

**MENSAJE DE S.E. LA PRESIDENTA  
DE LA REPUBLICA CON EL QUE  
INICIA UN PROYECTO DE LEY QUE  
REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE  
LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA  
DEL EMBARAZO EN TRES  
CAUSALES.**

---

Santiago, 31 de enero de 2015

**M E N S A J E N° 1230-362/**

Honorable:

**A S.E. EL  
PRESIDENTE  
DE LA H.  
CÁMARA DE  
DIPUTADOS.**

En uso de mis facultades constitucionales, tengo el honor de someter a vuestra consideración un proyecto de ley sobre la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

**I. ANTECEDENTES**

- 1. La dignidad de las mujeres como atributo inviolable y el deber de respeto y protección**

En mi programa de Gobierno adquirí un compromiso con la ciudadanía. Luego, el pasado 21 de mayo, en el Mensaje a la Nación, formulé un llamado a tener una discusión madura e informada, debatiendo en el Congreso un proyecto de ley que despenalice la interrupción voluntaria del embarazo por tres causales específicas.

Hoy cumplimos con el compromiso asumido con el envío de este proyecto de ley, para someterlo a vuestro debate y luego convertirlo en ley de la República.

El proyecto que someto a vuestra consideración se hace cargo de ciertas experiencias de vida críticas. Esas situaciones se presentan cuando debe interrumpirse un embarazo para evitar un peligro para la vida de la mujer cuando el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina, o cuando el embarazo es producto de una violación.

Partimos de la base que la vida de toda persona, considerada en su máxima y más amplia dimensión, comprende no sólo su condición biológica, sino también los aspectos sociales y culturales que la constituyen. Por esta razón, nuestra Constitución Política se ocupa de consagrar el derecho a la vida y el derecho a la integridad física y psíquica de las personas, e impone a la ley el deber de proteger la vida del que está por nacer.

Junto con ello, el Estado debe equilibrar esos mandatos con aquellas situaciones que pueden afectar la vida, la salud, los derechos y, en definitiva, la dignidad de las mujeres en ciertas situaciones que conllevan la obligación de regular la interrupción del embarazo.

La normativa vigente sobre interrupción del embarazo, que la prohíbe sin excepciones, no responde al trato digno que el Estado de Chile debe otorgar a sus ciudadanas en estas situaciones y sitúa a nuestro país como uno de los cuatro en el mundo que lo criminaliza en todas sus modalidades, además de El Vaticano: Chile, Nicaragua, El Salvador y Malta.

Los hechos han demostrado que la prohibición absoluta y la criminalización de toda forma de interrupción del embarazo no han impedido ni impiden su práctica en condiciones de riesgo para la vida y salud de las mujeres, y, por el contrario, se traducen en una vulneración de sus derechos. Esto representa un problema social del cual debe hacerse cargo cabalmente el Estado.

En efecto, un Estado que respeta los derechos humanos no puede sentirse orgulloso ni satisfecho de amenazar con pena privativa

de libertad a aquellas mujeres que se encuentran en esta disyuntiva.

Los derechos de las mujeres están en el centro de esta propuesta. Por esa razón, las tres causales de interrupción legal del embarazo que el proyecto aborda, exigen como presupuesto de cada una la expresión de voluntad libre de la mujer, sin la cual dicha interrupción no puede tener lugar. En los casos específicos en que la mujer es incapaz, está incapacitada o cuando es menor de 14 años, el proyecto propone reglas especiales para resguardar su voluntad.

Del mismo modo, el Estado de Chile es laico y reconoce el derecho que asiste a toda persona para conducirse en su vida de acuerdo con sus convicciones y principios morales, sean éstos de carácter religioso o no, razón por la que contempla una regla para el caso de quienes deseen objetar en conciencia. Este es un acto estricta y esencialmente individual del profesional clínico que deba intervenir directamente en la interrupción del embarazo, de mediar la voluntad de la mujer en los casos a que se refiere. Con todo, este derecho no puede ser un obstáculo insalvable para acceder a la interrupción del embarazo.

Debemos reconocer que el Estado, en estas situaciones extremas, no puede imponer una decisión a las mujeres, ni penalizarlas, sino entregar alternativas, respetando su voluntad, ya sea que deseen continuar el embarazo u optar por interrumpirlo, para asegurar el pleno respeto de sus derechos.

## **2. Existe una realidad que no podemos ignorar**

Al analizar la información de los egresos hospitalarios desde 2001 a 2012, inclusive, hemos podido establecer que hubo 395.905 casos de abortos, es decir interrupciones del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un promedio de 32.992 casos/año, donde las mujeres y su entorno se encontraban en situaciones críticas.

Los registros de egresos hospitalarios por causas reproductivas nos permiten estimar el número de casos de interrupciones de los embarazos, espontáneas y provocadas, en nuestro país (ya sean por una condición

médica o por una alteración estructural, así como aquellas interrupciones que se desarrollan en forma voluntaria y que se complicaron y requirieron atención médica). Por tanto, los registros no dan cuenta de todos los casos de interrupciones de embarazos en Chile, sino sólo de los antes indicados, pues al estar penalizado en toda circunstancia, no se informa acerca de su realización. Como consecuencia, no contamos con encuestas sobre salud sexual y reproductiva en la que las mujeres pudieran informar acerca estos procedimientos.

En promedio, cada año se hospitalizan 16.510 mujeres/año, con embarazos de menos de 22 semanas que son pertinentes a las dos primeras causales que el presente proyecto autoriza (los códigos CIE-10 que se indican como interrupción del embarazo anormal o por razones de salud, según se describe en libros de la especialidad que son los que se enuncian a continuación: Embarazo ectópico (O00); Mola hidatiforme (O01); Otros productos anormales de la concepción (O02); Complicaciones consecutivas al aborto, embarazo ectópico y al embarazo molar).

