

CONVERSATORIO

Marco modelo de la legislación para la promoción de la salud sexual y reproductiva



Presentación de la Ley N° 25673 - Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

***Exposición:
Senadora Diana Conti (Argentina)***

El presentarles la ley que rige en mi país como marco normativo modelo implicará quizás; dar mis puntos de vista personales y los de quienes ayudaron a preparar mi ponencia, muchos de ellos son representantes de organizaciones no gubernamentales que han puesto su visión acerca de esta ley. A pesar de su aprobación en el año 2002, esta es una ley nueva. Su contenido fue resultado de lo que era posible lograr para la situación actual de Argentina; donde el debate en torno a temas como el derecho a la vida, el derecho de las mujeres a elegir sobre su propio cuerpo, el desastre que causa el aborto clandestino y la carencia de información para ejercer derechos sexuales y reproductivos por parte de la mayoría del pueblo, es aún bastante duro. No sólo en relación a quienes forman opinión pública, sino incluso, a quienes representan instituciones políticas como el Poder Ejecutivo y el Ministerio de Salud. Para muestra menciono, que el vocero de la Iglesia Católica en este tema ha sido el obispo castrense.

Después de un periodo donde predominaron posiciones conservadoras respecto a los derechos sexuales y reproductivos en mi país; hacia fines de 2002 se promulgó la ley 25773, Ley de salud sexual y procreación responsable. Esta ley prevé un marco legal considerado imprescindible para avanzar en el efectivo respeto del derecho a decidir si se tiene o no hijos, cuándo, cuántos, el intervalo entre ellos, así como acceder a la salud sexual en el más alto nivel posible. Es una ley de promoción y prevención en salud y no se refiere al control de la natalidad. Entre sus objetivos figura disminuir la mortalidad materno- infantil, prevenir embarazos

no deseados, potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable, promover la salud sexual de los adolescentes, contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades y de transmisión sexual como el SIDA y patologías como el cáncer de mamas o de cuello de útero, garantizar para toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable. La ley busca alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que fuera pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia.



Cabe destacar que es la primera vez en la historia de Argentina que una ley y recién en el 2002, asigna una partida del presupuesto nacional a la compra masiva de anticonceptivos. Esta norma fue sancionada el 30 de octubre del 2002, después de varios años de debate en el congreso. Ya en 1995 habíamos instalado el tema en la cámara de diputados donde logró votar aunque el senado no lo trató. Pese a eso, desde el 95 en adelante, hubieron arduas discusiones y el trabajo legislativo fue mucho más intenso que lo que, años después, en octubre de 2002 se reflejó en mi país. Fue fundamental el impulso que le dieron al tratamiento del tema, las legisladoras mujeres de distintos bloques y la presión constante del feminismo.

Tantos diputados como senadores, sufrieron fuertes presiones de grupos conservadores y de la jerarquía de la iglesia católica para no aprobar el proyecto, tratando de imponerle modificaciones que disminuyera los objetivos de su espíritu original y no lo lograron. Nuestra ley tiene pocos artículos. En el primer artículo se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el cual se adscribe al ámbito del Ministerio de Salud. A través de éste se brindará información y asesoramiento sobre anticonceptivos en los hospitales públicos y se entregarán gratuitamente los métodos, así como se llevarán adelante otras acciones para asegurar la salud sexual y reproductiva.

En su artículo tercero, determina que el programa estará destinado a la población en general sin discriminación alguna, quiere decir que entre los beneficiarios estarán incluidos los adolescentes y menores de edad; éste ha sido uno los cuestionamientos de los sectores conservadores y de la iglesia católica que niegan que los menores tengan derechos a la atención, información y asesoramiento sobre anticoncepción y a recibir métodos contraceptivos sin autorización de sus padres. Está previsto que en las escuelas públicas se brinde educación sexual, pero la ley no obliga a las instituciones educativas privadas, sea confesionales o no a brindar a

los estudiantes información de cómo evitar un embarazo no deseado y cómo prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, si no está en el marco de sus convicciones. Este fue otro de los planteamientos que hizo la iglesia católica y quedó plasmado así en la ley. No venía así en los doce proyectos de ley que dieron origen a esta sanción legislativa.

