

I. INTRODUCCIÓN.

ONG Comunidad y Justicia es una corporación sin fines de lucro, domiciliada y constituida según las leyes de la República de Chile, dedicada a la promoción y defensa de los derechos humanos. Desde el año 2013, somos una organización reconocida por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (Res. Exenta N° 327).

En el presente informe nos referiremos a los *párrafos 25 y 52* de las Observaciones Finales al Estado de Chile del Comité PDESC (2004). La recomendación del Comité PDESC al Estado de Chile, en este punto, fue que revise su legislación y despenalice el aborto cuando se trate de abortos terapéuticos y cuando el embarazo sea consecuencia de violación o incesto.

El Informe del Estado de Chile (2012) contestó al Comité, en los *párrafos 155 y 156*, que en virtud de diversas medidas sanitarias -que no contemplan la despenalización del aborto- la mortalidad materna por aborto ha presentado variaciones desde 2000, con un franco descenso en 2001, alcanzando una tasa de 2 por 100.000 nacidos vivos en 2008. A continuación profundizaremos en la situación actual y algunos desafíos pendientes para el Estado de Chile en materia de salud femenina y derechos humanos.

II. EN CHILE NO ESTÁN PROHIBIDOS NI PENALIZADOS LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS PARA SALVAR LA VIDA DE LA MADRE.

La legislación chilena permite a los médicos intervenir cuando existe riesgo para la vida de la madre embarazada aunque ello tenga como consecuencia indirecta la muerte del feto. Chile forma parte del grupo de 66 países en el mundo que prohíben, en general, el aborto, pero que permiten la intervención médica para salvar la vida de la madre¹.

El art. 119 del Código Sanitario solamente prohíbe las acciones *cuya finalidad sea provocar un aborto*; pero no prohíbe los tratamientos médicos dirigidos a salvar la vida de la madre, aunque ello provoque la muerte indirecta del feto. El Código de Ética del Colegio Médico de Chile también lo permite (arts. 8 y 9). Es decir, frente a casos de riesgo para la vida de la madre embarazada, cualquier establecimiento de salud, público o privado, revisará con su comité ético si procede o no aplicar un tratamiento terapéutico². El Presidente de la instancia

¹ Cfr. Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), “Situación de los Derechos Humanos en Chile. Informe Anual 2014”, p. 192.

² Ejemplos de casos en que se permite la terapia con resultado de muerte fetal: en caso de que una mola hidatídica tenga un feto vivo, y ponga en peligro inminente con su crecimiento la vida de la madre, se puede extirpar la mola; en caso de desprendimiento de placenta, si hay peligro inminente para la vida de la madre por una hemorragia, se puede tratar de detener ésta por taponamiento o terapéutica médica, aun cuando ello pueda provocar la muerte del feto; en caso de embarazo tubario –cuando el embrión se anida fuera del útero, como en una de las trompas de Falopio o en el ovario-, con grave peligro la vida de la madre, la hemorragia puede detenerse con la salpingectomía o amputación de la trompa, con el embrión adentro; entre otros.

asesora en materias éticas del Colegio Médico de Chile, el doctor Julio Montt, confirma que "*en Chile desde hace muchos años los médicos realizan abortos terapéuticos cuando está en peligro la vida de la madre, lo que nunca ha sido sancionado ni tampoco ha generado demandas. Esto está dentro de la tarea del facultativo*"³.

La legislación Chilena no sanciona penalmente al médico que interviene para salvar la vida de la madre embarazada si como consecuencia indirecta y no querida se produce la muerte fetal. El Código Penal sanciona el aborto, solamente, cuando quien realiza la acción lo hace "*maliciosamente*" (art. 342); por tanto, para que un aborto sea penado se requiere *dolo directo* del autor. En el caso del facultativo o médico, la ley penal chilena también exige *dolo directo* (art. 345). Las cifras del Poder Judicial sobre sentencias de abortos cometidos por facultativos (entre los años 2003–2014)⁴, confirman lo anterior. En la Región Metropolitana, se han dictado solamente 4 sentencias definitivas en relación al delito de aborto cometido por facultativo, todas ellas condenatorias; sin embargo, en ningún caso las mujeres sometidas a los procedimientos abortivos estaban en peligro de muerte. Los facultativos imputados fueron condenados por cometer *maliciosamente* el delito de aborto, abusando de su oficio médico⁵. En el resto del país sucede lo mismo: ninguna de las 5 sentencias condenatorias contra facultativos por el delito de aborto, se refieren a situaciones de riesgo vital maternal⁶. En consecuencia, la recomendación del Comité PDESC en orden a despenalizar el aborto terapéutico es inoficiosa: no se puede despenalizar lo que, en rigor, no está penalizado.

