

COMISIÓN DE MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO
PERÍODO LEGISLATIVO 2018-2022

ACTA DE SESIÓN ORDINARIA N°95 LEGISLATURA 368ª, CELEBRADA EN
MIÉRCOLES 10 DE MARZO DE 2021, DE 15.00 A 16.45 HORAS.

SUMA

Continuar la discusión general del proyecto de ley que modifica el Código Penal, para despenalizar el aborto consentido por la mujer dentro de las primeras catorce semanas de gestación, boletín N° 12.038-34.

Presidió la sesión la diputada **Maite Orsini Pascal**.

Actuó, en calidad de Secretario de la Comisión, de manera presencial, el abogado señor Carlos Cámara Oyarzo; como abogada ayudante, la señorita Elizabeth Cangas Shand; y como secretaria ejecutiva la señora Mariel Camprubi Labra, ambas vía remota.

I.- ASISTENCIA

Asistieron, vía telemática, las diputadas integrantes de la Comisión señoras Marcela Hernando Pérez, María José Hoffmann Opazo, Ximena Ossandón Irrarrázabal, Nora Cuevas Contreras y Camila Rojas Valderrama.

Asistieron, de manera presencial, las diputadas integrantes de la Comisión señoras Karol Cariola Oliva, Maya Fernández Allende, Erika Olivera de la Fuente, Patricia Rubio Escobar, Joanna Pérez Olea, y la ya citada Presidenta de la Comisión Maite Orsini Pascal.

También, participaron en la sesión las diputadas Francesca Muñoz González y Karin Luck Urban.

Asimismo, participaron en calidad de invitadas, todas vía telemática, la señora Francine Michelle De Martini Ramírez, médico en Ginecología, Obstetricia y Perinatología en el Hospital Regional de Talca; la señora Carolina Aguilera, Urgencióloga de la Universidad Católica de Chile; la señora Andrea Huneus, Ginecóloga Infanto Juvenil de la Universidad de Chile, Magíster en Salud Pública Materno Infantil de la Universidad de California Berkeley, Profesora Adjunta Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Chile, Staff Centro de Adolescencia Clínica Alemana de Santiago; y la señora

Dominique Truan, médico cirujano gineco-obstetra de la Universidad de Chile, dedicada a la Obstetricia de Alto Riesgo en el sistema público, CRS Cordillera Oriente, Santiago, diplomada en salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina U. Isalud, Argentina, representante de Chile en el Comité contra el Aborto Inseguro de la FIGO.

II.- ACTAS

El acta de la sesión 93^a se da por aprobada por no haber sido objeto de observación. El acta de la sesión 94^a, se pone a disposición de las señoras diputadas.

III.- CUENTA

El Abogado Secretario de la Comisión informó que se recibieron los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Proyecto iniciado en moción del diputado señor Torres, y de las diputadas señoras Cariola; Castillo; Cicardini; Hernando; Mix; Orsini; Rojas; Vallejo, y Yeomans, que modifica el Código Sanitario para hacer aplicables las normas sobre despenalización del aborto a toda persona con capacidad de gestar, boletín N° 14.074-34

2.- Oficio del Secretario General de la Corporación, por el cual informa que la diputada Gael Yeomans Araya, será reemplazada en forma permanente por la diputada Camila Rojas Valderrama.

3.- Oficio del Secretario General de la Corporación, por el cual comunica que la Diputada Patricia Rubio Escobar, integrará la Comisión de Mujeres y Equidad de Género.

4.- Correo del Colegio Médico de Chile, por el cual comunican que su Presidenta, la doctora Izkia Siches, no podrá participar en la sesión de hoy ya que se encuentran estudiando el proyecto con el departamento de ética y género, y por ello solicita ser invitada en otra oportunidad.

5.- Comunicación enviada por la diputada señora Camila Vallejo, en que se solicita se invite a las señoras Paula González y Manuela Lagos, con ocasión de denuncias de situaciones de incumplimiento de condiciones laborales en el servicio de atención telefónica y telemática del Servicio Nacional de la Mujer, conocido como "Fono Atención 1455", junto con dirigentas de los gremios que agrupan a funcionarias y funcionarios del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género y el Sernameg.