Esto imprime una demanda a los sistemas de salud, tanto públicos como privados, que enfrentan de muy diversas maneras las necesidades de cuidados de salud de estas mujeres, generando grandes inequidades según el nivel de ingresos de la población.

Si analizamos estas cifras, y teniendo en mente las causales que se regulan en este proyecto, conforme a los antecedentes que posee el Ministerio de Salud, podemos señalar lo siguiente:

Tratándose de la primera causal que regula el presente proyecto, sabemos que el año 2012 hubo 54 mujeres que murieron en su proceso de gestación; 3 defunciones de 15 - 19 años: 5,6%; 6 defunciones de 20-24 años: 11,1%; 11 defunciones de 25-29 años: 20,4%; 15 defunciones de 30-34: 27,8%; 14 defunciones de 35-39 años: 25,9%; 3 defunciones de 40-44 años: 5,6%. Al realizar una auditoría de las muertes maternas en 2012 se pudo observar que el 40,0% de las defunciones maternas presentaban una patología médica concomitante (insuficiencia hepática, ductus arterioso persistente, hígado graso, tormenta tiroidea,

insuficiencia respiratoria aguda, coriocarcinoma metastásico, cardiopatía) y el 22,5%, presentó condiciones clínicas como Pre eclampsia Severa, Eclampsia, HELLP, de las cuales un porcentaje significativo de mujeres pudo haberse tratado clínicamente con interrupción del embarazo, para resguardar sus vidas.

Luego, en la segunda causal que trata el presente proyecto, la estimación del número de muertes por alteraciones estructurales incompatibles con la vida extrauterina en nuestro país, asumiendo un número de partos anuales de 250.000, sería alrededor de 500 casos anuales, según prevalencias por patologías. Estas estimaciones serían concordantes con las cifras analizadas de los años 2004 a 2012 sobre de muertes neonatales por alteraciones estructurales incompatibles con la vida extrauterina. Éstas últimas mostraron un promedio de 465 casos/año de niños menores de 28 días de vida que fallecen por malformaciones incompatibles con la vida.

Finalmente, en relación a los casos de embarazos secundarios originados por casos de violencia sexual, no existen datos que permitan dimensionar la magnitud de esta situación.

En efecto, al intentar estimar los embarazos a partir de los casos de delitos sexuales encontramos que no existen registros estadísticos integrados.

Si, además, se considera que no todos los delitos sexuales son denunciados, no es posible tener una cifra de casos efectivos. A esto se debe agregar que la probabilidad de que una mujer quede embarazada producto de una violación es de aproximadamente un 10% de los casos (oscilan las estimaciones entre el 3%, 5% y 17% según la fuente de los estudios analizados).

En virtud de lo anterior, estas cifras impactan las percepciones ciudadanas sobre los déficit de nuestra actual normativa. Prueba de ello es que estudios de opinión pública revelan que la ciudadanía respalda ampliamente la necesidad de despenalizar la interrupción del embarazo en las tres causales propuestas (CEP, julio de 2014; Adimark, julio de 2014; Cadem, enero de

2015), cuyos resultados arrojan que más del 70% de los encuestados apoya la despenalización por las tres causales.

### **3. Chile tiene una historia de políticas públicas en salud de las mujeres**

Diversos actores han contribuido desde hace décadas a mejorar las condiciones de la salud y de derechos de las mujeres en nuestro país. Ya en los años 30, el Movimiento de Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH), manifestaba la urgencia de contar con métodos anticonceptivos, así como una reglamentación científica que permitiera evitar el aborto clandestino y sus graves consecuencias, de manera que las mujeres pudieran decidir sobre su maternidad sin riesgos.

Nuestro ordenamiento jurídico buscó dar respuesta a la problemática de las consecuencias del aborto clandestino. Ya en la década del 30 esta realidad es considerada un problema de salud pública, de ahí que en el marco de la dictación del Código Sanitario, se permitió la interrupción del embarazo por razones terapéuticas (artículo 226).

Asimismo, médicos y matronas, desde antes de la creación del Servicio Nacional de Salud (1952), relevaban la salud materno-infantil como prioridad por la elevada mortalidad materna.

En 1960, la mortalidad materna era muy elevada (299/100.000 nacidos vivos), siendo más de un tercio a consecuencia de abortos inducidos y clandestinos. El 20% de las camas obstétricas estaba ocupado por mujeres con abortos complicados. El grupo más vulnerable eran mujeres de bajo nivel socioeconómico, con tres hijos o más.

El Presidente Eduardo Frei Montalva aprobó durante su Gobierno un nuevo Código Sanitario que mantuvo la interrupción del embarazo por razones terapéuticas. Cabe destacar que durante su mandato se desarrolló una amplia política nacional de planificación familiar y de educación sexual, no sólo desde el Ministerio de Salud, sino también desde el Ministerio de

Educación a través del programa "Vida Familiar y Educación Sexual".

La puesta en marcha del Programa Nacional de Planificación Familiar, en 1965, favoreció la disminución de abortos hospitalizados.

Al constatar la cantidad de muertes y de lesiones graves que se producían debido a los abortos clandestinos, los servicios de ginecología y obstetricia se hicieron cargo de esta situación. La iniciativa tuvo el respaldo del Presidente Salvador Allende, quien en su primer Mensaje al país, en 1971, manifestó la necesidad de avanzar a la "eventual legalización del aborto [...] y en términos más inmediatos una ampliación de los criterios para permitir el aborto terapéutico, en caso del fracaso de los métodos anticonceptivos".

Sobre esas experiencias se fueron generando las políticas públicas en salud sexual y reproductiva que fueron suspendidas por el golpe militar. La interrupción del embarazo por razones terapéuticas fue una legítima prestación de salud, reconocida por la comunidad médica y jurídica, además de la ciudadanía, hasta el año 1989. En las postrimerías de la dictadura, la Junta de Gobierno estableció la prohibición en toda circunstancia que rige hasta el día de hoy.