La presión de estos sectores conservadores y de la iglesia católica, también logró que en la ley queden exceptuadas de prescribir y suministrar métodos anticonceptivos, aquellas instituciones de salud privadas de carácter confesional. Sin embargo, deberán derivar las consultas a servicios que puedan garantizar estas prestaciones previstas por la ley.

En su artículo 5°, obliga al Ministerio de Salud a trabajar en coordinación con los ministerios de Educación y de Desarrollo Social en la capacitación de educadores, trabajadores sociales y otros operadores comunitarios, a fin de formar agentes aptos para cumplir con el programa de salud sexuales y procreación responsable. En su artículo 6°, establece que en los métodos que se prescribirán y suministrarán en los hospitales a demanda del beneficiario y sobre la base de estudios previos de métodos anticonceptivos, deberán ser de carácter reversible, no abortivo y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados oficialmente por la entidad encargada.

El ADMAC es el organismo oficial en mi país, encargado del control de los medicamentos. Los grupos conservadores y la jerarquía de la iglesia católica, pretendieron excluir del listado de métodos sobre los cuales se debe informar y prescribir, al dispositivo intra uterino por considerarlo abortivo; su pretensión por suerte no prosperó, no hay fundamento científico para tal hecho tal como lo destaca la Organización Mundial de la Salud. Un aspecto fundamental de la ley, que es realmente rescatable, tanto a las prestaciones vinculadas con la salud sexual reproductiva, como a los métodos anticonceptivos en sí mismos, es el programa médico obligatorio en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico. Quiere decir que entre todos los medicamentos y prácticas que el Estado nacional o los privados deben asegurar a la población, están incluidas estas tareas de prevención y asesoramiento en salud sexual reproductiva.

Al ser Argentina un país de organización federal, las provincias deben adherirse a las disposiciones de las normas. Pensemos además, que en mi país hoy en día, la mayoría de hospitales y escuelas no son nacionales; quiere decir, que la ley no tiene aplicación inmediata en todos los hospitales públicos y escuelas públicas, la mayoría de ellos son provinciales y en muchas son privadas y muchas de ellas son confesionales. Es decir, que la adhesión de las provincias era importante y también tengamos en cuenta que muchas de las provincias argentinas tenían leyes más avanzadas que éstas cuando esta ley nacional se sancionó, yo creo que esto hay que rescatarlo.

IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN LEGISLATIVA

La ley establece que el Ministerio de Salud debe suscribir convenios con cada una de las provincias para que se implemente el Programa de Salud Sexual y

Procreación Responsable de sus respectivas jurisdicciones y en ese propósito las provincias percibirán las partidas del sector nacional previstas en el presupuesto. La ley fue reglamentada mediante el decreto 1282, publicado en marzo del 2003.

El decreto modifica la ley original, lo que no se había hecho en el congreso nacional. A través del decreto se otorgó mayor concesión a las posiciones contrarias a que la población tenga mayor información y que pueda decidir en libertad en esta materia.

En el artículo 2º del decreto se estableció que el Ministerio de Salud debía orientar y asesorar técnicamente a los programas provinciales que se adhieran al programa nacional, y que tal acompañamiento técnico debía centrarse en información y orientación sobre métodos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación del funcionamiento del programa.

En el artículo 4º del decreto, se deja en claro que también se consideran a los niños beneficiarios de la ley sin excepción ni discriminación alguna, teniendo derecho a recibir a su pedido y de acuerdo a su desarrollo información clara, concreta y oportuna, manteniendo la confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad. Se sugiere la conveniencia de que los menores de catorce años estén acompañados por un mayor en la consulta médica. En la realidad esto opera como condición decisiva para que un chico sea asesorado. El decreto también especifica que cuando corresponda la indicación de un profesional, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso del preservativo, a fin de prevenir las infecciones de transmisión sexual y el SIDA.