IV.- ORDEN DEL DÍA

Continuar la discusión general del proyecto de ley que modifica el Código Penal, para despenalizar el aborto consentido por la mujer dentro de las primeras catorce semanas de gestación, boletín N° 12.038-34.

La señora **Francine Michelle De Martini Ramírez**, médico en Ginecología, Obstetricia y Perinatología en el Hospital Regional de Talca, señaló que es chileno venezolana y tuvo que emigrar de Venezuela por la deplorable situación en que el país se encuentra, incluyendo la mala condición social sanitaria. Se formó en su país de origen y trabajó 7 años como médico general y, también, en su especialidad, lleva 9 años ejerciendo en Chile, como médico y docente.

Se refirió a su experiencia en ambos países, haciendo una yuxtaposición entre lo que vivió en Venezuela con el aborto y en Chile con el acompañamiento. En su país de origen el aborto es legal sólo si hay riesgo vital para la madre, sin embargo, en el Hospital Universitario de Caracas, lugar donde se formó y laboró, y que es un sitio de referencia nacional para las malformaciones fetales, existe un protocolo que permite la interrupción del embarazo por malformaciones que son, teóricamente, incompatibles con la vida. Hizo presente, que en Venezuela nunca fue informada de la objeción de conciencia, por lo que se sintió obligada a practicar abortos, perdiendo su autonomía por desinformación.

Así, fue parte del proceso de interrupción de embarazo de muchas pacientes, a las que solo les daba información sobre la inviabilidad del feto pero no les daba otras alternativas y, al no tenerlas, casi todas abortaron. El proceso, desde que la paciente tomaba la decisión hasta que se realizaba el procedimiento, no era feliz, todas lloraban, porque ninguna mujer quiere abortar. Posterior al aborto, ninguna de ellas mejoró emocionalmente, ninguna cerró el ciclo y, como equipo médico, no había más que ofrecerles. Las mujeres se empiezan a sentir madres desde el retraso menstrual y, definitivamente, interrumpir el embarazo no cambia esa condición, sólo permite que la mujer sea abandonada por el sistema, al considerarse que el “problema” ya está resuelto.

Al llegar a Chile, hace 9 años, el aborto no estaba permitido bajo ninguna circunstancias, por lo que junto con informar a la madre el diagnóstico de malformación fetal incompatible con la vida realizó el debido acompañamiento durante todo el proceso. Todas tuvieron autonomía para decidir si querían ver a su hijo, si querían ponerle un nombre, si querían darle sepultura. Algunas perdieron a su hijo antes de nacer, otras durante el proceso de parto y, la gran mayoría,

tuvieron un hijo vivo que falleció minutos, horas o días después. Todas vivieron su proceso, cerraron el ciclo y fueron dadas de alta emocionalmente.

A continuación, mencionó dos ejemplos de experiencias con sus pacientes que dan cuenta de lo anteriormente expresado y de que si el aborto es la única opción que el sistema entrega a las mujeres, éstas pierden su autonomía y libertad de decidir, ya que se sienten coaccionadas a hacerlo.

Puede ocurrir que la primera sensación de la madre después de abortar sea alivio pero, en algún momento de su vida, verá las secuelas de haber decidido terminar con la vida de su hijo. Además, el aborto no terminará con las circunstancias que la llevaron a tomar esa decisión, por lo que se seguirá encontrando en una situación de vulnerabilidad, y ese sí es el verdadero ciclo de victimización de la mujer.

Acotó que, ni en Chile ni en Venezuela, ha visto mujeres presas por practicarse abortos pero sí ha visto cómo las denuncias de estas situaciones llevan a la exposición de situaciones personales, sociales y familiares de la mujer, que dan cuenta de lo vulnerable que son.