Con la recuperación de la democracia, en el gobierno del Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle, la salud sexual y reproductiva fue definida como una de las 16 prioridades de salud en el país.

Es importante reconocer que el Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, que articuló a numerosas organizaciones sociales, mantuvo su demanda presionando la respuesta gubernamental a lo largo de los años.

El Ministerio de Educación formuló una Política de Educación en Sexualidad y en 1996 implementó las JOCAS (Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad), a pesar las resistencias y polémicas que generó en algunos sectores de la opinión pública.

En 1997 el "Programa de Salud materno-perinatal del Ministerio de Salud" pasó a

ser el "Programa de Salud de la Mujer", con el objeto de contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, con un enfoque de riesgo que contempla la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud, con especial énfasis en la salud reproductiva.

En 2007 se creó el Programa Chile Crece Contigo, que institucionalizó la ley 20.379 con el Sistema Intersectorial de Protección Social (2009), que establece que niños y niñas se integran al sistema público de salud desde su primer control de gestación y son acompañados y apoyados hasta que ingresan al sistema escolar. Adicionalmente, se establece un acceso preferente de las familias a toda la red de servicios y prestaciones sociales del Estado.

En 2007 se aprobaron las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, impugnadas por algunos sectores ante el Tribunal Constitucional por incluir la anticoncepción de emergencia.

Tras la polémica generada y la reivindicación de actores políticos y sociales, se legisló y en 2010 se aprobó la Ley 20.418 que fijó las Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad. En dicha Ley se establece por primera vez, el deber del Estado de garantizar el acceso a los mecanismos de regulación de la fertilidad que la persona decida para sí, incluida la anticoncepción de emergencia, y que estudiantes de enseñanza media reciban educación en sexualidad.

En 2013 el sistema público de salud atendió a 1.368.298 mujeres, usuarias de métodos de regulación de la fertilidad. El 99,7% de los partos son atendidos por profesionales de la salud. Como consecuencia, existe una clara caída en las tasas de fecundidad en mujeres adultas y de mortalidad materna, siendo una de las más bajas del continente (18 por 100.000 nacidos vivos), con una consecuente disminución en la mortalidad neonatal. Sin embargo, no ha sido posible reducir esa mortalidad materna en 10 años.

De esta forma, tanto el proyecto de ley que se presenta, como las políticas públicas recién mencionadas, tienen por finalidad resguardar los derechos de las mujeres y ofrecerles una adecuada protección.

#### **4. Iniciativas parlamentarias para regular la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo**

Parlamentarios de todos los sectores han hecho eco de las demandas de la ciudadanía presentando varias iniciativas que buscan hacerse cargo de esta realidad. Así se puede observar en las valiosas mociones parlamentarias presentadas desde 1991 hasta 2014.

El primer proyecto que manifestó preocupación por esta situación fue presentado en 1991 por la Diputada Adriana Muñoz y los Diputados Armando Arancibia, Carlos Smok, Juan Pablo Letelier y Carlos Montes (Boletín N° 499-07). En 2003 las Diputadas Isabel Allende, Carmen Ibáñez, Adriana Muñoz y María Antonieta Saa y los diputados Enrique Accorsi, Guido Girardi, Carlos Jarpa, Arturo Longton, Osvaldo Palma y Fulvio Rossi presentan una nueva moción que intenta resolver esta problemática (Boletín N° 3197-11).

En 2009, la interrupción legal del embarazo fue objeto de interés de los Diputados Alfonso de Urresti, Álvaro Escobar, Marcos Espinosa, Ramón Farías, Tucapel Jiménez, Manuel Antonio Núñez, Jaime Quintana, Fulvio Rossi y Alejandro Sule, quienes presentaron un nuevo proyecto (Boletín N° 6420-11). Ese mismo año, el Senador Camilo Escalona presentó una moción (Boletín N° 6522-11), así como los Senadores Guido Girardi y Carlos Ominami (Boletín N° 6591-11).

En 2010, nuevamente los Senadores Ominami y Girardi, presentaron una iniciativa sobre esta materia (Boletín N° 6845-07) y este último formó parte de una nueva moción, junto con los Senadores Ricardo Lagos Weber, Jaime Quintana y Eugenio Tuma (Boletín N° 7391-07). Ese mismo año se presentó un proyecto de ley de los Senadores Jorge Pizarro, Mariano Ruiz-Esquide, Ignacio Walker y Andrés Zaldívar

(Boletín N° 7965-11) y otro del Senador Fulvio Rossi y la Senadora Evelyn Matthei (Boletín N° 7373-07).

En 2012 se debatió en el Senado la idea de legislar sobre esta materia, recogiendo las iniciativas mencionadas.

Recientemente, en 2013 la Senadora Isabel Allende y los Senadores José Antonio Gómez, Ricardo Lagos Weber y Fulvio Rossi, presentaron una nueva moción (Boletín N° 8862-11). En tanto, hicieron lo propio las Diputadas Adriana Muñoz, Clemira Pacheco y María Antonieta Saa, junto con los Diputados Gabriel Ascencio, Juan Luis Castro, Aldo Cornejo, Hugo Gutiérrez, Marco Antonio Núñez y Gabriel Silber, (Boletín N° 8925-11). Cabe destacar que durante ese mismo año, el Senador Guido Girardi presentó una nueva iniciativa (Boletín N° 9021-11).

También durante el 2013 cabe destacar la propuesta del Anteproyecto de Código Penal. La experiencia de este proceso ha sido útil para la comisión de profesores de derecho penal, convocados por el Ministerio de Justicia en septiembre de 2014, quienes actualmente están realizando una revisión integral de la legislación penal vigente, en cumplimiento del compromiso asumido.

Además, se deben mencionar las iniciativas presentadas en 2014 por la Senadora Adriana Muñoz y por los Senadores Alfonso de Urresti, Guido Girardi, Alejandro Guillier y Jaime Quintana (Boletín N° 9418-11) y la propuesta legislativa contenida en el Boletín N° 9480-11 presentada por la actual Presidenta del Senado, Isabel Allende, la Senadora Adriana Muñoz y por los senadores Guido Girardi, Alejandro Guillier y Jaime Quintana.