En casos excepcionales y cuando el profesional así lo considera, puede prescribir además, otros métodos autorizados por el ADMAC. En este último caso, el menor sí deberá asistir con sus padres o un adulto responsable. En el artículo 6º, el decreto precisa que en todos los casos adultos y menores el método prescribe una vez que la persona haya sido suficientemente informada sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias y será elegido con el consentimiento del interesado.

Está previsto que los objetores de conciencia –y esto fue incorporado en el decreto- serán exceptuados de su participación en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Deben fundamentar su decisión y mantener esa objeción de conciencia tanto en la actividad pública e institucional, como en la privada. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable tiene el rol rector en la política nacional que rige la materia.

Es la primera vez que existe una decisión oficial de promover la planificación familiar y la prevención de embarazos no deseados en todo el país. Se trata de un programa de salud integral de la vida, de las familias, no es un programa exclusivo de anticoncepción, incluye fundamentalmente la prevención de enfermedades de transmisión sexual, SIDA, cáncer genito-mamario, etc.

La elaboración del programa estuvo a cargo de un equipo que depende de la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio Salud; pero el texto fue consensuado con entidades médicas; entre ellas: la Sociedad Argentina de Ginecología

y Obstetricia, la Asociación Por la Salud Sexual y Reproductiva, además de organizaciones no gubernamentales de mujeres como FEIM, ADEGUEN y el Instituto de la Mujer. Participaron también investigadores en temas de salud, sociedades científicas, asesores de legisladores y los representantes del Episcopado que se retiraron después de la segunda reunión por oponerse a la creación del programa. Esta consulta multidisciplinaria para la creación de un programa nacional fue inédita.

El programa reconoce como derechos humanos a las personas, a tener fácil acceso a la información, a la educación y a los servicios para la regulación de fecundidad; el derecho a tomar decisiones informadas acerca de la salud sexual y el comportamiento reproductivo. En este sentido, precisa que el concepto de salud sexual y reproductiva implica el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes, sin coacción, sin temor a infecciones, sin temor a embarazos no deseados, posibilidades de regular la fecundidad, derecho a un parto seguro y sin riesgos, el derecho a dar a luz y a criar niños saludables.

OBJETIVOS PRINCIPALES DEL PROGRAMA

- ☛ **Alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción y violencia.**
- ☛ **Reducir la mortalidad materna e infantil.**
- ☛ **Prevenir el embarazo no deseado.**
- ☛ **Promover hábitos de vida saludables respecto a la salud sexual y reproductiva.**
- ☛ **Prevenir infecciones de transmisión sexual, incluido el SIDA.**
- ☛ **Control y detección precoz del cáncer de mama y cuello uterino.**
- ☛ **Integrar a la familia en el cuidado de la salud.**
- ☛ **Promover el trabajo intersectorial y la participación comunitaria en la atención y prevención.**
- ☛ **Promover, asesorar e implementar programas y acciones educativas orientadas al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva.**
- ☛ **Capacitar el equipo de salud para la atención de la mujer.**
- ☛ **Garantizar el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.**
- ☛ **Promover relaciones de respeto mutuo y de igualdad entre hombres y mujeres en la toma de decisiones.**
- ☛ **Promover la salud sexual y la procreación responsable en la adolescencia.**
- ☛ **Lograr una cobertura adecuada en la provisión de métodos anti-conceptivos.**

El programa tiene diez metas para implementar el programa de salud sexual y procreación responsable entre las provincias del país para este año 2005. Actualmente, 19 de las 24 jurisdicciones cuentan con una ley, decreto o normativa en esta temática. Veinte provincias tienen programas aprobados o en ejecución. En las restantes, sus respectivos programas están en vías de aprobación. Algunas provincias tienen leyes más avanzadas que incluyen la vasectomía y la ligadura de trompas. Lograr que todas las provincias implementen un sistema de monitoreo,

seguimiento y evaluación del programa. Lograr que en los tres años de implementado el programa provincial, se haya incorporado al 50% de los electores de la provincia y lograr que al menos el 80% de los electores de cada programa provincial cuenten con disponibilidad regular de insumos para el 2005.