Reflexionó que, si existiesen prestaciones de servicio que permitieran entregar opciones distintas y dar verdadero acompañamiento a las pacientes en todo el proceso, los resultados serían diferentes. El acompañamiento de las tres causales debiese hacerse extensivo a embarazos vulnerables, porque si una mujer no quiere tener a su hijo el Estado debe hacerse cargo y no abandonarla. Todos concuerdan en que las mujeres no quieren abortar, quieren una solución a su problema, que no es el embarazo, sino todo lo que gira en torno a él y las consecuencias que conlleva.

En consecuencia, el verdadero reto de la presente Comisión es conciliar la autonomía de la mujer con la vida del feto, ya que no se puede negar que ahí hay vida. La mujer es una víctima del Estado, de la sociedad, de su familia y de las circunstancias y, para no seguir victimizándolas, se les debe ayudar de verdad, haciendo políticas públicas coherentes con sus verdaderas necesidades.

Respondió a las consultas de las parlamentarias presentes señalando que no puede señalar cuáles serían las otras opciones que debiesen darse a una madre que sufre un embarazo no deseado. Lo que sí sabe es que el aborto no puede ser la única opción que se entregue por parte del Estado y los equipos de salud.

Todo lo que se ha señalado en el debate de este proyecto de ley, en relación a la problemática que genera el aborto clandestino, es cierto, pero se debe entender que el aborto es sólo la expresión de una serie de problemas, que no se resuelven por eliminar al niño que está por nacer. Lo relevante es buscar

esos problemas de base y darles solución, hacerse verdaderamente cargo de las causas del aborto.

La señora **Carolina Aguilera**, médico urgenciólogo de la Universidad Católica de Chile, señaló que se desempeña como médico en el sistema de salud público exclusivamente, en un hospital que atiende población muy vulnerable, por lo que ha podido ver de manera directa la materia que se debate. Su opinión se fundará en esa realidad y en su calidad de mujer y madre.

La realidad del embarazo no deseado es una realidad que afecta a muchas mujeres, en Chile y en el mundo, difícil de cuantificar y que tiene tantas causas como mujeres que lo sufren. El presente proyecto de ley pretende dar una solución a esta problemática despenalizando el aborto y, en consecuencia, una mujer que no quiera ser madre podrá terminar con la vida de su hijo, antes de las 14 semanas de gestación, sin sufrir ninguna pena, tampoco sufrirá consecuencias el equipo médico que la asista.

El aborto es considerado y percibido como algo indeseado, tanto por quienes creen en su legalización como en quienes no. La mujer que aborta no quiere hacerlo, preferiría no haberse embarazado o perder su hijo de manera espontánea, porque desde el momento en que se entera que será madre ya sabe que está esperando un hijo. Todas las discusiones legales, científicas y filosóficas que giran en torno al aborto, respecto a qué es en definitiva lo que se aborta, le son indiferentes. Solo importa a esa mujer el hecho que esta embarazada, que dentro de ella está su hijo y que no lo quiere. La alternativa que le presenta la moción en estudio es el aborto, obligándola a decidir en un momento dramático para ella, de extrema vulnerabilidad. Si opta por el aborto, quizás nadie externo la juzgue pero ella lo hará toda la vida, sentirá su corazón encarcelado por el dolor atemporal de haberse convertido en el verdugo de su propio hijo.

La despenalización del aborto no pone fin al problema de los embarazos no deseados, las circunstancias dramáticas que llevan a una mujer a abortar seguirán ocurriendo pero el Estado y la sociedad se habrán desentendido, traspasándole la responsabilidad a una frágil mujer, coartada en su libertad, imposibilitada de hacer uso de su autonomía, la decisión de si lleva adelante el embarazo o no. En ese sentido el presente proyecto disfraza la autonomía de la mujer y lo ofrece como algo que no es.

La gran mayoría de las mujeres que abortan en Chile sufren diversas problemáticas: hacinamiento; violencia intrafamiliar; alcoholismo y/o drogadicción; largas jornadas de trabajo con baja remuneración; imposibilidad de ofrecer a un nuevo hijo, por falta de recursos económicos, alimento, educación o

vestimenta; ingreso reciente a la educación superior y miedo a tener que abandonar los estudios; entre otras.