Cada uno de los proyectos y análisis prelegislativos mencionados representa un avance importante, al que contribuyeron también las organizaciones de mujeres y feministas, de médicos, médicas y matronas, de científicos y científicas, que han sostenido a lo largo de estos años, la necesidad imperiosa de establecer políticas públicas que atiendan el problema de la interrupción voluntaria del embarazo.

La presente iniciativa reconoce e incorpora este acervo y somete a la

consideración del Congreso Nacional y de la ciudadanía un proyecto que regula la despenalización de la interrupción del embarazo por las tres causales mencionadas, dando así cumplimiento a los compromisos explicitados en el programa de gobierno de esta Presidenta.

## **II. FUNDAMENTOS**

### **1. Nuestros compromisos con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos**

El Estado no puede, tal como se le ha representado por los organismos internacionales de Derechos Humanos, seguir rehuendo la situación que viven mujeres de distintas edades y condiciones y que afecta principalmente a quienes están en situaciones de mayor vulnerabilidad social, económica y cultural, ante la penalización absoluta de la interrupción del embarazo.

De conformidad al Derecho Internacional de los Derechos Humanos la denegación de la interrupción del embarazo, en determinadas circunstancias, puede constituir vulneraciones a derechos fundamentales. Son precisamente estas tres causales las que el actual proyecto pretende regular: cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer; cuando la gestante está obligada a llevar a término un embarazo sobre el cual se ha diagnosticado inviabilidad fetal; y cuando el embarazo es producto de violencia sexual. La prohibición absoluta de interrumpir el embarazo no reconoce que existen circunstancias en las cuales no es exigible a una mujer, por medio de la amenaza de una pena privativa de libertad, que continúe un embarazo.

La penalización del aborto sin excepciones en nuestro país constituye un incumplimiento inequívoco de las obligaciones internacionales contraídas por el Estado de Chile en relación a la garantía que debe existir respecto del pleno goce de los derechos a la vida y a la integridad física y psíquica de las mujeres. Es por ello que los organismos de Naciones Unidas, al hacer una revisión del cumplimiento de

compromisos internacionales del Estado que surgen de los tratados internacionales de derechos humanos vigentes, han hecho numerosas recomendaciones al Estado de Chile solicitándole que enmiende la actual normativa que penaliza sin excepciones la interrupción del embarazo.

Así, en 2004 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales recomendó al Estado que "revise su legislación y despenalice el aborto cuando se trate de abortos terapéuticos y cuando el embarazo sea consecuencia de violación o incesto" (Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con los Artículos 16 y 17 del Pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Chile, 33° período de sesiones, 1° de diciembre de 2004, E/C.12/1/Add.105, Párrafo 52).

El Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha exhortado a Chile a "revisar su postura de penalización de la interrupción del embarazo en toda circunstancia, incluso en los casos de violación, incesto y situaciones en que corre peligro la vida de la madre" (Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al Artículo 22 de la Convención, Observaciones finales Chile, 44° período de sesiones, 23 de Abril de 2007, CRC/C/CHL/CO/3, Párrafo 56).

Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas, en los exámenes de sus informes de 2006 y 2012 ha manifestado en forma consistente que la actual legislación sobre la interrupción del embarazo es deficitaria y que requiere de una modificación por parte del Estado.

En las observaciones finales de 2006 expresó "su preocupación por la insuficiencia del reconocimiento y la protección de los derechos relacionados con la salud reproductiva de la mujer en Chile. Le sigue suscitando preocupación el hecho de que el aborto en cualquier circunstancia constituya un delito enjuiciable con arreglo a la legislación chilena, lo que puede llevar a las mujeres a la búsqueda de

abortos inseguros e ilegales, con los consiguientes riesgos para su vida y su salud, así como por el hecho de que los abortos clandestinos sean la causa principal de mortalidad materna. [...]. El Comité recomienda que el Estado Parte considere la revisión de las leyes relativas al aborto con miras a suprimir las disposiciones punitivas aplicables a las mujeres que se someten a abortos y les dé acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos inseguros y reduzca las tasas de mortalidad materna, de conformidad con la recomendación general 24, relativa a la mujer y la salud, y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing" (Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile, 36° período de sesiones, 25 de agosto de 2006, CEDAW/C/CHI/CO/4, Párrafos 19 y 20).

En el examen del informe de 2012, el Comité lamentó profundamente que hayan fracasado iniciativas legislativas en especial "en los supuestos de riesgo para la salud o la vida de la madre, grave malformación del feto o violación" e instó al Estado que "[r]evisé la legislación vigente sobre el aborto con miras a despenalizarlo en los casos de violación, incesto o riesgo para la salud o la vida de la madre [...]" (Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Chile, adoptadas por el Comité en su 53° período de sesiones (1° a 19° de octubre de 2012), 53° período de sesiones 12 de noviembre de 2012, CEDAW/c/CHL/CO/5-6, Párrafo 34 y 35 letra d).

Lo propio hizo el Comité de Derechos Humanos, órgano que verifica el cumplimiento de las obligaciones internacionales surgidas del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Ya en 1999, el Comité había señalado que "[l]a penalización de todo aborto, sin excepción, plantea graves problemas, sobre todo a la luz de informes incontestados según los cuales muchas mujeres se someten a abortos ilegales poniendo en peligro sus vidas. El deber jurídico impuesto sobre el personal de salud de informar de los casos de mujeres que se hayan sometido a abortos puede inhibir a las

mujeres que quieran obtener tratamiento médico, poniendo así en peligro sus vidas. El Estado parte está en el deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la vida de todas las personas, incluidas las mujeres embarazadas que deciden interrumpir su embarazo. En este sentido el Comité recomienda que se revise la ley para establecer excepciones de la prohibición general de todo aborto y proteger el carácter confidencial de la información médica" (Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Chile, 65° período de sesiones, 30 de marzo de 1999, CCPR/C/79/Add.104, párrafo 15).

