

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR  
DIPUTADO VALDOVINOS

**Ampliación de la exposición del señor diputado  
acerca del proyecto de ley sobre modificación  
de la ley regulatoria del ejercicio de la medicina**

La ley 17.132 que regula el ejercicio de la medicina y demás actividades del arte de curar, presenta, a nuestro entender, un claro vacío legal, al no contemplar los derechos que se corresponden a las obligaciones y prohibiciones que en ella se prevén.

En efecto, en su artículo 19 y 20 se imponen 9 obligaciones, y en su artículo 20 se establecen 25 prohibiciones.

Los avances científicos en el campo de la salud permiten en la actualidad una cantidad de prácticas y tratamientos que en algunos casos ubican a los profesionales que deben aplicarlas en un claro dilema al cuestionarse éticamente la bondad de los mismos mas allá de su legalidad.

En el presente, y mas indudablemente aún de aquí al futuro, al acentuarse el pluralismo ético de la sociedad, crece y crecerá el número de acciones que puede el médico rechazar en conciencia. Parece claro que a la clásica objeción al aborto se puedan añadir otras como por ejemplo las intervenciones de reproducción humana (esterilización, contracepción y contragestación, fecundación asistida, embriología clínica), o el rechazo pacifista a colaborar con la medicina militar, a la práctica de la eutanasia, a colaborar en la ayuda médica al suicidio, o a ejecutar ciertos protocolos clínicos.

El doctor Gonzalo Herranz, en su trabajo: "La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias", de la revista "Scripta Theológica", de mayo/agosto 1995 dice: "la objeción de conciencia sanitaria incluye una declaración específica acerca del carácter intrínsecamente ético de las profesiones de salud". Afirma que, "en el profesional íntegro, existe un vínculo indisoluble que entrelaza su habilidad técnica con sus convicciones morales. El objetor no sólo se niega a ser una marioneta moral accionada por quienes legislan o mandan, sino que mientras

objeta, proclama que la ética es el corazón de su trabajo".

En el plano de la legislación comparada, el Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay de 1995, capítulo IV.2 "Los derechos de los médicos", dice en su artículo 30: "Todo médico tiene derecho a no ser coaccionado por motivos económicos o ideológicos, a ejercer su profesión de manera indigna para su ciencia y su arte". Y en su artículo 32: "Tiene derecho de abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia ética aunque es en autorizadas por la ley. Tiene en ese caso la obligación de derivarlo a otro médico".

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, a través de su Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado ha aprobado una declaración sobre "objeción de conciencia" para completar y confirmar la doctrina deontológica sobre la objeción de conciencia, para orientar la conducta profesional de los médicos, y para contribuir al debate social y abrir el camino hacia una regulación omnicompreensiva, legal y deontológica sobre la materia.

En dicha declaración se considera que "la negativa del médico a realizar, por motivos éticos y religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad, es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales. El objetor siente hacia los actos que objeta en conciencia un rechazo moral profundo, hasta el punto que de someterse a lo que se le ordena o pide equivaldría a traicionar su propia identidad y conciencia".

El profesor Memeteau de la Universidad de Poitiers, Francia, en una reciente conferencia dictada en la Universidad Católica Argentina, se ha expresado en igual sentido, y considerando conveniente la existencia de una norma legal sobre la objeción de conciencia de los médicos.

La Guía de Ética Médica Europea en su artículo 18, y el Código de Ética y Deontología Médica de España dicen: "Es conforme a la ética que el médico en razón de sus convicciones personales, se nie-

que a intervenir en procesos de reproducción o en casos de interrupción de la gestación o abortos”.

Diversas entidades de profesionales médicos de todo el país, y recientemente la Academia Nacional de Medicina, han solicitado el tratamiento de una ley que contemple la objeción de conciencia por parte de los profesionales del arte de curar.

La Conferencia Episcopal Argentina, en su comunicado de prensa de fecha 31 de octubre de 2000, al expresar su deseo de que la ley por la que se crea el programa nacional de salud sexual y procreación responsable Honre la Vida, reafirme, entre otras cosas, la libertad de conciencia de los profesionales intervinientes y pide que se respete la eventual objeción de conciencia de los profesionales frente a los métodos a los que aluda la ley.

La presente norma tiene por objeto respetar los principios de libertad ideológica, religiosa y de no discriminación como derechos fundamentales de las personas, consagrados en nuestra Constitución.

Por dicha norma, se incorpora como artículo 19 bis a la ley 17.132 el derecho de los profesionales y auxiliares de la medicina que se desempeñen en una institución pública o privada a expresar su objeción de conciencia debidamente fundada, cuando le fueren requeridos métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato para el paciente.

La necesidad de legislar estableciendo la presente norma evitará que el ejercicio de la objeción de conciencia pueda dar origen potencialmente a situaciones conflictivas, si se interpretare que dicha objeción constituye una desobediencia a la norma establecida que los hace pasibles de una sanción como infractor, o como un rechazo a las personas que esperan determinadas prácticas o tratamientos.

Para evitar esta situación el objeto estará obligado a expresar dicha objeción en forma debidamente fundada, y en casos de urgencia, a prestar cualquier otra atención médica, antecedente o subsiguiente, a la persona que se somete al tratamiento deseado. Para ello la norma expresa:

“A tal fin deberán notificar la misma ante la autoridad sanitaria jurisdiccional o la autoridad jurisdiccional responsable de la matrícula, y ante el responsable del servicio o la dirección de la institución en la que se desempeñe, para la derivación del paciente a otro profesional”.

La norma evita que la objeción de conciencia pueda suponer una ventaja o una desventaja para el que objeta, ya sea como modo de obtener una ventaja laboral, reducción de la carga de trabajo o exclusión de servicios molestos, como la posibilidad de ser castigado, marginado o sufrir situaciones de discriminación negativa por manifestar su objeción.

