preexistente que tiene un impacto discriminatorio por razón de sexo, y donde se dificulta el acceso a, o puede resultar en la limitación del acceso a servicios básicos de emergencia que únicamente son requeridos por mujeres y niñas y son necesarios para prevenir otras violaciones a los derechos humanos, así como necesarias para asegurar una adecuada reparación del daño tras un acto de violencia sexual.

Es así que se entiende que la debilitación de la norma y estándar preexistente, debido a la introducción de la palabra “*facultad*” en la Ley 1719, perjudica el acceso de las mujeres y niñas de violencia sexual a una gama de servicios de salud. Las consecuencias de esta situación tienen además un impacto discriminatorio y desproporcional sobre las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual, quienes han enfrentado además una situación de discriminación y marginalización histórica.

Amnistía Internacional considera que la introducción de la palabra “*facultad*” crea una barrera que excesivamente complica, retrasa o dificulta el acceso de las mujeres y niñas a información sobre la gama de servicios existentes, así como su acceso a otros servicios de calidad y tiempo. Estos son servicios que no solo necesitan, sino a los cuales víctimas de violencia sexual tienen un derecho humano. Esta barrera innecesaria, desproporcionada y discriminatoria constituye una medida regresiva en relación con los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Además, esta barrera puede afectar aún más a las personas que viven en la pobreza y en las zonas rurales con menos opciones de asistencia médica o posibilidades reducidas para buscar alternativas.

#### 4. LA NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A MUJERES Y NIÑAS DESPUÉS DE SER VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CONSTITUYE OTRAS VIOLACIONES GRAVES DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES Y NIÑAS

*El derecho de las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual a no sufrir tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes*

La tortura se encuentra absolutamente prohibida, en cualquier circunstancia y sin excepción alguna. La Corte Interamericana, en su jurisprudencia constante sobre este particular, ha señalado que a nivel mundial se ha conformado un régimen jurídico internacional “de prohibición absoluta de todas las formas de tortura, tanto física como psicológica”.<sup>42</sup> Otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes se encuentran igualmente prohibidos.<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párrafo 48, (E/C.12/2000/4)

<sup>41</sup> Ibid. Párrafos 43 y 48

<sup>42</sup> Caso Maritza Urrutia vs. Guatemala. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Serie C, No. 103 (27 de noviembre de 2003). Párr. 92

<sup>43</sup> La prohibición contra la tortura y otros malos tratos está establecida en el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura y otros tratados. Véase Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 7, adoptado el 16 de diciembre de 1966, 999 U.N.T.S. 171 (en vigor desde el 23 de marzo de 1976); Convención Americana sobre Derechos Humanos, art. 5(2), adoptada el 22 de noviembre de 1969, Serie de Tratados de la OEA Nº 36 (en vigor desde el

La prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes se aplica al dolor físico y al sufrimiento psicológico, y toma una interpretación especial en contextos donde la víctima está bajo la custodia de funcionarios del Estado, o si ocurre en lugares como hospitales, centros de detención o escuelas.<sup>44</sup> Así lo observo el Informe del Relator Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, en su informe en 2013 “Los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han empezado a reconocer que los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género. Ejemplos de esas violaciones son el maltrato y la humillación en entornos institucionales.”<sup>45</sup> Todos los Estados Partes a la Convención contra la Tortura tienen la obligación de erradicar y prevenir actos de Tortura.<sup>46</sup>

Como ya se subrayó con anterioridad, el Comité contra la Tortura ha expresado su preocupación sobre la negación de servicios de salud a las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual.<sup>47</sup> También es de subrayar que el Comité ha expresado su preocupación en varias ocasiones con relación a los obstáculos en el acceso de víctimas de violencia sexual a servicios de salud y ha subrayado el sufrimiento que la negación de estos servicios puede provocar en ellas. Por ejemplo, el Comité ha considerado que se da una violación del artículo 16 de la Convención, el derecho a no sufrir trato cruel, inhumano y degradante, en casos en los que se han negado dichos servicios, en concreto la interrupción voluntaria del embarazo, a víctimas de violación en Nicaragua. El Comité observó que seguir con un embarazo producto de violación para algunas víctimas: “implicaría...una constante exposición a las violaciones cometidas contra ellas, lo que supone un grave estrés traumático con el riesgo de padecer prolongados problemas psicológicos, tales como ansiedad y depresión.”<sup>48</sup>