Sobre esta misma línea, en 2007 manifestó su "preocupación por la legislación indebidamente restrictiva del aborto, especialmente en casos en que la vida de la madre esté en peligro. Lamenta que su gobierno no tenga planeado legislar en la materia. (Artículo 6 del Pacto)" (Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos Chile, período de sesiones, 17 de abril de 2007, CCPR/C/CHL/CO/5, párrafo 8).

Es pertinente recordar, también, que el Estado de Chile aceptó las recomendaciones que sobre esta materia se le hicieron en el Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, realizado el año 2014.

Nuestro país no puede sustraerse a estas recomendaciones postergando por más tiempo una decisión, ni puede continuar soslayando la grave vulneración de derechos que esta situación supone.

## **2. Existe un contexto normativo global**

Las modificaciones que han solicitado los organismos de Naciones Unidas encargados del monitoreo del cumplimiento de los tratados internacionales de derechos humanos no son ajenas a la forma en que en el contexto mundial se ha legislado sobre la interrupción del embarazo.

En general, pueden distinguirse dos tipos de regulaciones. Un primer modelo es aquel que establece un sistema de plazos que permite la interrupción del embarazo sin exigir a la mujer justificar sus motivos. El segundo corresponde a aquellos que

establecen un sistema de indicaciones o causales. En este, para que una mujer pueda interrumpir su embarazo debe estar en alguna de las situaciones en que la ley lo permita. Habitualmente estas causales suelen ser médicas o terapéuticas, embriopáticas, criminológicas y socio-económicas. Este es el sistema que tiene Italia, Bolivia, Brasil, Colombia, Panamá, Argentina e Irlanda, y es el que se pretende adoptar mediante este proyecto de ley.

Igualmente, existen sistemas que combinan ambos modelos. A modo de ejemplo, las regulaciones alemana, española y uruguaya contemplan normativas con un sistema mixto. Particularmente en Alemania, se permite interrumpir el embarazo hasta las 12 semanas de gestación sin que se deban expresar motivos, pero contando con un sistema de consejería. Igualmente, se contemplan causales específicas en las que se justifica interrumpir el embarazo fuera del plazo establecido por ley.

Una modificación como la propuesta coloca a Chile dentro de los márgenes normativos que las restantes naciones del mundo han considerado adecuados para regular la interrupción del embarazo.

### **3. El Estado debe proteger y respetar la vida y la salud de las mujeres, reconociendo su autonomía**

La presentación del proyecto de ley tiene como fundamento el respeto por la vida. Es esencial que el Estado promueva las condiciones para una vida digna, por lo que resulta indispensable la protección de la vida de la mujer, así como la del que está por nacer. Por lo mismo, este proyecto tiene su fundamento principal en el reconocimiento de ciertos hechos, bien definidos, en que debemos reconocer que el Estado no puede castigar a una mujer por no perseverar en un embarazo que no desea y que la sitúa en una posición extrema.

El Estado y el presente proyecto de ley no obligarán a ninguna mujer a interrumpir su embarazo, sino que ofrecen opciones en caso de tres situaciones, para que ellas

puedan tomar una decisión de acuerdo a sus convicciones personales.

El proyecto de ley que sometemos a consideración aborda tres circunstancias críticas para las mujeres: permitirá interrumpir un embarazo para evitar un peligro para su vida, cuando el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina, o cuando el embarazo sea producto de una violación.

Asimismo, establece expresamente que la interrupción del embarazo sólo se puede llevar a cabo con la voluntad de la mujer. En ese sentido, hay que asegurarle el espacio de discernimiento donde ella pueda tomar su decisión y respetarla cualquiera ésta sea.

La interrupción del embarazo, que el proyecto propone despenalizar en los tres casos indicados, debe consagrarse como una legítima prestación de salud. Si no se asegura el que las mujeres puedan recurrir a establecimientos de salud, esta regulación será irrelevante. Más aún, se perpetuarían las desigualdades entre las mujeres a partir de su condición económica y social.

Ello significará una oportunidad y un desafío de fortalecimiento para el sistema de salud, en especial, de la atención primaria. Supone un cambio de la cultura de acogida y trato a las mujeres, que reconozca sus derechos, en especial en las difíciles situaciones que se abordan en este proyecto. Será necesario incorporar en las prestaciones de salud el control preconcepcional y el diagnóstico de patologías pre existentes, la adecuada derivación de alto riesgo, el diagnóstico precoz y oportuno de alteraciones estructurales genéticas o congénitas incompatibles con la vida extrauterina, el trato digno a las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual y, por supuesto, el reconocimiento de su voluntad en todos estos casos.

Al tratarse de una prestación de salud, la modificación principal debe hacerse en el Código Sanitario. Por otra parte, los cambios que se introducen en el Código Penal y en el Código Procesal Penal buscan

resguardar la responsabilidad de las mujeres y a las y los médicos, estableciendo un vínculo con el Código Sanitario.

### **III. OBJETIVOS**

#### **1. Una necesaria ponderación**

El proyecto de ley busca resolver un conflicto entre bienes que son inconmensurables. Se trata de situaciones extremas en que la afectación de la dignidad y de los derechos de la mujer es tal que no puede sino garantizarse un espacio de discernimiento para ella. Por lo mismo, la voluntad libre expresada de manera escrita y previa es un supuesto de todas las causales.

Los fundamentos de estas tres causales serán analizados a continuación.

##### **a. Peligro de la vida de la mujer embarazada.**

La primera causal consiste en el peligro de la vida de la mujer embarazada. La finalidad de esta indicación es permitir que la mujer tenga acceso a los tratamientos médicos necesarios para preservar su vida, aun cuando la realización de los mismos implique la interrupción del embarazo.