III. REALIDAD DE LA PENALIZACIÓN DEL ABORTO EN CHILE.

El Estado de Chile se encuentra obligado constitucional⁷ e internacionalmente a proteger la vida del que está por nacer⁸. Como consecuencia de dicha protección, el Código Penal

³ Diario La Segunda, 26 de mayo del 2014.

⁴ Poder Judicial, Respuesta a Solicitud de Transparencia N° NR001T0000050, de fecha 14 de agosto 2014. De la base de datos recibida, se procedió a conseguir cada una de las sentencias disponibles por el delito de aborto consentido (art. 342 y 344 CP), y aborto cometido por facultativo (art. 345 CP). El Poder Judicial tiene información solo desde la Reforma Procesal Penal (2003), la que recién el año 2006 se implementa en la Región Metropolitana. En el análisis se descartaron: (i) las sentencias no disponibles públicamente; y (ii) las sentencias mal ingresadas al sistema (por delitos distintos del registrado).

⁵ De la información pública disponible, el total de sentencias se reduce a 4 casos en la Región Metropolitana: 8° JGS, RIT 3902-2007; 8° JGS, RIT 3484-2009; 10° JGS, RIT 2589-2009; 3° TOPS, RIT 61-2011.

⁶ De la información pública disponible, las 5 sentencias definitivas condenatorias en regiones son: JG de Coquimbo, RIT 3763-2009; TOP de Cauquenes, RIT 49-2009; JG de Constitución, RIT 1827-2011; JG de Chillan, RIT 6618-2011; TOP de Punta Arenas, RIT 62-2013.

⁷ Constitución Política, art. 19 N° 1.

⁸ Los tratados internacionales de derechos humanos actualmente vigentes en Chile reconocen y protegen, en forma sistemática y coherente, el derecho a la vida del que está por nacer. La Declaración Universal de Derechos Humanos dispone que "*todo individuo tiene derecho a la vida*" (art. 3) y agrega que "*todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad*" (art. 6). El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos con la finalidad específica de proteger la vida del que está por nacer, prohíbe

chileno sanciona a la *mujer* que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause (art. 344), y sanciona también al *tercero* (art. 342 N° 3) o al *facultativo* (art. 345) que maliciosamente causen un aborto. La realidad judicial demuestra que las mujeres que se practican un aborto inducido casi nunca son formalizadas (esto es, que se le comunica la investigación de un delito en su contra)⁹; y cuando existe formalización y posterior acusación, **las mujeres que abortan no son condenadas a penas efectivas (96,4%)**¹⁰. Esto ocurre por dos razones: (a) existencia frecuente de dos atenuantes de responsabilidad penal - irreprochable conducta anterior y colaboración con la investigación-; y (b) la Ley 18.216 permite al juez aplicar la *remisión condicional de la pena*, suspendiendo su cumplimiento bajo ciertas condiciones. Según Gendarmería de Chile, a octubre de 2014 ninguna mujer se encuentra reclusa por el delito de aborto; el único privado de libertad por este delito es un facultativo de sexo masculino que fue condenado por abusar de su oficio en Punta Arenas¹¹. Revisados los hechos descritos en las sentencias de aborto consentido y de aborto cometido por facultativo, no existieron casos judicializados que el aborto haya sido causado por riesgo la vida de la madre, inviabilidad fetal o por ser el embarazo producto de una violación.