La Corte Europea de Derechos Humanos ha tomado una postura similar, al considerar en el caso de *P y S v Polonia* que se había producido una violación del artículo 3 (Prohibición de Tortura) de la Convención Europea de Derechos Humanos cuando se negaron servicios de salud a una adolescente de 14 años a los cuales tenía derecho legal después de haber sido violada. La Corte encontró que su derecho a no sufrir un trato inhumano y degradante había sido vulnerado a causa de cómo fue tratada por parte del sistema de salud cuando busco servicios legales reproductivos después de violación, en este caso una interrupción voluntaria del embarazo. Una de las actuaciones violatorias en este caso fue que los médicos invocaron objeción de conciencia sin referir a P a otro proveedor u hospital.<sup>49</sup> La Corte Europea subrayó que profesionales de salud negando servicios legales de salud reproductiva con base en sus propias creencias religiosas da lugar a diversas violaciones de los

---

18 de julio de 1978); Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, adoptada el 10 de diciembre de 1984, 1465 U.N.T.S. 85 (en vigor desde el 26 de junio de 1987); Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, adoptada el 9 de diciembre de 1985, Serie de Tratados de la OEA N° 67 (en vigor desde el 28 de febrero de 1987); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), art. 4(c), adoptada el 9 de junio de 1994, 1438 U.N.T.S. 63 (en vigor desde el 5 de marzo de 1995); Convención sobre los Derechos del Niño, art. 37(a), adoptada el 20 de noviembre de 1989, 1577 U.N.T.S. 3 (en vigor desde el 2 de septiembre de 1990); Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 15, adoptada el 13 de diciembre de 2006, 2515 U.N.T.S. 3 (en vigor desde el 3 de mayo de 2008).

<sup>44</sup> Véase por ejemplo el Comité contra la Tortura, Observaciones finales sobre Nicaragua CAT/C/NIC/CO/1, 10 de junio de 2009, párr. 15 y además párrafos 46 y 50 en particular en el informe A/HRC/22/53, Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 1 de febrero de 2013.

<sup>45</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/22/53 (1 de febrero de 2013)

<sup>46</sup> Artículo 2 y 16 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, adoptada el 10 de diciembre de 1984, 1465 U.N.T.S. 85 (en vigor desde el 26 de junio de 1987)

<sup>47</sup> Comité contra la Tortura, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Perú, párrafo 15(b), U.N. Doc. CAT/C/PER/CO/5-6 (2013) y además párrafos 46 y 50 en particular en el informe A/HRC/22/53, Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 1 de febrero de 2013.

<sup>48</sup> Véase Nota de pie previa No.44

<sup>49</sup> *P and S v. Poland*, ref: 57375/08, Judgment (Merits and Just Satisfaction), European Court of Human Rights (Fourth Section). 30/10/2012

derechos reproductivos. La Corte enfatizó que el Estado tiene la obligación de asegurar la regulación necesaria dentro de su sistema de salud de una forma clara y que garantice los derechos humanos de las pacientes a servicios legales de salud.<sup>50</sup>

*El derecho a no ser discriminada y el derecho a la igualdad de acceso a información y servicios*

El derecho de las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual a un tratamiento igual y a no ser discriminadas se pone en riesgo con la introducción de la palabra “*facultad*” y la debilitación de la regulación previa existente del acceso a esta gama de servicios fundamentales y de emergencia.<sup>51</sup> La introducción de esta palabra introduce incertidumbre legal y convierte el sistema de salud a una lotería para las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual. En un contexto en el cual los profesionales de salud tienen más libertad de actuación, las mujeres y niñas víctimas no pueden contar con recibir la misma gama de servicios de salud después de la violación. Todo dependerá de si él o la profesional de salud está dispuesto o dispuesta a proveer toda la información, servicios y medicamentos, incluyendo profilaxis para las enfermedades transmitidas sexualmente, anticonceptivos de emergencia y servicios de interrupción voluntaria del embarazo, entre otros servicios, a que la mujer o la niña necesita y a los cuales tiene un derecho humano.<sup>52</sup>

Por las razones arriba presentadas, apoyamos la demanda solicitando respetuosamente que se declare que la expresión “*facultad*” contenida en el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014 es inconstitucional, por violar las obligaciones del Estado colombiano bajo múltiples tratados internacionales incluyendo sus obligaciones de no tomar medidas regresivas, de no discriminar, de respetar y proteger el derecho a la salud y la privacidad, la información, y de prevenir y erradicar los tratos crueles, inhumanos y degradantes y la tortura, todos estos en detrimento específicamente de las mujeres y niñas.

Respetuosamente,

Erika Guevara Rosas  
Directora para la Región de las Américas  
Amnistía Internacional

---

<sup>50</sup> Ibid. Véase párr. 81 por ejemplo.

<sup>51</sup> Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000) párr. 50

<sup>52</sup> Véase Nota de pie previa No.14