Durante el 2003, todas las provincias incluida la ciudad de Buenos Aires, recibieron insumos de métodos anticonceptivos según la información suministrada por el Ministerio de todas las provincias y el Ministerio de Salud de la Nación. Al aceptarlo, de alguna manera se están adhiriendo al programa nacional y, como contrapartida, a la entrega de anticonceptivos. El Ministerio exigió a las provincias una determinada cantidad de electores, de programas de información y de consultorios de consejería en la materia.

Otra de las metas trazadas es lograr que en todas las provincias este programa realice actividades de información para el año 2005, asegurando que todos los programas provinciales incluyan actividades de consejería para la población. Esto es, brindar la información clara, completa y oportuna en materia de planificación familiar y métodos anticonceptivos.

También se ha planteado, reducir en al menos en un 15% para el 2005, la tasa de mortalidad materna en las provincias. Las estadísticas del Ministerio de Salud correspondientes al 2001 (que son las últimas disponibles) muestran una tasa de mortalidad materna de 43 por 100,000 nacidos vivos en todo el país. Pero existen grandes diferencias entre las provincias. Por ejemplo, Jujuy tiene un índice de 197 muertes por 100,000 nacidos vivos, mientras que en Buenos Aires el índice es de 9 por cada 100,000. El 32% de las muertes maternas son causadas por abortos clandestinos e inseguros.

Otra de las metas trazadas corresponde a reducir al menos en 20% el número de hospitalizaciones por aborto, a cinco años de iniciado el programa provincial con respecto a los valores del año 2000 y 2001. La última medición oficial correspondiente al 2000, mostró que el número de hospitalizaciones por aborto se incrementó 46% con relación a 1995, con picos de aumento de 148% en San Luis, 143% en La Rioja, 103% en Santiago del Estero, 70% en la provincia de Buenos Aires, 69% en Santa Cruz y 62% en Misiones. Del total de ingresos por complicaciones de aborto más de 15,500 correspondieron a niñas de diez a catorce años de edad; y 11,015 fueron adolescentes de entre quince y diecinueve años. Se debe tener presente que el número de ingresos por aborto que no generaron muerte tiene actualmente un subregistro de casi 50% según reconoce el propio Ministerio de Salud.



Otra de las metas del programa, es disminuir la tasa de fecundidad adolescente en al menos un 10% en cinco años de implementado el programa provincial. Aquí también hay grandes diferencias entre las provincias. Las más pobres tienen tasas más elevadas. A nivel nacional el 14,6% de las mujeres que dan a luz tiene menos de diecinueve años, lo que significa que hay 100,082 recién nacidos hijos de madres adolescentes. Es decir, 30 recién nacidos por cada 1000 adolescentes.

La puesta en marcha de la ley generó -y aún genera- debates en distintos ámbitos en torno al derecho a la vida, al aborto, o al derecho de la mujer a decidir sobre sí misma. En el ámbito judicial merecen ser destacados dos procesos contra el Ministerio de Salud que fueron de gran repercusión mediática. En ambos, los demandantes son organizaciones civiles vinculadas a la iglesia católica y se presentaron en la provincia de Córdoba.

El primero fue promovido por la Asociación civil Portal de Belén (enrolado en la corriente de Monseñor Lefebvre) y pretendió a través de la vía de amparo que se prohíba la fabricación, distribución y comercialización de un fármaco anti-conceptivo de emergencia por considerarlo abortivo. El reclamo se fundó en el derecho a la vida humana, considerando finita la unión del óvulo y espermatozoide y sosteniendo que uno de los efectos del medicamento era impedir que el óvulo fecundado anide en el útero.

La Corte Superior de Argentina, en su composición anterior, acogió el recurso de amparo porque entendió que la vida comienza con la fecundación del óvulo y que, efectivamente, el fármaco impedía seguir la anidación. Por suerte, como la acción se refirió a una marca específica de medicamento y no a la droga genérica, las otras marcas que cumplían la misma función no fueron afectadas, pero el medicamento denunciado tuvo que salir del mercado.

El otro caso judicial pretendió que se prohíba la fabricación y venta de una larga lista de anticonceptivos, farmacológicos y mecánicos, entre ellos el DIU. Una jueza federal ordenó una medida cautelar haciendo lugar al planteo y paró la puesta en marcha del plan de salud por un periodo de un mes y medio de tiempo. Por suerte, el Tribunal de Apelaciones revocó la medida. Varias senadoras nacionales solicitamos el juicio político a la magistrada, lo cual se encuentra en trámite.