IV. PROHIBICIÓN GENERAL DEL ABORTO Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD FEMENINA.

Frente a la preocupación del Comité PDESC (*párrafo 25 y 52*), el Estado de Chile ha demostrado en los *párrafos 155 y 156* de su Informe (2012) que no es necesario despenalizar

aplicar la pena de muerte a mujeres en “*estado de gravidez*” (art. 6.5). Por su lado, la Convención Internacional de los Derechos del Niño, en el Preámbulo, dispone que “*el niño (...) necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento*”; luego dispone que “*niño es todo ser humano menor de dieciocho años de edad*” (art. 1) y que “*todo niño tiene derecho intrínseco a la vida*” (art. 6.1). Finalmente, la Convención Americana de Derechos Humanos dispone que “*para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano*” (art. 1.2) y reconoce que “*toda persona tiene derecho a que se respete su vida*”; este derecho “*estará protegido por la ley, y en general, a partir del momento de la concepción*” (art. 4.1).

⁹ Por ejemplo, el año 2011 se formalizó a 40 mujeres en circunstancias que, según el Ministerio de Salud, el total de abortos hospitalarios en 2011 fue 30.860, cifra que incluye los abortos espontáneos como inducidos, sin que sea posible distinguir unos de otros. Cfr. INDH, Ob. cit., 2014, p. 204 y ss. Una explicación al bajo número de formalizaciones sería la facultad del Fiscal de solicitar al juez la *suspensión condicional del procedimiento* (art. 237 y ss CPP) cuando existe un acuerdo con la mujer imputada por el delito de aborto.

¹⁰ De la información pública disponible, entre 2003 al 2014, en total son 76 personas condenadas por delito de aborto consentido (art. 342 N° 3 y 344 CP), de las cuales, 21 corresponden a hombres y 55 a mujeres. De las 55 mujeres condenadas, a 53 de ellas (**96,4%**) se les eximió de cumplir pena efectiva por *remisión condicional de la pena*. En 11 años, tan solo 2 mujeres fueron condenadas sin ningún beneficio: la primera, por concurrir una circunstancia agravante al practicarle un aborto a otra mujer, cobrando dinero (JG de Rancagua, RIT 10.371-2010); la segunda, fue condenada a 61 días de pena efectiva (14° JGS, RIT 6447-2011).

¹¹ Gendarmería, Ord. N° 14.20.11.358/14, de 14 octubre 2014, en respuesta a solicitud de transparencia N° AK006W-0001961. En el mismo sentido, ver: La Tercera, Nacional, “Seis personas condenadas por aborto en Chile cumplen penas en la cárcel. Según Gendarmería, un enfermero está en prisión en Magallanes solo por este delito. Los otros cinco tienen más ilícitos asociados”, de 3 de enero 2015.

el aborto para reducir las cifras de mortalidad materna. Según el epidemiólogo Elard Koch, del Instituto MELISA (Concepción, Chile), la mortalidad por aborto en Chile ha experimentado una reducción continua en los últimos 50 años, al punto que la muerte por aborto provocado ha llegado a ser un fenómeno excepcional en términos epidemiológicos (riesgo de 1 en 4 millones de mujeres en edad fértil o 0,4 por 100.000 nacidos vivos para cualquier tipo de aborto excluyendo embarazo ectópico). Luego de que en 1989 se restituyera la prohibición del aborto en el Código Sanitario, las muertes por aborto continuaron disminuyendo, desde 10,8 hasta 0,39 por 100.000 nacidos vivos, lo cual, como materia de hecho científico, desafía la noción que una legislación menos permisiva conduce a mayor mortalidad por aborto¹². Para sorpresa de muchos, a pesar de que nuestra legislación prohíbe en general el aborto, **las cifras de mortalidad materna y perinatal son más positivas que países que permiten el aborto, como Estados Unidos**¹³.