El aborto no se ofrece en interés de la mujer que aborta, los beneficiados son otros. El aborto es una solución simple y económica. Es más económico que mejorar las viviendas de muchas familias chilenas que viven hacinadas en campamentos, que implementar un programa de educación sexual decente y de calidad, que mejorar las condiciones paupérrimas en que viven nuestros niños del Sename, que implementar un programa de acompañamiento multidisciplinario, que hacerse cargo de las inequidades que sufren las mujeres por ser madres.

Manifestó que la creación e implementación de buenas políticas públicas tiene un enorme impacto en la sociedad civil, destacando, en el tema de la maternidad, la que tenía por objetivo disminuir la tasa de mortalidad materna, lográndose índices equiparables o mejores a países desarrollados y, la que logró un descenso vertiginoso del embarazo adolescente.

La despenalización del aborto solo oculta la realidad del embarazo no deseado y desincentiva al Estado a buscar políticas públicas que verdaderamente eliminen la inequidad entre hombres y mujeres y mejoren las condiciones de vida de las chilenas.

Finalmente, a solicitud de algunas diputadas presentes, se comprometió a hacer llegar a la Comisión las fuentes y datos que fundan la caracterización que expuso sobre el perfil de las mujeres que abortan en Chile.

La señora **Andrea Huneeus**, profesora y médico ginecóloga infanto juvenil de la Clínica Alemana de Santiago, hizo presente que su exposición se basará en lo que señala la evidencia médica en el área de la epidemiología del aborto provocado, área de la medicina que estudia la distribución, frecuencia y factores determinantes de las condiciones de salud, con el objeto de ilustrar a la Comisión sobre la pertinencia de la moción.

El aborto es una situación extrema y dolorosa a la que ninguna mujer quisiera verse expuesta y, como Nación, se debe hacer todo lo posible para evitarlo, aunque está ampliamente estudiado que si se quiere evitar el aborto prohibirlo no sirve.

El 25% de los embarazos en el mundo, es decir, 1 de cada 4, termina en un aborto provocado, porcentaje que se ha mantenido más o menos fijo desde las primeras mediciones globales que se hicieron en los años '90, sin embargo la tasa de abortos es sustancialmente menor en países desarrollados donde el aborto es legal y ha caído 11 puntos desde los años '90. En Latinoamérica, con legislaciones más restrictivas, el porcentaje de embarazos que

termina en aborto es de 30%, hace 20 años. Si se agrupa a los países, según el estatus legal del aborto, la tasa de abortos es similar: 37 por cada mil mujeres en países donde está prohibido y 34 en países donde es legal.

La epidemiología muestra que las mujeres que se ven enfrentadas a un embarazo no deseado y quieren practicarse un aborto lo hacen con independencia a la legislación de su país. Eso demuestra que las leyes que penalizan el aborto no cumplen su objetivo de evitar su práctica o salvar la vida del que está por nacer. En cambio, logran que se practiquen abortos inseguros, que no son realizados por profesionales competentes. En los países con restricción del aborto, alrededor de un 40% de estos procedimientos tiene complicaciones y un 13% de las muertes maternas que se producen son por abortos inseguros. La mortalidad por aborto inseguro es 34 veces la mortalidad de un aborto seguro. Un aborto realizado en condiciones seguras, antes de las 14 semanas, no tiene mortalidad materna asociada y, ni siquiera, complicaciones. De hecho, un aborto seguro, bajo las 14 semanas, es 8 veces más seguro que un parto de término. Los riesgos del aborto para la madre sólo ocurren en los abortos inseguros que se practican en lugares con legislación como la chilena.

Sobre cómo incide el factor de la desigualdad, comentó que un estudio epidemiológico, que se publicó en una revista internacional en abril de 2020, elaborado por investigadores de la Universidad del Desarrollo y de la Universidad de Chile, se reveló que, en Chile, las mujeres jóvenes de nivel socioeconómico alto se habían practicado 5 veces más abortos que las de nivel socioeconómico bajo, lo que puede deberse a un mayor acceso a la información de cómo obtener un aborto, mejor accesos a servicios clínicos nacionales o internacionales o porque están más empoderadas para actuar según sus preferencias de fertilidad.