Ante la posibilidad de que se puedan dar situaciones de interrupción o suspensión de acciones

y/o programas de salud resultantes del ejercicio del derecho de objeción de conciencia por parte de algún profesional del arte de curar, la norma establece que:

“La autoridad sanitaria jurisdiccional o local deberá garantizar, asegurando que se realicen de manera accesible a la población, en la localidad o en el área programática, la vigencia de las acciones y/o programas de salud que se interrumpieran o suspendieran en razón de este artículo”.

Citando a la doctora María Abellan, del Centro de Estudios Constitucionales de Madrid, España, en su trabajo “Obediencia al derecho y objeción de conciencia”, podemos decir, que la objeción es un derecho sustantivo que permite en nombre de la conciencia incumplir alguna obligación jurídica, pero es un derecho sustantivo que por su carácter excepcional aparece imbricado en un procedimiento conducente a la declaración del estatus jurídico del objeto, esto es, del supuesto habilitante para el goce del derecho.

Es un derecho reflejo que se corresponde con la obligación de los poderes públicos de tolerar o no imponer ciertos deberes a quienes muestran una conciencia contraria; y es un derecho subjetivo en sentido técnico porque se resuelve siempre y necesariamente en un procedimiento conducente a la dispensa del deber o la exención del castigo.

Por todo lo expuesto solicitamos la aprobación del presente proyecto de ley.

## 2

### INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA GARCÍA DE CÁNO

#### **Opinión de la señora diputada acerca del proyecto de ley sobre Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**

Dada la incumbencia médico-legal de la problemática que nos ocupa, creo atinado traer a colación dos citas en relación al tema. La de un médico extranjero y la de un magistrado argentino que expresaron lo siguiente:

“El embarazo o aborto de una muchacha adolescente constituye un desastre más grande que cualquiera de las consecuencias teóricas del empleo de anticonceptivos. Hoy, cuando de un treinta a un cuarenta por ciento de las adolescentes son activas sexualmente, la peor actitud posible es la de no hacer nada”. (Henri Rozembaun, Escuela de Medicina, París.)

“Los tiempos han cambiado notablemente ciertos conceptos que hasta no hace mucho permanecían ocultos ya que resultaban temas intocables, afectados por un tabú casi indestructible. Entre ellos se encuentra todo lo relacionado con el sexo y las relaciones sexuales, que permanecían ocultos, a tal punto que muchas mujeres ignoraban aspectos esenciales de este tema. Yo creo que estas cosas

deben decirse en una sentencia judicial, porque un magistrado no puede estar desconectado de la realidad..." (Doctor Edmundo Bianchi, Magistrado del Superior Tribunal de la Provincia de Misiones, en un fallo de la causa 19.250 del 28 de julio de 1991.)

Respecto a la iniciación sexual en adolescentes en nuestro país, el trabajo publicado por Pantelides y colaboradores en 1995, nos dice que a los quince años de edad se han iniciado el 52,2 % de los varones y el 23,5 % de las mujeres. Cifra que alcanza el 64,4 % y 49,2 % a los 16 años de edad, llegando al 79,5 % y 80 % respectivamente a los 18 años.

Es asimismo significativa la proporción en aumento de niños nacidos de madres menores de 20 años, que en el total del país llegaba al 16,16 % en 1997 con valores tan altos en algunas regiones como Misiones donde alcanzaba al 20,28 % con consecuencias como el mayor riesgo de muerte para la madre y el hijo, sin dejar de lado otras secuelas como el abandono escolar de las jóvenes madres, la pérdida de trabajo y el aumento de la morbilidad en estos niños (UNICEF, 1997).

Con respecto al aborto, dado que es una intervención ilegal, sólo se cuenta con cifras de aquellas adolescentes que debieron ser internadas por sus complicaciones, pero el 50 % de las salas de ginecología de los hospitales están ocupadas por complicaciones del aborto, principal causa de muerte en mujeres en edad fértil.

En relación con la epidemia de sida en la Argentina, y su evolución en los últimos años, las estadísticas confirman que esta patología afecta cada vez más a jóvenes y mujeres pobres. Así es como vemos que la transmisión entre hombres que mantienen sexo con hombres cayó desde un 27 % a un 20 % en 1999, que entre usuarios de drogas que compartían jeringas disminuyó desde el 42 % en 1991 a un 34 % en 1999; pero el gran aumento se verifica en la transmisión heterosexual sin protección, la cual aumentó su incidencia desde el 8,5 % en 1991 a un 34 % en 1999. La transmisión madre-hijo registra también un aumento, aunque leve, de un 6 % a un 7 %. El acceso precoz a la información y a los servicios de salud, puede disminuir el número de niños infectados. (Boletín Sida 1999, 6 [18]: 3/13.)

En relación al nivel de escolaridad la tendencia nos muestra, en enfermos de sida con escolaridad primaria incompleta, que en 1990 eran el 1,5 % han pasado a ser del 18 % en 1999. En cambio, los que alcanzaron a completar el secundario eran el 55 % en 1990 siendo sólo del 24 % en 1999.

### Definiciones

La penetración del óvulo por el espermatozoide y la reunión y fusión de sus respectivos núcleos constituye el proceso de fecundación.

Por anticoncepción se entiende la utilización de procedimientos cuyo fin es impedir en forma temporal y reversible la fecundación. Esta temporalidad y reversibilidad, evita caer en las "lesiones gravísimas" previstas en Código Penal en su artículo 91, que castiga al que produjere la pérdida de la capacidad de concebir.

Desde el momento que evitan -los anticonceptivos- la fecundación tampoco infringen el artículo 63 del Código Civil, que en su título III - *De las Personas*, define: "son personas por nacer las que no habiendo nacido están concebidas en el seno materno", ni el artículo 70, Título IV - *De la existencia de personas antes del nacimiento*, define: "Desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas y antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos...".