Más allá de la demostración científica de que en Chile el aborto no es la solución a los problemas de mortalidad femenina, no parece aceptable que el Comité PDESC haga recomendaciones sobre la legalización del aborto. Ello transgrede los tratados por medio de los que el Estado de Chile se ha obligado internacionalmente a proteger la vida del que está por nacer¹⁴. Por lo demás, la prohibición o legalización del aborto es un asunto esencialmente interno de los Estados, que no admite injerencias extranjeras, lo que ha sido reconocido incluso en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo (1994)¹⁵ y en la IV Conferencia Internacional de Mujeres de Beijing (1995)¹⁶. Según la Carta de las Naciones Unidas, no están permitidas las intervenciones extranjeras en los asuntos que son esencialmente de la jurisdicción interna de los Estados miembros (art. 2.7). En consecuencia, nos preocupa la intromisión de un organismo internacional en los asuntos esencialmente internos de la jurisdicción chilena y, por lo tanto, solicitamos al Comité PDESC no intervenir

¹² Cfr. Elard Koch, "Epidemiología del aborto y su prevención en Chile", Rev. Chil. Obstet. Ginecol. vol.79 no.5 Santiago oct. 2014.

¹³ Ver también: Donoso, Enrique y Oyarzún, Enrique, "Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica", en Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2004; 69 (1): 14-18.

¹⁴ *Ad supra*, capítulo III.

¹⁵ El documento no vinculante de El Cairo (1994) señala: "*los gobiernos deben tomar los pasos apropiados para asistir a las mujeres a evitar el aborto, lo que en ningún caso debe ser promovido como método de planificación familiar*" (P. 7.24); y añade: "*donde el aborto no sea contrario a la ley, debe ser seguro (...) Cualquiera medida o cambio relacionado con el aborto en un sistema de salud sólo puede ser determinado a nivel local o nacional, de acuerdo al proceso legislativo nacional*" (P. 8.25).

¹⁶ El documento no vinculante de Beijing (1995) declara: "*Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas*" (P. 106 letra k).

en los procesos democráticos internos a través de recomendaciones o injerencias dirigidas a reformar la legislación del Estado de Chile en materia de aborto.

IV. MAL USO DE MISOPROSTOL PARA FINES ABORTIVOS CON GRAVES RIESGOS PARA LA SALUD FEMENINA.

El Misoprostol es un medicamento utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas. En Chile, ese es el único uso sanitario autorizado del medicamento¹⁷. Pero en combinación con otros fármacos, o por sí solo, el Misoprostol está actualmente siendo utilizado clandestinamente en Chile para causar abortos. Frente a dicha realidad, el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), el año 2000, emitió una resolución sanitaria que declara que “*existen antecedentes de mal uso y un riesgo considerable de muerte fetal y maternal al usar el Misoprostol en indicaciones no autorizadas*”; considerando lo anterior, el ISP sólo permite la venta al público de Misoprostol bajo receta médica retenida, y además, dispone que en los envases o rotulados del medicamento deberá utilizarse siempre la siguiente advertencia: “*Se han reportado efectos adversos serios, que incluyen perforación del útero, hiperestimulación uterina, hemorragia vaginal severa, muerte maternal y/o fetal al usar este producto como inductor del parto o abortivo (Med Watch, FDA, Agosto 2000)*”¹⁸.

Es sabido que el aborto inducido provoca graves secuelas psicológicas para la mujer, cuestión que ocultan los promotores del uso ilegal del Misoprostol con fines abortivos¹⁹. Y desde el punto de vista de la salud física de la mujer, el aborto inducido podría contribuir como factor de riesgo de embarazo subsecuente prematuro²⁰, la prevalencia a padecer problemas de placenta previa, aumento de aborto espontáneo y rotura prematura de membrana²¹.

¹⁷ Instituto de Salud Pública, Registro N° F-9507/11, de 29 septiembre 1994, vigente hasta 2016. El registro señala como indicación que se trata de un medicamento inhibidor de la secreción ácida gástrica; como contraindicación, el registro señala claramente: “*No administrar a mujeres embarazadas o en edad fértil*”.

¹⁸ Instituto de Salud Pública, Resol. N° 10.216, de 26 de diciembre de 2000.