Ambas acciones judiciales generaron un fuerte debate público. Debo reconocer que el Poder Ejecutivo, a través del Ministro de Salud, Dr. Ginés González García, se pronunció enfáticamente por el respaldo a la ley y de la promoción del uso de anticonceptivos. Incluso, últimamente se está planteando la legalización del aborto. En el ámbito legislativo, se incrementaron los proyectos de ley presentados proponiendo ampliar los casos de abortos no punibles.

En la actualidad, el mayor consenso en razón del tipo de proyectos de ley presentados está dado respecto a no sancionar los abortos de embarazos producidos por violación. Actualmente, sólo si la mujer es deficiente mental o demente y

fue violada, puede efectuarse un aborto sin que haya punición. No así cuando la violación ocurre con cualquier otra mujer. Al respecto debemos mencionar que durante la dictadura militar en Argentina no era punible el aborto de embarazos por violación.

También hay consenso de que no sea punible el aborto para los casos de hidrocefalia. Hubo un caso judicial paradigmático en mi país donde la Corte permitió la interrupción del embarazo, pero lo llamó "adelantamiento de parto", es decir, sin reconocer que se trate de un aborto. Esto vuelve a tener que ver con que, el inicio de la vida es el punto de debate filosófico político e ideológico fundamental. En muchos casos, tras ese debate se encubren otros tipos de interés y un fuerte ímpetu machista de los sectores de poder y de las posiciones conservadoras, que no aceptan que las mujeres seamos dueñas de nuestro propio cuerpo.

Con menor grado de consenso aparece también lo de la despenalización del aborto. Como ya dije, el Ministro de Salud se ha expresado públicamente a favor de la legalización del aborto, pero el resto del Poder Ejecutivo no se pronuncia. El ministro plantea que la penalización del aborto produce el aborto clandestino que es una práctica constante que ocasiona produce más muertes que se quieren evitar y se convierte en un problema de salud pública. El Poder Ejecutivo, sin embargo, no se pronuncia sobre ello. El obispo castrense Basiotto, en una carta que remitió al Ministro de Salud (y que recientemente se hizo pública) consignó una cita bíblica, con la cual le quería decir que, por estar a favor de la legalización del aborto debería colgarse un plomo en el cuello y arrojarse al mar (práctica que fue usada durante la dictadura militar). Así de fuerte fue la declaración del obispo y produjo el efecto contrario al que él quería: una reinstalación del debate y una predisposición para reflexionar sobre el hecho de que, despenalizar no es permitir, que a veces legalizar es una manera de prevenir y que, legalizando y regulando es la mejor manera de proteger la vida.

SIGNIFICADO DEL PACTO DE SAN JOSÉ

Argentina suscribió el Pacto de San José respecto a la protección de la vida desde la concepción, pero hizo reservas indicando que dicho Pacto no modificaría el Derecho interno. De todas maneras, en la normatividad interna también se protege la vida desde la concepción, aunque la postura que prima en el discurso es que, cuando se efectúa la unión del óvulo y el espermatozoide ya hay vida humana.

La iglesia católica, sobre todo en las provincias, tiene fuerte incidencia en la política y promueve representantes del pueblo; de modo que hay representantes electos con fuertes compromisos políticos con quienes lo sostuvieron. La iglesia católica, el sector fundamentalista sobre todo, no va a levantar la mano en contra de principios que considera inmutables, ni va a retroceder en sus ámbitos de poder real. En ese sentido, fue fundamental la forma en que se forzó el tema de la concepción, a propósito del Pacto de San José de Costa Rica, sobre cuando se inicia la concepción y la protección de la vida.