La utilización de métodos anticonceptivos se deberá hacer dentro del marco de las consideraciones médico-legales vigentes. Esto es fundamental en el caso de los menores de 14 años, o sea menores impúberes (artículo 54, Título II del Código Civil), quienes tienen incapacidad absoluta de hecho, o sea, ausencia de aptitud o idoneidad para ejercer por sí mismos los derechos. El artículo 56 determina que los incapaces, entre ellos los menores impúberes, pueden adquirir derechos por medio de los representantes que les da la ley, padres, tutores, representantes legales, etc...

El artículo 127, Título IX del Código Civil, que establece la diferenciación de la calidad de menores, dice: "son menores impúberes los que aun no tuvieran la edad de 14 años cumplidos y los menores adultos, sobre esta edad hasta los 21 años cumplidos". Los menores adultos son considerados desde el punto de vista civil, como: personas con discernimiento válido.

Lo anterior quiere significar que el médico no puede aceptar el pedido de una menor de 14 años, de ser prescripta con anticonceptivos al no poseer discernimiento jurídicamente válido.

En el caso de las adolescentes con 14 años o más, pueden ser medicadas al poseer discernimiento legalmente válido y comprender lo que quieren.

Queda asimismo sobreentendido, que en el manejo de una problemática tan conflictiva, será de estricta exigencia el cumplimiento de la ley de ejercicio de la medicina -17.132- de las disposiciones de la Secretaría de Salud referentes al empleo de anticonceptivos, así como del Código de Ética de la República Argentina, y aportaciones de los comités de bioética en los casos que correspondiera, anteponiendo la autonomía como principio ético profundamente ligado a la libertad individual, como la facultad de tomar decisiones de autogobernarse en base a razonamiento propio.

La tarea legislativa debe estar para ello aferrada a principios éticos que aseguren la vigencia de de-

rechos individuales y colectivos, la libertad, la justicia y una verdadera autonomía fundada en la capacidad y el conocimiento que aporta la educación al alcance de todos y cada uno de los individuos.

Articular armoniosamente intereses, derechos y responsabilidades en el ámbito de la atención de la salud exige el equilibrio y respeto de la autonomía, la beneficencia y la justicia, donde las acciones a implementar se dirigen a la protección de la familia asegurando mejor calidad de vida y salud global y reproductiva.

Finalmente, veamos las cosas como son realmente; si la tasa de natalidad en la Capital Federal era del 13,4 por mil y la del Chaco o Salta del 26 por mil, no es que las mujeres de la Capital sean menos fértiles. Si la tasa de mortalidad infantil en la Capital Federal era del 12,2 por mil y la del Chaco 28,2 por mil, nos están diciendo también que es mucha la diferencia de concebir y cuidar a un niño hasta el año de vida. Tanto más grave que esto, es saber que enorme diferencia hay entre gestar un niño en Capital Federal y Chaco o Formosa; por ejemplo, ya la mortalidad neonatal era de 8,4 por mil en la primera y de 17,7 por mil en las segundas (datos 1997 UNICEF, 1999).

Creemos que uno de los principales o quizá el más importante objetivo de este proyecto, es el de pretender igualar o, al menos, ofrecer la posibilidad de acceder a similares beneficios del cuidado de la salud de la madre y el niño, mediante el acceso a la educación sanitaria, la prevención y el cuidado institucional, a todos los niveles sociales sin las irritantes diferencias que produce hoy la capacidad económica.

Parecería redundante agregar fundamentaciones y datos estadísticos que justifiquen la imperiosa necesidad de creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable que estamos proponiendo, pero aún así, quiero traer a colación sólo algunos datos que demuestren cuan importante es el tiempo perdido, este tiempo significa pérdida de vidas humanas en la prevención de sólo una de las más grandes enfermedades de transmisión sexual como es el sida.

Podemos ver así, según datos del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos, Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud, cuál ha sido la evolución de la epidemia en nuestro país, y especialmente cómo ha ido afectando a los distintos grupos humanos.

Se observa así, que hasta 1990, las mujeres y los niños enfermos eran muy pocos; que entre 1991-1994 se registra una tasa de crecimiento en las mujeres de alrededor del 400 %, pasando así la rela-

ción de hombre-mujer de 13 a 1 enfermos a una relación de 3 a 1 en los registros de 1998 y que en los niños, que representan ya el 7 % del total de enfermos, tienen una tasa de crecimiento del 515 % en igual período (uno de los porcentajes más altos de América latina); este no es un programa de control de la natalidad, sino fundamentalmente un programa de salud.

Otro dato relevante de la misma fuente es la constante disminución de los niveles de educación en los enfermos, habiendo aumentado la proporción de aquellos con instrucción primaria incompleta, es decir que no tuvieron siquiera la oportunidad de recibir la posibilidad de adquirir conocimientos de educación sexual en los grados superiores.

Si buscamos una fundamentación en la bioética, es indudable que el principio básico de la autonomía es uno de los rectores de este proyecto de ley, y de una autonomía precisamente basada en la correcta información y estímulo de la toma de decisiones, evitando en todo momento al paternalismo médico de indicar qué es lo mejor, o qué es lo malo o lo bueno, decisión ésta absolutamente reservada al individuo o la pareja afectada. Nuestra tarea debe estar encaminada a la mayor justicia distributiva en salud y a que todas las personas tengan acceso a los mismos derechos y libertades civiles.

“Debemos aprender a vivir juntos como hermanos o pereceremos juntos como locos”, Martin Luther King.