¹⁹ En un estudio realizado 2008 por la American Psychological Association, se demostró que el aborto inducido predispone a las mujeres a un Trastorno de estrés post traumático (“Post Traumatic Stress Disorder”) y de Trastorno de estrés agudo (“Acute Stress Disorder”) [American Psychological Association (2008), “Mental Health and Abortion”]. El estudio de la doctora Priscila Coleman (que analiza 22 estudios y un total de 877.181 pacientes) concluye que el 81% de las mujeres que abortaron tienen mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental, como de tener conductas suicidas, depresión o ansiedad [Priscila Coleman, “Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009”, BJP, 199:168, Reino Unido]. Otro estudio realizado el año 2005 en Estados Unidos y Finlandia, indica que el aborto incrementa el riesgo de suicidio en 2 a 3 veces después de un año de haberse practicado el aborto [GISSLER M., (2005), et. al., “Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Findald 1987-2000”]

²⁰ Whiteman, V., et. al., (2014), “Preterm birth in th first pregnancy and risk of neonatal death in the second pregnancy: A propensity core-weigthed matching approach”, J ObstetGynaecol, 24:1-7.

²¹ Makhlof, M., et al., (2003) “Adverse Pregnancy Outcomes among Women with Prior Spontaneous or Induced Abortions”. Am J. Perinatol. 2013 Dec 17.

El uso ilegal y clandestino de Misoprostol con fines abortivos en Chile es causante de serios problemas para la salud pública femenina. De los casos de aborto consentido que llegaron a sentencia definitiva, entre el año 2003 al 2014, en la Región Metropolitana se registraron 11 casos donde las madres abortaron con el medicamento Misoprostol. En 6 ocasiones (55%) se constató que las mujeres sufrieron graves complicaciones a su salud, debiendo ser llevadas de urgencia a un hospital²². En el resto del país se encontraron 23 sentencias de aborto consentido realizados con Misoprostol. De éstos, 17 casos (74%) culminaron con serias complicaciones médicas por el mal uso del medicamento²³. En suma, **del total de casos de aborto consentido con uso de Misoprostol que han llegado a la justicia, el 68% terminó con graves secuelas para la salud individual de la embarazada.**

Si bien, como explicamos, la venta de Misoprostol en Chile se encuentra limitada por fuertes razones sanitarias, existe un conocido “mercado negro” o clandestino de Misoprostol para fines abortivos. Hacemos presente al Comité PDESC que nos preocupa que en Chile no existe una política clara de prevención sanitaria o de persecución penal²⁴ por el mal uso de Misoprostol con fines abortivos. Diferentes grupos abogan por la modificación del artículo 175 del Código Procesal Penal chileno, que exige la denuncia obligatoria del médico²⁵: el médico tiene la obligación legal de denunciar siempre que una mujer llega a un hospital con síntomas de un aborto inducido (generalmente por mal uso de Misoprostol). Pero eliminar la obligación legal de denuncia significaría que prácticamente la totalidad de los casos de aborto queden en la impunidad sin ser investigados (por ejemplo, beneficia a quienes lucran con la venta ilegal de Misoprostol).

²² Las sentencias son: 3° JGS, RIT 7039-2011; 3° JGS, RIT 3689-2006; 9° JGS, RIT 14220-2007; 10° JGS, RIT 2589-2009; 14° JGS, RIT 6447-2011; 15° JGS, RIT 2317-2009. Entre las complicaciones destacan: fuertes dolores abdominales, hemorragia aguda, entre otros.

²³ Las sentencias son: JG de Antofagasta, RIT 5824-2012; JG de Antofagasta, RIT 11410-2011; JG de Valparaíso, RIT 7831-2011; JG de Rancagua, RIT 13.021-2012; JG de Villarrica, RIT 588-2011; JG de Victoria, RIT 1009-2011; JG de Río Negro, RIT 1108-2011; TOP de Osorno, RIT 58-2009; JG de Punta Arenas, RIT 20-2010; JG de Arica, RIT 5427-2013; JG de Tocopilla, RIT 189-2009; JG de Calama, RIT 4293-2012; JG de Antofagasta, RIT 3841-2012; JG de Diego de Almagro, RIT 586-2013; TOP de Ovalle, RIT 86-2011; JG de Quillota, RIT 500-2009; JG de San Vicente de Tagua-Tagua, RIT 1560-2010. Las principales complicaciones descritas son: hemorragia aguda, infección por restos placentarios en el útero, metrorragia, fuertes dolores abdominales, entre otros.