Una condición conocida que genera y perpetúa la desigualdad en Chile es ser madre en la adolescencia. Las adolescentes de nivel socioeconómico bajo tienen 8 veces más partos que las de nivel socioeconómico alto. Las diferencias en las tasas de aborto por nivel socioeconómico podrían influir en la desigualdad generada por la maternidad adolescente.

Las complicaciones de un aborto inseguro o ilegal afectan más a las mujeres pobres, el porcentaje de complicaciones es brutal y alcanza a un 50%. Tratándose de mujeres de residencia urbana y nivel socioeconómico alto es de un 30%. Por lo tanto, prohibir el aborto pone en mayor riesgo la salud y la vida de las mujeres pobres.

El estudio al que hizo referencia también demostró que las diversas posturas ideológicas de las mujeres no hacen diferencia entre las mujeres y niñas que se practican un aborto. En Chile, las mujeres creyentes, de

cualquier religión, se hacen la misma cantidad de abortos que las mujeres sin identificación religiosa, así como, las mujeres de derecha se hacen los mismos abortos que las mujeres de centro, izquierda o sin ideología política. La decisión de practicarse un aborto no está asociada a ideologías políticas o religiosas.

Respecto a la edad gestacional para realizar procedimientos abortivos, explicó que al incluir la semana 14 se está cubriendo aproximadamente el 93% de la demanda por aborto, además, las mujeres más vulnerables son las que más tardíamente se provocan abortos, por múltiples factores, entre ellos, poca escolaridad, negación del embarazo, barreras familiares, violencia en la pareja. Tratándose incluso del grupo más vulnerable, adolescentes embarazadas por violación, sólo el 50% se da cuenta de su embarazo antes de las 12 semanas. Mientras más tardíos son los abortos más complicaciones presentan, acarreando mayor mortalidad y enfermedad grave en las mujeres. Así, el 74% de la mortalidad del aborto inseguro se concentra en el 7% de los que se practican en el segundo trimestre del embarazo.

Por otra parte, aseguró que la anticoncepción es la mejor fórmula para disminuir eficazmente el aborto y, para ello, debe mejorarse el acceso de la población a los métodos anticonceptivos. Un ejemplo claro de esto es el descenso del aborto provocado en los países desarrollados, en atención al fortalecimiento de políticas de salud pública que aumentan el acceso a la anticoncepción a toda la población y, eso, disminuye eficazmente el embarazo no planificado.

Si la Comisión desea bajar la tasa de abortos debe procurar el acceso universal a la anticoncepción e impulsar y apoyar proyectos de ley que aborden la problemática del embarazo adolescente y de educación sexual integral.

Concluyó su presentación señalando que la presente moción no atenta contra la vida del que está por nacer, porque despenalizar el aborto no aumenta su tasa, por el contrario, su práctica en condiciones inseguras, atenta contra la vida y la salud de la madre, además de aumentar la desigualdad social. Asimismo, la persecución penal de mujeres vulnerables no disminuye la tasa de aborto y, por lo mismo, no consigue el objetivo de proteger la vida del que está por nacer.

Haciéndose cargo de las consultas de las diputadas presentes quiso dejar claro, en primer lugar, que defiende la moción que se ha presentado como la vía correcta para evitar la mortalidad materna producto de la práctica de abortos inseguros, para lograr una mayor equidad social en esta materia y porque la penalización del aborto no cumple el objetivo de proteger la vida del que está por nacer.

Respecto a cómo se manejan datos nacionales del aborto si en Chile se encuentra prohibido, manifestó que si bien la información es escasa hay

encuestas que se han realizado a los adolescentes preguntándoles de manera directa y confidencial sobre el aborto, lo que ha permitido obtener datos representativos en la materia.

Sobre el aspecto emocional y psicológico del aborto, comentó que se han realizados estudios comparativos entre mujeres que lograron abortar con otras que querían pero no pudieron, haciéndoles seguimiento durante 5 años, que demuestran que no hay diferencia, desde el punto de vista del daño emocional, entre ambos grupos de mujeres, derribando el mito de que el aborto en sí mismo generaría secuelas en este aspecto.