La penalización sin ningún tipo de excepción genera incertidumbre en los equipos médicos, al no existir claridad de que las acciones que se llevan a cabo para la protección de la vida de la mujer no sean sancionadas penalmente. A su vez, la actual regulación no asegura que sea la mujer quien tome la decisión en conciencia.

##### **b. Embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina.**

La segunda causal que permite interrumpir un embarazo, consiste en aquellos casos en que el embrión o feto padezca una alteración estructural congénitas o genéticas que sean incompatibles con la vida extrauterina, las que deberán ser debidamente diagnosticadas por un equipo médico. Forzar a

la mujer a llevar a término tal embarazo, o bien obligarla a que espere la muerte del feto, supone mantenerla en un permanente estado de duelo. El Estado debe asegurar condiciones adecuadas para que sea la mujer la que tome una decisión, lo haga acompañada por sus redes relevantes, si así lo desea, y ofrecer los cuidados paliativos que sean del caso.

**c. Embarazo producto de una violación.**

La tercera causal comprende los embarazos que se originan por una violación. Es decir, la mujer se encuentra embarazada por un acto realizado contra o sin su voluntad mediante violencia o coerción. En estas circunstancias no es posible exigir a la mujer la continuación del embarazo si es que ella no quiere mantenerlo debido a su origen. No reconocer la posibilidad de que ella decida si desea o no continuar con el embarazo, constituye una nueva negación de su voluntad e imponerle una obligación estatal por un acto en esencia abrogatorio de su dignidad. El trauma de la violencia sexual no puede ser agravado por el Estado, obligando siempre y en toda circunstancia a mantener el embarazo contra la voluntad de la mujer.

**2. Protección de las niñas y adolescentes**

El ordenamiento jurídico protege el interés superior de las niñas y reconoce su autonomía progresiva. Es por ello que, en coherencia con otras normas aplicables a niñas y adolescentes, se han dado ciertas reglas especiales.

En nuestro derecho, por una parte, se les imputa responsabilidad penal a los mayores de 14 años en la ley N° 20.084, que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal; por otra parte, con la ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, se reconocen márgenes importantes de libertad para los mismos. Del mismo modo, el presente proyecto se enmarca en un reconocimiento de autonomía limitada para las menores de 18 y mayores de 14 años. En efecto, si bien se le da eficacia

a su manifestación de voluntad, se cautela el conocimiento de sus representantes legales o, a falta de éstos, de otro adulto. Desde el punto de vista sanitario, además, la presencia de sus mayores es una garantía para la menor.

Por otro lado, es importante recordar que en el Código Penal se reconoce a las personas mayores de catorce años autonomía sexual, mediando su consentimiento.

Una cuestión distinta ocurre con las menores de 14 años. En este caso, deben actuar con autorización de su representante legal, sea su padre o madre u otro adulto responsable. Esta regulación eleva los estándares de participación de los representantes legales de las menores, en comparación con la ley N° 20.418. No obstante, es importante reconocer un legítimo espacio de discernimiento a la menor, habida consideración que será ella quien sobrellevará las consecuencias de la decisión. Por ello, junto al equipo de salud, se establece la posibilidad de acceder al juez de familia para que éste otorgue la autorización respectiva, en subsidio de sus representantes, siempre que concurren los requisitos de la causal respectiva.

Finalmente el proyecto reconoce que la violencia sexual que afecta a las niñas y adolescentes con frecuencia se manifiesta dentro de su propio hogar. Es por ello que autoriza a el o la médico(a) cirujano(a) a prescindir de la solicitud de autorización al representante legal de las menores de 14 años, cuando existan antecedentes para afirmar que, al hacerlo, se expondrá a la menor a un riesgo de violencia intrafamiliar, coacción, amenaza o maltrato, o incluso a una posible situación de desarraigo o de abandono. En tal caso, puede acudir al juez de familia competente.

### **3. Destacar el rol de los prestadores y profesionales de la salud**

#### **a. En la información sanitaria para una decisión conciente.**

El proyecto prevé, cualquiera sea la causal invocada, la obligación del prestador de salud de otorgar información veraz. Ésta se establece como una instancia a partir de la cual el discernimiento de la mujer se acompaña de toda la información que necesita para tomar una decisión. Hemos estimado necesario destacar que la información que se entregue es respetuosa de la decisión de la mujer para que, en concordancia con la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, ésta ejerza informada y libremente su opción.

Adicionalmente, la obligación del prestador se extiende a entregar, por escrito, información sobre alternativas a la interrupción del embarazo. Nuevamente lo que se persigue es asegurar que la mujer cuente con toda la información que le permita tomar una decisión libre.

#### **b. En la constatación de las causales**

Se establece un procedimiento que trata de ponderar, por una parte, la necesidad de otorgar una prestación médica rápida y respetuosa de la situación compleja que está viviendo la mujer. Por otra, con la necesidad de contar con diagnósticos certeros que permitan realizar las acciones de salud necesarias con respeto a la legislación vigente.

Así, la regla general es que se requiere el diagnóstico de un(a) médico(a) cirujano(a), ratificado por el de otro profesional. Esta regla, sin embargo, reconoce excepciones en los casos en que se requiere una intervención médica inmediata e impostergable. Ello ocurrirá, por ejemplo, cuando el riesgo para la vida o la salud de la mujer sea inminente. Por lo mismo, no se requiere tal ratificación en el caso de un embarazo ectópico.

En el caso de la violación, consideramos que no se puede imponer a la

mujer someterse a un proceso penal, como condición para interrumpir su embarazo. Cuando una mujer ha sido víctima de violencia sexual, debe primar su protección y bienestar, sin que se pierda de vista que la prestación médica no puede depender de los resultados de un proceso penal.