²⁴ El artículo 314 del Código Penal sanciona a quien expende sustancias peligrosas para la salud, contraviniendo las disposiciones legales o reglamentarias establecidas en consideración a la peligrosidad de dichas sustancias.

²⁵ CPP, art. 175 letra d). Este deber tiene como fundamento un interés público, y no afecta la confidencialidad médico-paciente, pues la denuncia resulta procesalmente necesaria para dar curso a la investigación y esclarecer los hechos constitutivos de delito. En cualquier caso, el Ministerio de Salud ha procurado resguardar el derecho de la mujer a la prohibición de la autoincriminación frente al médico, a través de protocolos generales (ver: Ministerio de Salud, “Directrices sobre Confidencialidad”, Ord. N° 1675, de 23 abril de 2009, y recientemente Ord. N° 1404, de 20 de mayo 2014).

Hacemos presente al Comité PDESC que el artículo 12 N° 1 del PDESC dispone que los Estados Partes adoptarán medidas para garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y que en especial adoptarán las medidas necesarias para reducir la mortalidad (art. 12 N° 2 letra a), lo que justifica la recomendación que más adelante se solicita en esta materia.

V. COERCIÓN A ABORTAR: VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

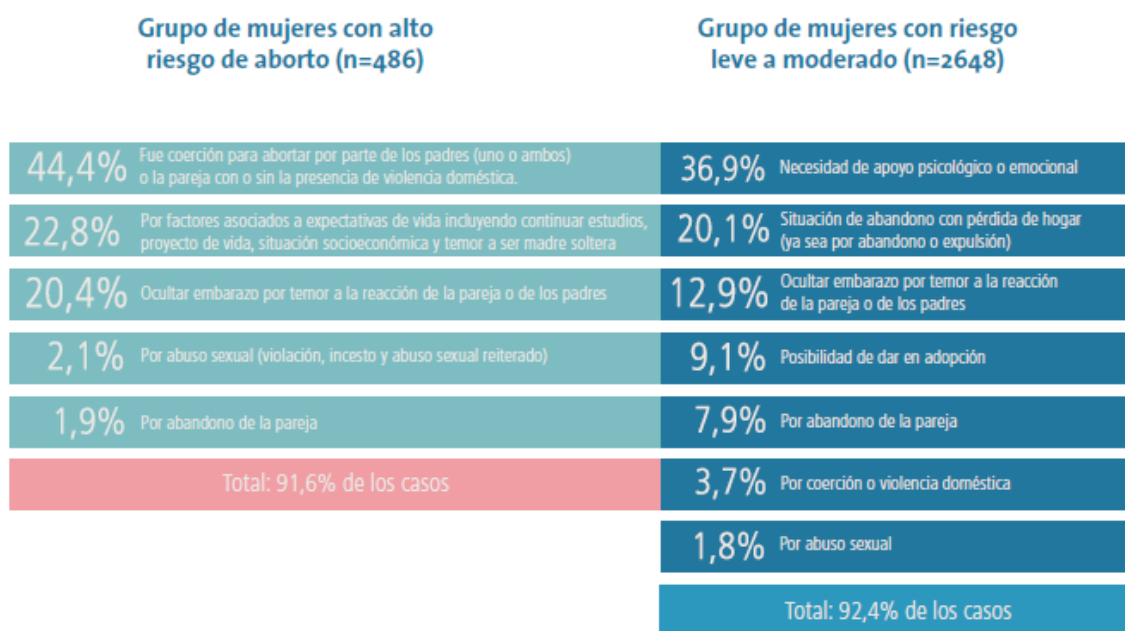
Existe consenso a nivel internacional que el aborto debe ser prevenido²⁶. Sin embargo, poco se sabe sobre las causas reales del aborto y cómo prevenirlo efectivamente. Una reciente investigación del Instituto MELISA²⁷ analizó el caso de 3.134 mujeres con embarazos no planificados. Ellas fueron divididas en dos grupos con diferentes patrones de riesgo y vulnerabilidad, según si: (i) manifestaban explícitamente su decisión de terminar con el embarazo (n = 486 en grupo de *alto riesgo*); o (ii) no manifestaban verbalmente su intención (n = 2.648 en grupo de *riesgo leve a moderado*). El estudio distinguió diferentes factores de vulnerabilidad del embarazo en ambos grupos de riesgo, los que podrían incidir en la decisión de abortar. De las conclusiones a las que llegó este estudio, las situaciones de vulnerabilidad raíz o causal del aborto en Chile pueden clasificarse en: (i) *factores psicosociales*, como abandono de la pareja, la coerción, violencia, expectativas de vida, expulsión del hogar, entre otros²⁸; y (ii) *factores de vulnerabilidad propios del embarazo*, como el riesgo vital de la madre o malformaciones congénitas letales del feto, entre otros. En la siguiente tabla se exponen los principales factores según el grupo de riesgo²⁹:

²⁶ La Presidente Michelle Bachelet ha declarado que: “cada aborto en el país, es una señal que como sociedad estamos llegando tarde, porque la prevención no tuvo los resultados esperados” (Mensaje Presidencial 21 Mayo 2014)

²⁷ Cfr. Elard Koch, “Impact of Reproductive Laws on Maternal Mortality: Recent Scientific Evidence from Natural Experiments On Different Populations. Lecture at the Life & Family event in the United Nations”, The Linacre Quarterly, 2013; 80 (2): 151-60.

²⁸ ONG Comunidad y Justicia, Corporación Idea País. “Embarazo Vulnerable, Realidad y Propuestas”, 2014.

²⁹ Ídem., 2014.



Revisados los factores causantes del aborto en Chile, sorprende negativamente que más de un 65% de las mujeres con *alto riesgo* de aborto sufre coerción para abortar: ya sea directamente, si proviene de la pareja o padres (44,4%); o indirectamente, si la coerción es fruto del temor a la reacción de su pareja o padres (20,4%), o del abandono de la pareja y familia (1,9%). La coerción, en estos casos, significa que existe presión ejercida sobre la embarazada para forzar su voluntad o su conducta con la finalidad de que ella aborte. Naciones Unidas ofrece una definición de violencia contra la mujer como “*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada*”³⁰. Es claro, entonces, que la **coerción a abortar -que afecta a más del 65% de las mujeres con alto riesgo de aborto- constituye un acto de violencia contra la mujer que la coloca en riesgo de sufrir graves secuelas psicológicas y físicas asociadas al aborto inducido**³¹. Hacemos presente al Comité PDESC que el artículo 12 N° 1 del PDESC dispone que los Estados Partes adoptarán medidas para garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y que en especial adoptarán las medidas necesarias para reducir la mortinatalidad (art. 12 N° 2 letra a), lo que justifica la recomendación que más adelante se solicita sobre este asunto.

³⁰ Cfr. Naciones Unidas, “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”, Resol. 48/104 de la Asamblea General, 20 diciembre 1993.

³¹ *Ad supra*, Notas al pie 13, 14 y 15.

VI. PROGRAMAS DE ACOMPAÑAMIENTO DE EMBARAZOS VULNERABLES.

Por último, hacemos presente al Comité PDESC la experiencia en Chile de organizaciones de la Sociedad Civil que ofrecen acompañamiento a las mujeres con embarazos vulnerables y que demuestran que la solución a los problemas de salud y derechos humanos en Chile no pasa por un cambio del estatus legal del aborto. La Fundación Chile Unido, una entidad sin fines de lucro de apoyo a la mujer en diferentes ámbitos, desde hace 15 años ofrece acompañamiento a mujeres embarazadas con riesgo de aborto. En las mujeres que no abandonan el programa antes de la semana 20 de gestación, el programa de acompañamiento tiene una tasa de 95% de éxito³². En otras palabras, de las embarazadas que originalmente manifestaban su intención de abortar, mediante el programa de acompañamiento, el 95% finalmente termina por concluir satisfactoriamente su embarazo, evitando los riesgos psicológicos y físicos asociados al aborto inducido³³.