La señora **Dominique Truan**, médico cirujano gineco-obstetra especializada en obstetricia de alto riesgo y representante chilena en el Comité contra el Aborto Inseguro de la FIGO, manifestó que se referirá al aborto desde una perspectiva de salud pública y Derechos Humanos basándose en la siguiente presentación [VER](#).

Señaló que la desinformación genera caos e inseguridad, en cambio, la información veraz, apoyada en la ciencia y estudios serios, trae mejoras significativas al bienestar de las personas.

Explicó que dentro de los derechos humanos se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, que incluyen la anticoncepción, la maternidad segura y elegida, atención al aborto, prevenir la violencia de género.

Estudios de la Organización Mundial de la Salud revelan que cada año se practican 25 millones de abortos, 45% de ellos son inseguros, 80.000 mujeres mueren a causa de ellos, 5 millones sufren incapacidades producto de ellos. También muestran que las mujeres que desean practicarse un aborto lo harán con independencia de si es legal o no en su país. Agregó que un 33% de usuarias de métodos anticonceptivos tendrán un embarazo accidental cada año.

La condición legal del aborto afecta dramáticamente su acceso a un aborto sin riesgos. Todas las muertes por aborto inseguro, AI, pueden evitarse, y todas las incapacidades y morbilidad que las mujeres sufren como consecuencia también.

Mediante imágenes y exposición gráfica evidenció que los países más desarrollados tienen legislaciones de aborto más liberales, porque analizaron su propia epidemiología y comprendieron que prohibir el aborto sólo logra más abortos y más muertes maternas. También, se aprecia que mientras más restrictiva es la legislación más inseguras son las condiciones del aborto que se practica y, mientras más liberal, menor es la tasa de abortos. La letalidad de las mujeres que se realizan aborto en condiciones seguras es menor a 1.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO, considera que el acceso a servicios de aborto seguro, es una herramienta básica y no negociable para garantizar los derechos humanos de todas las mujeres, no solo en una región o un país, sino en todo el mundo.

Por su parte, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG, recomienda asegurar a toda mujer acceso al aborto y señala que se trata de uno de los procedimientos médicos más seguros conocidos por la ciencia, por lo que la mortalidad materna por aborto es inaceptable.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, ACOG, asociación profesional de médicos especializados en obstetricia y ginecología en los Estados Unidos, apoya el acceso a un aborto seguro, invita a desestigmatizar su atención y a oponerse, como profesional del área de la salud, a cualquier impedimento al acceso de un aborto seguro.

En Chile, el aborto sigue siendo la tercera causa de mortalidad materna. También, bajo el concepto near MISS, se observan muchas mujeres que no murieron pero quedaron con complicaciones y secuelas.

Hizo presente que la mortalidad materna en Chile, hace dos o tres años, tiende al alza, sin que haya respuesta o pronunciamiento por parte de las autoridades. Dentro de las causas se encuentra el AI.

Sobre el límite gestacional que el proyecto plantea, explicó que en los años '70, cuando se empezó a legislar sobre el aborto, se hizo en base a un esquema de trimestres. Así, la semana 14 ha pasado a ser la regla, teniendo en consideración el acceso que tienen al aborto los grupos más vulnerable: mujeres en situaciones de violencia, rurales, adolescentes, entre otras. Es el marco de garantía de acceso.

Si se busca disminuir la mortalidad materna, las secuelas en salud de las mujeres y el número total de abortos, respetar los derechos humanos sexuales y reproductivos de las chilenas y lograr igualdad social y en salud, se debe legislar sobre el aborto libre. De esa forma se consiguen esos objetivos sanitarios y sociales.

Respondió a las consultas de las parlamentarias presentes señalando que tanto el aborto libre como el acceso universal a métodos anticonceptivos son importantes para evitar los objetivos que señaló, ya que se producen 33 millones de embarazos no deseados en usuarias de anticonceptivos. Además, la legislación se debe hacer cargo del grupo más vulnerable: las adolescentes violadas, que, por lo general, no son usuarias de anticonceptivos aún. En consecuencia, ambas vías no son excluyentes sino complementarias.