Una muestra de la importancia política de estos temas, es que este año variaron los candidatos para magistrados de la Corte Suprema y quienes la inte-

gran son personas que, en sus libros o en sus escritos previos, se han manifestado a favor de la despenalización del aborto. Sin embargo, la opinión pública fue despiadada respecto de la candidatura de Carmen Agivay, ex integrante de la Corte que se pronunció a favor de la legalización del aborto y también se manifestó atea. Fue despiadadamente criticada y costó bastante trabajo lograr un acuerdo en el Senado en su favor. Los que votaron en contra de su designación, lo hicieron por orden del Gobernador de la provincia que, a su vez, recibe la orden del obispo.

Otro caso similar, fue cuando el año pasado se suscribió el protocolo de la CEDAN. El protocolo no crea derecho, sin embargo, se instala la posibilidad de que si está aprobado, la penalización del aborto y las muertes por abortos clandestinos, podrían ser llevadas como caso a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Aunque sin el Protocolo, se puede presentar el caso ante la CIDH, por cualquiera de los países en la Región. Por suerte, en diciembre el Presidente envió el protocolo, lo que es esperanzador a pesar de que los debates son encarnizados. La reticencia es profunda, pero eso mismo genera información y educación. Nos permite en todos los ámbitos, difundir los derechos que tenemos hombres y mujeres para vivir con libertad.

Quiero aclarar que yo soy crítica de la ley, tal vez porque mi formación política es inorgánica y anárquica. Creo que, en algunas cuestiones, legislar o reglamentar encubre una manera de que el Estado controle reclamos para que todo siga igual.

La ley se promulgó en el 2002, se empezó a implementar en el 2003 (cuando el país pasó por situaciones sumamente críticas) y es difícil evaluar sus resultados. Aunque sería irracional pensar que por la puesta en marcha de una ley, alguna realidad va a cambiar. Considero que no produjo un cambio real en cuanto a disminución de mortalidad o disminución de aborto clandestino. Pero, he valorizado la existencia de esta ley - que critiqué - porque hoy, a lo largo y ancho de mi país, el debate está instalado y genera conciencia en información, genera reclamo a las autoridades que tienen que implementar las políticas públicas.

El Ministro de Salud es un fuerte impulsor de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y está planteando como problemas de salud, las muertes y abortos clandestinos, con los daños físicos o psíquicos que ellos causan y la necesidad de la legalización del aborto. Lo puede hacer porque se ampara en esta ley. Sin ella no hubiera actuado así. La realidad no se transformó de forma inmediata, pero hoy digo ¡qué suerte tengo!, aunque luego tengamos que mejorarla.

En mi país la píldora del día siguiente existe, se vende y se usa. Hay un caso planteado judicialmente y un fallo que la Corte emitió contra un medicamento. Se basó en un informe médico pericial. La comisión nacional de la salud decía que el fármaco impedía que el óvulo fecundado anide por alteraciones que produciría en el útero materno. Obviamente, la mayoría de mi pueblo reivindica la existencia y el uso de esta anticoncepción de emergencia, porque promueve la

salud y evita muertes indeseadas. Sin embargo, deberíamos hacer un análisis sobre lo que significa esta medicación y qué intereses económicos existen en la producción de otros anticonceptivos que pudieran chocar con la existencia de esta píldora. Así como, deberíamos ser solidarios con los funcionarios públicos que son repudiados por sostener y promover su uso.

Cuando la ley se trató, llegó al recinto de Diputados para dictamen firmado por todos los bloques, unánime y sin disidencias. No tenía los agregados, que se hicieron en el recinto por presión de la iglesia católica. Así fue que se agregó el Artículo 4º íntegro. Aquí se habla de que la ley de salud sexual y reproductiva, está enmarcada en el ejercicio de los derechos y obligaciones de la patria potestad y debe respetar el marco de la Convención Internacional por los Derechos del Niño. Este agregado fue puesto por presión del conservadurismo porque la ley era aplicable a menores y adolescentes. Se tranzó porque de otro modo, no se votaba y los métodos anticonceptivos quedaban fuera, sean o no abortivos y transitorios.

Se incluyeron también, los artículos 9 y 10. El artículo 9 dice que las instituciones educativas públicas de gestión privada (colegios privados) que sean confesionales o no, cumplan la ley de acuerdo a sus convicciones. Esto es, en realidad, una excepción a la ley, en la que primó el pensamiento de aquellos padres y madres que quieren definir la educación sexual de sus hijos, para ser ellos los que (en un colegio privado) digan qué le tienen que enseñar o no a los chicos.