### 3

#### INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA DIPUTADA BARBAGELATA

#### **Cuadros estadísticos sobre mortalidad materna, mortalidad infantil, nacimientos y uso de métodos anticonceptivos**

##### *Mortalidad materna*

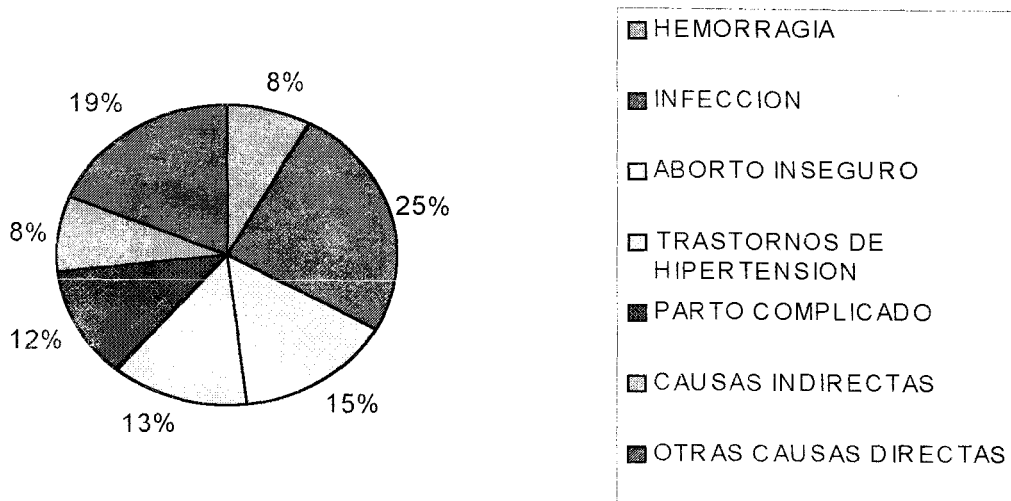
Anualmente en el mundo se producen más de 585.000 muertes por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, con lo que por lo menos una mujer muere cada minuto. (Population Reference Bureau, 3ª edición.)

##### *Tasa de mortalidad materna por país*

Argentina	38/100.000 nacidos vivos
Chile	23
Cuba	25
Uruguay	21

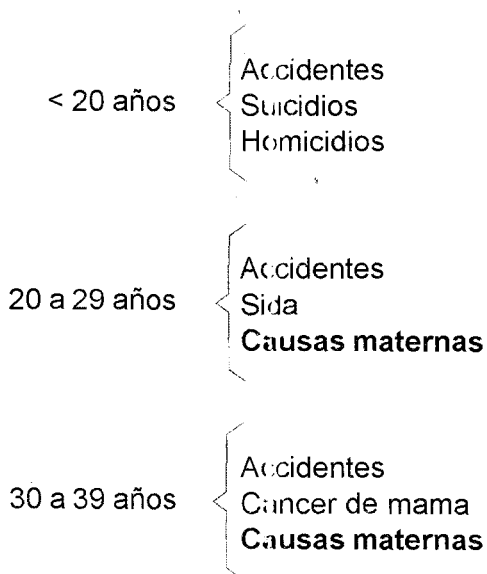
*M. S. y A. S. Dir. de Estadística, 1998.*

## CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN LOS PAISES EN VIAS DE DESARROLLO

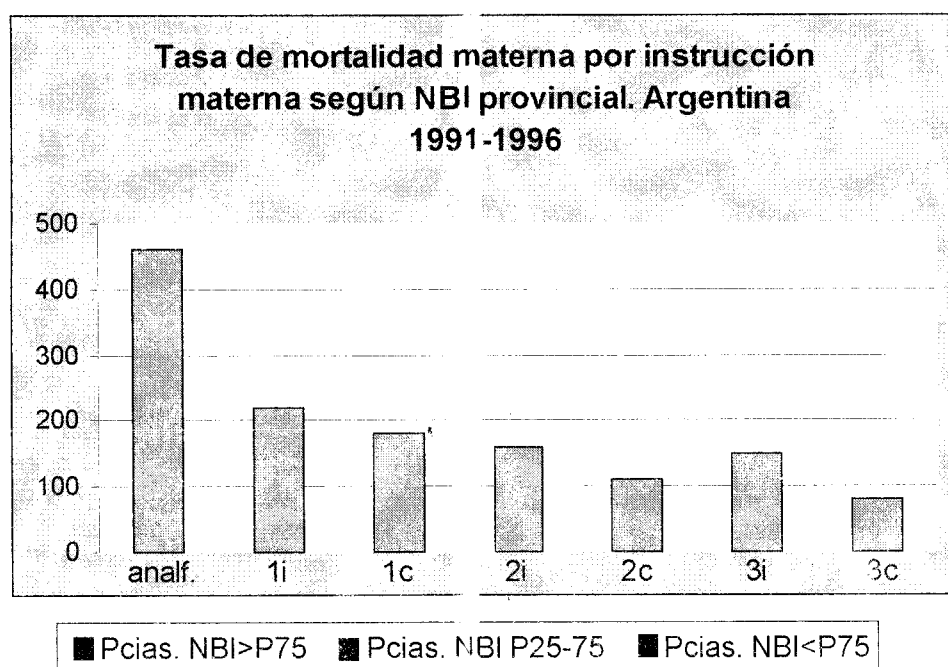


Organización Mundial de la Salud. 1996

## MORTALIDAD FEMENINA POR CAUSAS EN LA ARGENTINA 1998

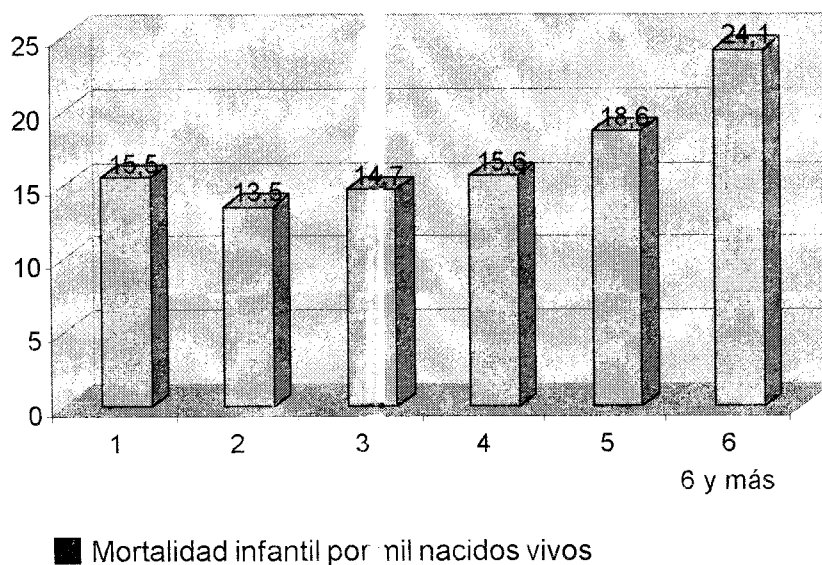


M. S. y A. S. Dir. de Estadística, 1998

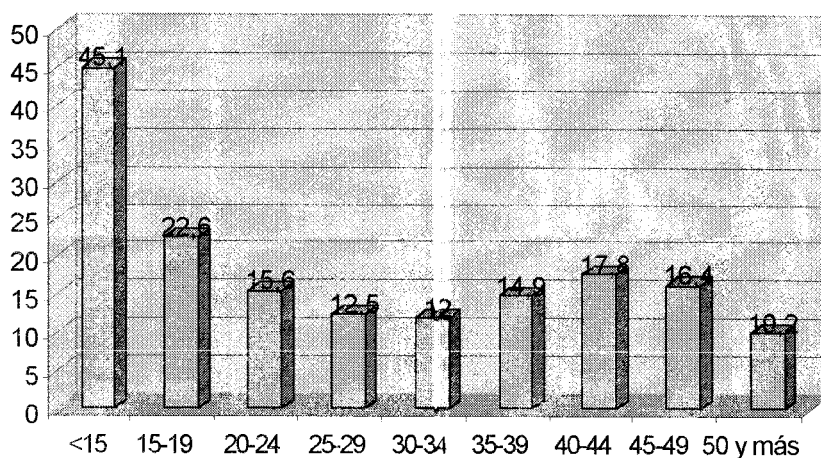


Vinacur 99

### Mortalidad infantil según el número de hijos



### Mortalidad infantil según edad materna

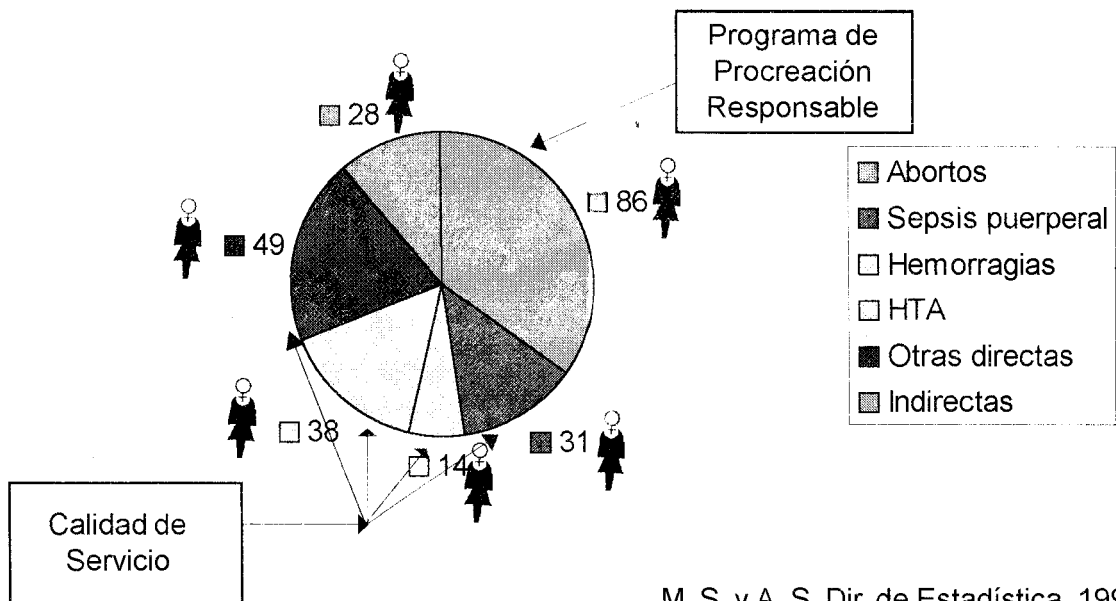


■ Mortalidad infantil por mil nacidos vivos

M. S. y A. S. Dir. de Estadística, 1998

### Defunciones maternas según causas.

Argentina 1998



M. S. y A. S. Dir. de Estadística, 1998

**Mortalidad por aborto y por grupos de edad**

Edad	Número de muertes por aborto
10 a 14	1
15 - 19	6
20 - 24	20
25 - 29	22
30 - 34	14
35 - 39	13
40 - 44	9
45 - 49	0
50 - 54	1

M. S. y A. S. Dir. Est. .... de Salud. 1998.

**Abortos en Argentina**

Estimado de abortos en base a población y nacidos vivos en 1991: 450.895 a 498.358.

Tasa de aborto: 686/1.000.

1996.

**Riesgo de muerte por embarazo y parto durante la vida de la mujer**

Región	TMM	TGF	RAMM
Mundo			1/60
Argentina 93	46	2.8	1/777
Argentina 97	38	2.62	1/1005
América del Norte			1/3700

Vinacur 99.

La tasa de mortalidad materna es el número de muertes maternas por año por cada cien mil nacidos vivos en el mismo año.

La mortalidad materna es de diez muertes cada cien mil nacidos vivos en los países centrales (Naciones Unidas, 1993).

En Argentina, la tasa fue de casi 71 muertes cada cien mil nacimientos en 1980, y de 47 en 1996 (cuadro 1).

Cabe destacar que estas cifras de por sí desmesuradas —como ocurre en todos los países periféricos— adolecen de un importante subregistro. En la Ciudad de Buenos Aires, en una investigación efectuada sobre las muertes de 1985, el subregistro fue de un 53 %.

**Cuadro 1**

*Tasas de mortalidad materna (0/0000)  
Total Argentina, 1980-1996*

Año	TMM
1980	70.0
1985	59.0
1990	52.0
1991	48.0
1992	48.0
1993	46.0
1994	39.0
1995	44.0
1996	47.0

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud, M. S. y A. S. y UNICEF.