**c. En la objeción de conciencia**

Como se ha dicho, este proyecto encara situaciones difíciles, donde las convicciones profundas de cada persona están en juego. Es por ello que se le reconoce a el o la médico(a) cirujano(a) la posibilidad de expresar, por escrito y previamente, su objeción de conciencia. Además, se hace explícito el deber ético del médico afectado por la objeción de conciencia de informar cuando una paciente se encuentra en alguna de las causales. Desde luego, se trata de un derecho propio del médico que interviene, en tanto persona natural.

Como contrapartida, el prestador de salud tiene la obligación de derivar a la mujer a un profesional que no esté afectado por la objeción de conciencia.

Con todo, la objeción de conciencia no puede ser un obstáculo en aquellos casos excepcionales en que la mujer requiere una interrupción del embarazo de modo inmediato e impostergable y, además, no existe otro médico que pueda realizar la intervención.

**d. En la confidencialidad**

Además, el proyecto busca prevenir que la mujer se inhiba de entregar información fidedigna acerca de su condición de salud al personal médico o de solicitar asistencia médica por temor a una posible sanción penal. Con este objetivo en mente, se busca privilegiar el deber de confidencialidad por sobre el deber de denuncia ante una interrupción del embarazo realizada por la mujer o por un tercero con su consentimiento.

De esta forma, la relación entre el equipo de salud y la paciente no se ve condicionada, permitiendo que todas las acciones de salud conducentes a restablecer

la vida e integridad de la paciente sean realizadas en tiempo y forma.

#### **IV. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY**

Por los fundamentos ya descritos, el proyecto de ley que someto a vuestra consideración establece una nueva normativa sobre despenalización de la interrupción del embarazo por tres causales específicas, modificando el Código Sanitario, Penal y Procesal Penal.

##### **1. Causales para despenalizar la interrupción del embarazo**

El proyecto de ley establece tres causales específicas que permiten la despenalización de la interrupción del embarazo.

La primera causal consiste en aquél caso en que la mujer se encuentra en riesgo vital presente o futuro.

La segunda causal corresponde a los casos en que el embrión o feto padezca alteraciones estructurales congénitas o genéticas incompatibles con la vida extrauterina.

La tercera causal se aplica cuando el embarazo es resultado de una violación, con un límite general de tiempo de 12 semanas de gestación y de 18 semanas cuando se trata de menores de 14 años. En este caso, se ha cuidado establecer un procedimiento de constatación respetuoso de la dignidad de las mujeres y que asegura una intervención médica eficaz.

##### **2. Manifestación de voluntad de la mujer**

El proyecto de ley contempla diversas disposiciones en relación con la manifestación de voluntad de la mujer para la interrupción del embarazo por las tres causales señaladas.

En primer lugar, el proyecto establece que la mujer es quien debe decidir si continúa o no con el embarazo. La manifestación de voluntad debe ser expresa, previa y constar por escrito. Cuando ello no es posible, el proyecto se remite a la legislación vigente.

En segundo lugar, se regula la manifestación de voluntad de las menores de edad. Se distingue entre menores de 14 años y mayores de 14 y menores de 18. En el caso de las menores de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal.

A falta de la autorización del representante legal, la menor, asistida por un integrante del equipo de salud, podrá solicitar la intervención del Tribunal de Familia competente para que éste otorgue la autorización, siempre que concurra la causal respectiva. El Tribunal deberá pronunciarse, sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a la presentación de la solicitud. El juez oirá a la menor y, en su caso, al integrante del equipo de salud que la asiste.

También se podrá recurrir al Tribunal de Familia cuando a juicio del médico(a) cirujano(a) existan antecedentes para afirmar que la solicitud de autorización al representante legal generará graves riesgos para la menor.

Las mayores de 14 y menores de 18 años podrán requerir o manifestar por sí su voluntad, sin perjuicio de que el representante legal deberá ser informado de la decisión. A falta de éste, o cuando la información pueda generar graves riesgos para la menor, otro adulto a elección de la menor será informado.

### **3. Procedimiento**

El proyecto de ley indica que para realizar la intervención en los casos regulados en las primeras dos causales, se requiere el diagnóstico de un(a) médico(a) cirujano(a) y la ratificación de dicho diagnóstico por otro profesional de iguales características. Podrá prescindirse de la ratificación en caso que se requiera realizar una atención médica inmediata e impostergable.

Cuando se invoque la tercera causal, un equipo de salud deberá evaluar e informar de la concurrencia de los hechos que la

constituyen asegurando en todo momento un trato digno y respetuoso hacia la mujer.

#### **4. Objeción de conciencia**

El proyecto de ley establece que el (la) médico(a) podrá abstenerse de interrumpir un embarazo cuando haya manifestado, en forma escrita y previa, su objeción de conciencia, pero no podrá excusarse de realizar la interrupción cuando la mujer requiera atención inmediata e impostergable y no exista otra persona que pueda realizarla. Igualmente, se establece la obligación del(de la) prestador(a) de salud de reasignar a otro médico(a) cirujano(a) que no haya objetado en conciencia, a la mujer que requiera la intervención, así como el deber del médico(a) cirujano(a) que haya objetado en conciencia de informar acerca de la necesidad de reasignación.

#### **5. Información objetiva**

Se regula una oportunidad de entrega de información que tenga por finalidad proporcionar a la mujer aquella que sea necesaria sobre la prestación médica y sus riesgos inherentes. Esta instancia debe ser respetuosa de la decisión de la mujer y no tendrá por finalidad influir en su voluntad.

A su vez, en las causales segunda y tercera, se le entregará a la mujer información por escrito sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo programas de apoyo social y económico disponibles.

#### **6. Modificación de regulación penal**

Asegurando la necesaria concordancia con el Código Sanitario, el Proyecto de ley agrega dos nuevos incisos a los artículos 344 y 345 del Código Penal, que establecen expresamente que no constituye delito de aborto la interrupción del embarazo en los casos autorizados por este proyecto ley.

## 7. **Modificación de Código Procesal Penal**

Se agregan dos disposiciones que hacen primar el deber de confidencialidad por sobre el deber de denuncia en caso de estar frente a una interrupción del embarazo realizada por la mujer o por un tercero con su consentimiento. Con ello, se permite que la relación médico-paciente no esté condicionada por la amenaza penal.