El otro artículo señala que los servicios de salud privados confesionales pueden exceptuarse de esta ley y no prescribir, ni suministrar asesoramiento ni anticonceptivos. En cuanto a los servicios públicos, la ley es obligatoria y se cumple. Los anticonceptivos aprobados por el ADMAC, que es el organismo regulador, están dentro del nomenclador público de medicamentos. A partir del gobierno anterior, se logró una política de genéricos, entre los que están los fármacos y métodos anticonceptivos permitidos por esta ley. En las obras sociales, está incluida la prestación médica y es gratuita. En ese sentido la ley es positiva.

No hay falta de suministros de anticonceptivos, ni falta de promoción en los lugares de mayor concentración. Por ejemplo, el verano pasado hubo una campaña personal sobre el uso del preservativo, enseñando qué es y para qué sirve. La cobertura es gratuita, tanto para esta ley, como para el tema del SIDA y su tratamiento. En los últimos tres años mejoró notablemente, incluso, el Estado está ahora bien provisto de estos insumos. Hace poco tuvimos que enviar a Brasil una remesa importante de medicamentos para el SIDA, porque los proveedores allá entraron en huelga. En algunos casos a Bolivia también le dimos ayuda. Por lo tanto, el Estado nacional cuenta con una cantidad importante de anticonceptivos y de fármacos para el HIV, mejor que hace dos o tres años. La previsión, las provisiones y el suministro están casi asegurados, no hay reclamos por ese lado. Desde ese punto de vista, las organizaciones de mujeres tienen menos trabajo. El trabajo está ahora más centrado en la legalización del aborto en los tres primeros meses de embarazo.

Algunas otras fallas del sistema no se pone de relieve porque las provisiones, en general, se están cumpliendo. Quien quiere ligarse las trompas en Argentina, de hecho lo hace y no está prohibido salvo en algunas provincias. Pero, los métodos definitivos no se están haciendo en los hospitales públicos, se hace privadamente. Evidentemente, también hay prácticas que legalmente no están permitidas, aunque cotidianamente se realicen.

En relación a la discriminación por opción sexual -que es diferente a la discriminación por género o a la discriminación por sexo- en Argentina existe una Ley anti - discriminación que incluye además de la religión y otros aspectos; el sexo como una razón de discriminación a erradicar, incluso señalando tipos penales y responsabilidades civiles en contra quienes violen la norma. Es un delito discriminar de esa manera.

El tema se trabaja mucho y las mayorías o minorías vulnerables y discriminadas trabajamos en conjunto. Los aspectos de salud sexual y salud reproductiva, del derecho a unirse civilmente aunque uno sea un hombre o sea una mujer, de cuidarse de adquirir enfermedades sexuales, de decidir sobre el cuerpo, la propia ideología, la propia identidad, etc.; son campañas en los que formulamos alianzas entre los distintos grupos. Las mujeres somos el grupo más grande de los sectores vulnerables de la sociedad civil. También están los discapacitados, la gente de orientación sexual diferente, los niños, jóvenes, y los distintos grupos entre los que hacemos fuerte alianza para defendernos frente a un sistema donde el poder está dominado por quienes no admiten con tanta facilidad las diferencias con los otros.

La doctora Diana Beatriz Conti es abogada, egresada de la Universidad de Buenos Aires, estudió Derecho Internacional de los Derechos Humanos en la Academia de Derecho Internacional de La Haya en Holanda. Participó en el X Curso Interdisciplinario en Derechos Humanos realizado por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos de San José de Costa Rica. Es Senadora Nacional y se desempeña como Subsecretaria para la reforma institucional y fortalecimiento de la democracia, Secretaria de Gabinete y Relaciones Parlamentarias de la Jefatura del Gabinete de Ministros. Entre las iniciativas impulsadas por ella están la imprescriptibilidad de los delitos contra la integridad sexual del niño; así como, diversos proyectos incorporando la aplicación de métodos de contracepción quirúrgica voluntaria.