En general, el grupo etáreo más afectado es el de las mujeres de 40 años y más (cuadro 2).

**Cuadro 2**

*Tasas de mortalidad materna en mujeres de 15 a 49 años por año y grupo de edad, Argentina, 1980-1996*

Edad	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
	(0/0000)								
15 a 19	54.0	40.0	36.0	26.0	32.0	35.0	174.0	24.0	32.0
20 a 24	46.0	31.0	35.0	33.0	31.0	32.0	32.0	27.0	29.0
25 a 29	56.0	43.0	38.0	38.0	34.0	32.0	26.0	38.0	39.0
30 a 34	80.0	65.0	61.0	56.0	49.0	46.0	26.0	60.0	60.0
35 a 39	158.0	150.0	101.0	109.0	116.0	98.0	45.0	72.0	89.0
40 a 44	154.0	155.0	186.0	125.0	121.0	122.0	85.0	137.0	118.0
45 a 49	86.0	195.0	154.0	161.0		61.0	106.0	265.0	226.0

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud, M. S. y A. S. y UNICEF.

El Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas ubica a la Argentina entre los países con alta mortalidad materna.

Con respecto a la causa de muerte, en 1993 el 20 % fue por abortos; un 15 % por hemorragias del embarazo y parto, un 14 % por toxemia del embarazo. El resto se debió a causas obstétricas directas (38 %) e indirectas (4 %).

**Cuadro 3**

*Nacimientos de madres menores de 20 años por jurisdicción en porcentaje 1991-1997*

Jurisdicción	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Capital Federal	6.4	6.4	7.7	7.0	7.2	6.7	6.6
Buenos Aires	13.6	13.7	14.0	14.2	14.3	14.3	14.8
Catamarca	17.7	18.9	18.7	19.7	21.5	19.9	19.7
Córdoba	14.1	14.0	14.4	14.6	14.6	13.9	15.4
Corrientes	16.8	18.3	18.3	19.1	20.2	20.0	20.3
Chaco	19.9	21.2	21.5	22.0	22.3	22.8	23.5
Chubut	19.7	19.0	20.2	20.1	19.6	19.8	20.0
Entre Ríos	16.9	16.9	17.8	18.0	17.9	17.3	18.9
Formosa	17.2	17.4	18.9	18.9	19.0	19.1	20.0
Jujuy	16.5	17.3	18.1	18.4	18.4	18.0	18.5
La Pampa	17.6	17.6	17.1	17.8	17.5	17.0	17.5
La Rioja	16.8	16.8	17.8	18.3	17.1	17.0	17.7
Mendoza	12.8	13.1	13.6	13.5	14.1	13.7	14.6
Misiones	18.4	19.3	19.5	20.0	20.3	20.3	14.6
Neuquén	18.8	18.4	18.8	19.1	19.5	19.5	20.4
Rio Negro	19.4	18.1	18.1	19.2	18.8	19.3	19.8
Salta	17.0	17.0	17.6	17.8	18.4	18.8	19.6
San Juan	14.6	15.9	16.2	15.8	14.9	14.4	14.6
San Luis	18.0	16.7	17.7	16.9	18.1	17.9	17.1
Santa Cruz	15.5	15.5	16.3	17.9	17.8	17.1	16.0
Santa Fe	17.5	16.6	16.0	16.3	18.3	17.4	19.0
Santiago del Estero	15.6	15.7	16.7	15.7	19.8	19.3	20.0
Tucumán	13.4	13.4	14.7	15.1	15.4	14.5	16.8
Tierra del Fuego	sd	10.7	11.0	12.1	12.6	12.8	12.5
Otros países	10.5	16.1	16.0	12.1	20.7	22.0	24.4
Lugar no especificado	14.1	16.4	16.3	14.9	15.8	8.7	15.7
Total país	14.9	15.0	16.3	15.5	15.9	15.7	16.4

*Fuente:* Programa Nacional de Estadísticas de Salud, M. S. y A. S. y UNICEF

**4. Anticoncepción**

Existe asociación entre NBI y menor acceso a medios de anticoncepción (cuadro 4).

**Cuadro 4**

*Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años de edad, según necesidades básicas insatisfechas. Ciudades seleccionadas, mayo 1994*

Jurisdicción	Total	no NBI	NBI
	%	%	%
Gba.	64.9	67.8	54.1
Conurbano 62.0	65.8	52.8	
Mendoza	60.1	62.9	50.8
Rosario	64.1	67.3	54.1
Neuquén	61.1	62.9	54.1
Paraná	53.5	55.7	43.5
Río Gallegos 57.5	58.8	50.8	
Salta	57.1	59.9	44.5

*Fuente:* UNICEF

INSERCIÓN SOLICITADA POR LA SEÑORA  
DIPUTADA GONZÁLEZ

**Ampliación de la exposición de la señora diputada  
acerca del proyecto de ley sobre Programa  
Nacional de Salud Sexual y Procreación  
Responsable**

Adentrarnos en las dimensiones de la seguridad reproductiva y la sexualidad depende del respeto de varios derechos, incluidos el derecho a la vida, a la libertad y seguridad de las personas, el derecho a ser libre de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derecho a casarse y formar una familia, el derecho a gozar de la vida familiar y privada. El derecho a la educación, reconocido en diversos instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, es también de central importancia para la protección y promoción de la salud. Todas las investigaciones realizadas en virtud de este proyecto demuestran su carácter primordial para la mejora de la salud reproductiva de las mujeres, incluyendo la supervivencia de los nacidos/as y el crecimiento saludable de los niños/as.

Toda la población se verá influenciada positivamente por las acciones emanadas de esta ley, pero pensar en los/las adolescentes como titulares del derecho a la salud sexual y reproductiva implica pensar en ellos/as como sujetos de derecho.