En consecuencia, tengo el honor de someter a vuestra consideración, el siguiente

### **P R O Y E C T O   D E   L E Y:**

**"Artículo 1°.-** Modifícase el Código Sanitario en la forma que se indica a continuación:

**1)** Sustitúyese el artículo 119 por el siguiente, nuevo:

"Artículo 119. Mediando la voluntad de la mujer, un(a) médico(a) cirujano(a) se encuentra autorizado(a) para interrumpir un embarazo cuando:

1) La mujer se encuentre en riesgo vital, presente o futuro, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.

2) El embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina.

3) Es resultado de una violación, en los términos del inciso segundo del artículo siguiente, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de dieciocho semanas de gestación.

En cualquiera de las causales anteriores, la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo. Cuando ello no sea posible, se aplicará el artículo 15 de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos siguientes.

Tratándose de una menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal o de uno de ellos, a elección de la menor, si tuviere más de uno. A falta de autorización, la menor, asistida de un integrante del equipo de salud, podrá solicitar la intervención del Tribunal de Familia competente para que constate la concurrencia de la causal. El Tribunal autorizará la interrupción del embarazo, sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la menor y, si lo estimare, al integrante de éste que la asista.

Cuando a juicio del médico(a) cirujano(a) existan antecedentes para afirmar que la solicitud de autorización al representante legal generará para la menor de 14 años un riesgo de violencia intrafamiliar, coacción, amenaza o maltrato, o una posible situación de desarraigo o de abandono, se prescindirá de ésta y se solicitará una autorización sustitutiva al Tribunal de Familia competente, el que deberá pronunciarse conforme al procedimiento establecido en el inciso anterior.

La mayor de 14 y menor de 18 años podrá manifestar por sí su voluntad para la interrupción de su embarazo. Su representante legal o uno de ellos a su elección, si tuviere más de uno, deberá ser informado de su decisión. A falta de éste, o si existen antecedentes para afirmar que la información al representante legal generará para la menor alguno de los riesgos señalados en el inciso anterior, la menor deberá designar otro adulto que será informado.

El prestador de salud deberá entregarle a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica según lo establecido en los artículos 8° y 10 de la ley N° 20.584. En cualquier caso, el prestador de salud deberá entregar a la mujer información por escrito sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social y económico disponible.

En ningún caso esta información estará destinada a influir en la voluntad de la mujer.”.

**2)** Introdúcese el siguiente artículo 119 bis, nuevo:

“Artículo 119 bis. Para realizar la intervención en los casos que autorizan los numerales 1) y 2) del artículo anterior, se deberá contar con el diagnóstico escrito de un(a) médico(a) cirujano(a) y con la ratificación de ese diagnóstico, dada por otro(a) médico(a) cirujano(a), también en forma escrita y previa. En caso de que se requiera una intervención médica inmediata e impostergable, podrá prescindirse de la ratificación. Tratándose del diagnóstico de un embarazo ectópico no se requerirá la ratificación para interrumpir el embarazo.

En el caso del numeral 3) del artículo 119, un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, evaluará e informará la concurrencia de los hechos que la constituyen. En el cumplimiento de su cometido dicho equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso.”.

**3)** Introdúcese el siguiente artículo 119 ter, nuevo:

“Artículo 119 ter. El(la) médico(a) cirujano(a) que sea requerido(a) para interrumpir el embarazo en las causales descritas en el artículo 119, podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiera manifestado su objeción de conciencia al(la) Director(a) del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. El establecimiento tendrá la obligación de reasignar otro médico(a) cirujano(a) a la paciente o de derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción. El Ministerio de Salud deberá dictar los protocolos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia.

El(la) médico(a) cirujano(a) que ha manifestado objeción en conciencia y es requerido(a) para interrumpir un embarazo, tiene la obligación de informar de inmediato al Director(a) del establecimiento de salud que la mujer requirente debe ser derivada.

En el caso que la mujer requiera atención médica inmediata e impostergable, quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo en la medida que no exista otro(a) médico(a) cirujano(a) que pueda realizar la intervención.”.

**Artículo 2°.-** Modifícase el Código Penal en la forma que se indica a continuación:

**1)** Agrégase en el artículo 344 el siguiente inciso tercero, nuevo:

“No constituye delito de aborto la interrupción voluntaria del embarazo en los casos autorizados en el artículo 119 del Código Sanitario.”.

**2)** Agrégase en el artículo 345 el siguiente inciso segundo, nuevo:

“No constituye delito de aborto la interrupción voluntaria del embarazo en los casos autorizados en el artículo 119 del Código Sanitario.”.

**Artículo 3°.-** Modifícase el Código Procesal Penal en la forma que se indica a continuación:

1) Agrégase en el artículo 175, letra d), entre las palabras "delito," e "y" lo siguiente: "con excepción del delito establecido en el artículo 344 del Código Penal, respecto del cual prima el deber de confidencialidad,".

2) Sustitúyese en el artículo 200, el punto seguido (.) ubicado luego de la palabra "encontrado" por una coma (,) y agréguese lo siguiente: "con excepción del delito establecido en el artículo 344 del Código Penal, respecto del cual prima el deber de confidencialidad.".

Dios guarde a V.E.,

**MICHELLE BACHELET JERIA**  
Presidenta de la República

**ALBERTO ARENAS DE MESA**  
Ministro de Hacienda

**XIMENA RINCÓN GONZÁLEZ**  
Ministra  
Secretaria General de la Presidencia

**JOSÉ ANTONIO GÓMEZ URRUTIA**  
Ministro de Justicia

**CARMEN CASTILLO TAUCHER**  
Ministra de Salud

**CLAUDIA PASCUAL GRAU**  
Ministra Directora  
Servicio Nacional de la Mujer