En la misma línea, en los embarazos vulnerables por malformación congénita letal del feto o inviabilidad fetal, el acceso a programas de cuidados paliativos perinatales por equipos obstétricos especializados, provee una solución alternativa eficaz al problema del aborto provocado³⁴. Según Koch, “es necesario expandir su cobertura a nivel nacional, tanto en el contexto de la salud materna y perinatal, como en la prevención del aborto provocado”³⁵. **Los programas de acompañamiento han mostrado ser una solución efectiva de prevención del aborto y de respeto a los derechos humanos de la mujer y del niño que está por nacer.** En este punto resulta grave el desconocimiento y desinterés de las autoridades nacionales e internacionales por conocer las experiencias que ofrece la Sociedad Civil en materia de acompañamiento³⁶.

Hacemos presente al Comité PDESC que el artículo 10 N° 2 del PDESC dispone que los Estados Partes reconocen que “*se debe conceder especial protección a las madres durante un*

³² Cifras obtenidas del “Programa Acoge una Vida”, Fundación Chile Unido. Cfr. ONG Comunidad y Justicia, Corporación Idea País. “Embarazo Vulnerable, Realidad y Propuestas”, 2014.

³³ *Ad supra*, Notas al pie 13, 14 y 15.

³⁴ Por ejemplo, el programa Acompañares UC, de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

³⁵ Cfr. Elard Koch, “Epidemiología del aborto y su prevención en Chile”, Rev. Chil. Obstet. Ginecol. vol.79 no.5 Santiago oct. 2014..

³⁶ En septiembre de 2014 visitó el Estado de Chile el “Grupo de Trabajo sobre Discriminación contra la Mujer en la Legislación y en la Práctica” (A/HRC/RES/23/15), representado por las sras. Frances Raday y Alda Facio. No se reunió con ninguna organización de la Sociedad Civil que desarrolle programas de acompañamiento.

período de tiempo razonable antes y después del parto”³⁷, que el artículo 12 N° 1 del PDESC dispone que los Estados Partes adoptarán medidas para garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y que en especial adoptarán las medidas necesarias para reducir la mortinatalidad (art. 12 N° 2 letra a), lo que justifica la recomendación que a continuación se pide.

VII. RECOMENDACIONES SOLICITADAS.

Es por todo lo anterior que solicitamos al Comité PDESC efectuar las siguientes recomendaciones al Estado de Chile:

1. El Estado de Chile deberá adoptar las medidas necesarias, de orden sanitario, criminal o de cualquier otra naturaleza, para prevenir el mal uso del medicamento Misoprostol con fines abortivos, y sancionar a quienes lo promueven, venden o distribuyen de manera ilegal, toda vez que su mal uso por embarazadas causa serios riesgos para la salud colectiva e individual de la población femenina;
2. El Estado de Chile deberá adoptar las medidas necesarias para prevenir o sancionar la coerción directa e indirecta o cualquier forma de violencia contra la mujer embarazada, que busque forzar su voluntad o conducta hacia la comisión de un aborto; y
3. El Estado de Chile deberá adoptar las medidas necesarias, de orden legislativo, administrativo o de cualquier otra naturaleza, para implementar un sistema estatal de programas de acompañamiento a los embarazos vulnerables con riesgo de aborto, especialmente en los casos de existir malformaciones congénitas letales del feto y cuando el embarazo sea producto de una violación. Asimismo, el Estado de Chile deberá adoptar medidas para promover e incentivar el desarrollo de los programas de acompañamiento en la Sociedad Civil.

ONG Comunidad y Justicia

Evaristo Lillo 112, of. 91, Las Condes, Santiago, Chile

F: (56 2) 22076389 // contacto@comunidadyjusticia.cl

Abril 2015

³⁷ Ver también: art. 12 N° 2 de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.