En la plataforma de El Cairo se expresa con claridad que los/las adolescentes han sido un grupo largamente ignorado por los servicios de salud reproductiva, frente a ello, las altas tasas de embarazo infantil y adolescente han devenido epidémicas mostrando la incomprensión y falta de responsabilidad de los gobiernos frente a esta problemática.

También en El Cairo se hicieron llamamientos a eliminar las barreras que impiden el acceso a la información y al cuidado de su salud reproductiva a los/las adolescentes. Para lo cual los gobiernos deben asegurar que los programas y la actitud de los/las profesionales de la salud sean adecuados, que no restrinjan el acceso a este grupo de población y que "... protejan y promuevan los derechos de los/las adolescentes a la educación, información y cuidado de la salud reproductiva, en orden a reducir las ETS (enfermedades de transmisión sexual) y el número de embarazos adolescentes".

Al mismo tiempo deberá tenerse en cuenta que los/las adolescentes sufren una injusta discriminación cuando no se les permite acceder a los mismos servicios de salud que los/las adultos.

Por lo tanto, impedir el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a los/las adolescentes en razón de su edad es un acto discriminatorio. Por el contrario, garantizar servicios que respeten la confidencialidad y privacidad de los/as adolescentes es atender sus derechos humanos fundamentales.

El artículo 39 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reconoce expresamente la personalidad jurídica de los menores de edad, estipulando la adopción de un régimen de protección especial en lo concerniente al ejercicio de sus libertades. En este sentido dispone: "La Ciudad reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos de sus derechos, les garantiza su protección integral y deben ser informados, consultados y escuchados. Se respetan su intimidad y privacidad. Cuando se hallen afectados o amenazados pueden por sí requerir intervención de los organismos competentes...".

Es posible caracterizar a la población adolescente como sujetos de acciones selectivas en materia de salud reproductiva, sintetizándose su status jurídico en los términos siguientes:

—Los adolescentes son sujetos activos del derecho a la información, y educación formal en materia de salud sexual y reproductiva.

—Se reconoce la titularidad del derecho a la intimidad.

—Se asigna implícitamente el derecho a la opción reproductiva habida cuenta de la solución arbitrada en materia de protección de la maternidad durante dicha etapa.

**Fecundidad adolescente:**

I. En el total país la fecundidad adolescente —entre menores de 20 años de ambos sexos— registró durante los años ochenta un incremento más rápido que en los demás grupos etarios. Si bien para la década del noventa, la fecundidad de la población total decayó, es dable advertir que la adolescente lo hizo a un ritmo menor. (Pantelides, 1995.)

II. El perfil reproductivo de los adolescentes expone la relación positiva entre el temprano inicio de las relaciones sexuales y el prematuro comienzo de la maternidad. En el caso de las adolescentes, la edad no sólo constituye una variable incidente en la capacidad de planificación de los nacimientos, sino además un factor de riesgo reproductivo. (López, 1996.) En efecto, los riesgos de complicación del parto superan a los de las adultas (salvo las más añosas), incrementándose también los factores de riesgo para la salud del hijo.<sup>1</sup> (Baldwin, 1976, Bianco, 1995.)

III. Las "consecuencias indeseadas" de la paternidad/maternidad precoz tradicionalmente asociadas a la inmadurez biológica y psíquica (de la madre y/o padre), deben también correlacionarse con

<sup>1</sup> La autora expone los riesgos que pueden afectar la salud de los hijos nacidos de madres adolescentes, y los efectos positivos que sobre su crecimiento ejercen la contención y apoyo por parte de la familia de la madre adolescente.

características sociales de los adolescentes que se inician en la paternidad.<sup>2</sup>

IV. Mas al mismo tiempo el prematuro ingreso a la maternidad conlleva generalmente a la interrupción de la escolarización y a la reducción de las posibilidades de inserción laboral. (Hayes, 1987.)

V. Por otro lado, las modificaciones en la situación marital (casamiento/concubinato), intentadas por los adolescentes para "suprimir" los efectos negativos de la maternidad extramatrimonial, suelen derivar en experiencias fracasadas.<sup>3</sup> (Goldman, 1981.)

### Enfermedades de transmisión sexual:

I. En la faz de contracción de enfermedades de transmisión sexual también se comprueba el posicionamiento vulnerable de los adolescentes; así por ejemplo el 67 % de las argentinas infectadas por el HIV pertenece al grupo etario de menores de 29, siendo que una de cada cuatro tiene entre 15 y 24 años.<sup>4</sup>

### Prematuro inicio de la actividad sexual:

I. Fuentes secundarias demuestran el acortamiento de la edad de inicio de las relaciones sexuales

<sup>2</sup> Climent, G. (1996): "Las dificultades en el enfrentamiento de la maternidad adolescente derivan del medio socio-familiar en el que ésta se produce, de ahí la importancia de contar con un ambiente favorable -nivel educacional adecuado, contención familiar, apoyo de la pareja, adecuados ingresos y vivienda- ya que cuantos más factores desfavorables estén presentes simultáneamente más crítica será la situación que deben enfrentar ante el nacimiento del hijo...".

<sup>3</sup> Congreso Latinoamericano de Salud Sexual y Reproductiva. III Foro Nacional de Procreación Responsable. Buenos Aires, 14 al 16 de abril de 2000. Los cursos de acción aseguibles a la embarazada adolescente se resumen en: aborto voluntario, la entrega del menor en adopción, la maternidad soltera y el matrimonio. La primera opción registra en el total país la tercera parte de mortalidad adolescente. (Aller, Atucha y Pailles, 1996.)

<sup>4</sup> Dirección General de la Mujer. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <http://www.buenosaires.gov.ar>. De acuerdo con los resultados del estudio epidemiológico realizado entre 1991 y 1994 en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, se comprobó que en las internaciones de mujeres entre 10 y 49 años, la principal causa de muerte estaba constituida por el VIH/sida.