En cuanto a cómo se manejan datos nacionales del aborto si en Chile se encuentra prohibido, explicó que se trata de una fórmula matemática que

considera factores como número de nacidos vivos, pérdida en el embarazo, entre otros. Así, se llega a estimar que el número de abortos clandestinos anuales en Chile oscila entre los 60.000 a 120.000.

Por último, sobre el alza que ha experimentado la mortalidad materna, explicó que desde el 2012 se mantuvo estable en 17 por 100.000 nacidos vivos y, a partir del año 2018, comienza a aumentar llegando a 32. Reiteró que el AI es la tercera causa de mortalidad materna. Estudios revelan que mueren 3 mujeres al año por aborto en Chile y, como la vida de toda mujer importa, si se puede evitar, habrá valido la pena legislar sobre esto.

V. ACUERDOS

1.- Poner en tabla el proyecto de ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica, boletín N° 12.148-11, luego de despachar el proyecto de ley que modifica el Código Penal y la ley N° 21.160, para declarar imprescriptibles los delitos sexuales sin importar la edad de la víctima, y permitir la renovación de la acción civil reparatoria en todos ellos, boletín N° 13.679-07, y el proyecto de ley que modifica el Código del Trabajo para sancionar como discriminación arbitraria, en materia laboral, las diferencias de remuneraciones entre hombres y mujeres que excedan injustificadamente el porcentaje máximo que indica, boletín N° 13.984-11, en ese orden.

2.- Recibir en sesión especial, el día lunes 15 de marzo de 2021, de 14.30 a 17.00 horas, a las señoras Paula González y Manuela Lagos, junto a las Asociaciones de Funcionarios del Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género, Sernameg, para que expongan distintas problemáticas que han ocurrido al interior del Servicio. Extender invitación a la Ministra de la Mujer y Equidad de Género y a la Directora Nacional del Sernameg.

3.- OFICIAR al Senado solicitando tenga a bien agilizar la tramitación del proyecto de ley que prohíbe candidaturas de personas condenadas por violencia intrafamiliar y deudores de pensiones de alimentos, boletín N° 13.835-07.

4.- OFICIAR al Presidente de la Cámara de Diputadas y Diputados, señor Diego Paulsen Kehr, para que sirva recabar acuerdo de la Sala en orden a remitir a esta Comisión, para su tramitación e informe, el proyecto de ley que modifica la ley N°20.066, Sobre Violencia Intrafamiliar, con el objeto de inhabilitar a quienes hayan sido condenados por faltas o delitos establecidos en dicho texto legal, para ejercer los cargos públicos que indica, boletín N° 11.852-18, actualmente radicado en la Comisión de la Familia.

5.- REITERAR OFICIO N° 229/34/2020 enviado al Director General de la Policía de Investigaciones, con el propósito que remita a esta Comisión todos los antecedentes que se tuvieron a la vista para declarar la cesación del cargo de doña Tamara Romero Cangas por salud incompatible.

6.- OFICIAR al Ministerio de Salud y al Ministerio de la Mujer, con el objeto de que informen sobre los programas de acompañamiento a mujeres con embarazos vulnerables, y remitan información sobre su implementación, alcance y resultados.

Se hace presente que esta sesión se realizó en formato mixto; de forma presencial y vía telemática, a través de la aplicación Zoom. Las intervenciones y exposiciones de las señoras Diputadas y de los asistentes a esta sesión, en lo pertinente y en lo que no fueren de carácter reservado, constan en un registro de audio y video, en conformidad con lo dispuesto en el inciso primero del artículo 256 del Reglamento de la Corporación.¹

Por haberse cumplido con su objeto la Presidenta levantó la sesión a las 16.45 horas.



CARLOS CÁMARA OYARZO
ABOGADO SECRETARIO DE LA COMISIÓN

¹Además se encuentra disponible el registro audiovisual de esta sesión en el siguiente link:
<https://www.youtube.com/embed/k4IJF2iHB0M>