Conf. página web UNICEF. Los datos registrados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia denotan un aumento en la tasa de fecundidad de las menores de 20 años de edad, más al mismo tiempo incrementa el número de adolescentes multiparas.

por parte de los adolescentes.<sup>5</sup> La edad media de inicio en las mujeres alcanza los 15.3 años, mientras que en sus parejas masculinas sería de 19.6 años, siendo el 60% de esos varones, menores de 20.<sup>6</sup>

II. No obstante destacamos que la edad de inicio no guarda relación lineal con el riesgo de embarazo, que alcanza proporcionalmente mayor significatividad entre los adolescentes que se iniciaron entre los 13-14 y 17-19.<sup>7</sup>

III. La bibliografía sobre fecundidad de adolescentes confirma la existencia de una relación inversa entre el nivel de instrucción alcanzado y las probabilidades de procrear antes de alcanzar los 20 años de edad. Pero además cabe aclarar que, en el caso de las mujeres, el nivel de escolarización alcanzado adosa mayores condiciones de riesgo que se mantienen vigentes durante toda la vida (e.g.: limitaciones en la capacidad de autodeterminación, delegación de la anticoncepción en la pareja).<sup>8</sup>

Quisiera además expresar mi opinión sobre la adecuación de la ley de salud reproductiva y procreación responsable a las normas de rango superior.

Como se manifestara en algunos testimonios presentados ante esta Cámara sobre conflictos entre la patria potestad y la salud reproductiva y procreación responsable, en primer lugar, no resulta en absoluto claro que exista un conflicto entre la ley de

<sup>5</sup> Pantelides, E. et al. (1992). Debemos observar que existen diferencias genéricas en cuanto a las motivaciones para iniciarse en las relaciones sexuales, mientras factores fisiológicos predominan en los varones, los sociales ejercen mayor influencia relativa en las mujeres.

<sup>6</sup> Pantelides, F. A. y Geldstein, R. (1998). La fuente presenta los resultados de una investigación realizada durante 1997 entre adolescentes mujeres de 15 a 18 años de edad concurrentes al servicio de ginecología del Hospital Argerich.

La muestra conformada no resulta representativa pues se integra en su mayoría por adolescentes pertenecientes a los estratos bajo y medio bajo; estando sesgada hacia las edades mayores. El 90 % de las adolescentes indagadas había iniciado las relaciones sexuales; siendo que la cuarta parte lo había hecho antes de los 14.

<sup>7</sup> Pantelides (1992).

<sup>8</sup> Pantelides (1995). La escolarización se relaciona con los hábitos de cuidado en el acto sexual; las condiciones de riesgo son doblemente frecuentes entre los menores no instruidos que entre los que completaron la instrucción primaria o alcanzaron niveles secundarios. Aunque no se habría comprobado la incidencia significativa de la instrucción formal en las actitudes o conductas de los varones.

salud reproductiva y procreación responsable y el régimen de la patria potestad. Para que ese conflicto exista, es necesario exponer y fundamentar una determinada noción de patria potestad, tan extensa y robusta como para ser pasible de verse afectada por la mera difusión de información por parte del Estado y la prestación de servicios de salud al público. Una concepción de tales características parece casi inimaginable.

En segundo lugar, aun si se concibiera una idea de patria potestad tan abarcadora como para entrar en conflicto con la provisión de información y prestaciones de salud por parte del Estado, no puede desconocerse que de la patria potestad no emergen derechos absolutos, sino razonablemente limitados, que en el caso están dirigidos a la protección del interés superior de los menores.

La patria potestad, como el conjunto de derechos y deberes de los padres en relación con los hijos, es un régimen jurídico ordenado a la protección de los intereses y formación integral de los menores (artículo 264 del Código Civil). Esto no convierte a los hijos en propiedad de los padres. Por el contrario, extiende sus potestades en la medida en que éstas no se ejerzan en desmedro de esos intereses.

Ello aparece con claridad en varias disposiciones del Código Civil en las que se establecen diversas restricciones de los derechos de los padres sobre sus hijos en interés de estos últimos, e incluso la posibilidad de la privación de la patria potestad en caso de no atender a los intereses que justifican el régimen. Así, se establece que "... los jueces deberán resguardar a los menores de las correcciones excesivas de los padres, disponiendo su cesación y las sanciones pertinentes si correspondieren" (artículo 278 del Código Civil). "... los padres no pueden, ni siquiera con autorización judicial, comprar por sí, ni por interpuesta persona, bienes de sus hijos (...) Necesitan autorización judicial para enajenar bienes de cualquier clase de sus hijos, constituir sobre ellos derechos reales o transferir derechos reales que pertenezcan a sus hijos sobre bienes de terceros" (artículo 297 del Código Civil) "... no pueden hacer contratos de locación de los servicios de sus hijos adultos, o para que aprendan algún oficio sin asentimiento de ellos" (artículo 280 del Código Civil).

El Estado argentino interviene en defensa de los menores y aun contra la voluntad de los padres en numerosas ocasiones, especialmente cuando está en juego el derecho a la salud o a la educación de los niños. En razón de ello impone la enseñanza primaria obligatoria, así como la vacunación obligatoria en ciertos casos, sin que esto se entienda como un conflicto o derogación de los derechos de la patria potestad.

En este caso se consideró que el derecho del niño está por encima del derecho de los padres a ejercer su patria potestad.

La Convención de los Derechos del Niño como normativa superior cambia fundamentalmente el paradigma del/la menor objeto de tutela a sujeto de derechos, redefiniendo el rol de los adultos donde debe primar el cuidado y protección con una fuerte connotación de responsabilidad y no de discrecionalidad o disponibilidad hacia ellos/as. Este derecho incluye el bienestar, el derecho de expresión y la autodeterminación del niño/a, como así también el deber de informar que tiene el profesional de la salud.

### 1. Principio de protección especial

Refiere a la introducción de los mecanismos legales pertinentes a fin de permitir al menor disponer de "...oportunidades y servicios (...) para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad..."<sup>9</sup>.

Supone la identificación de los requerimientos y necesidades específicas de acuerdo con las condiciones individuales de cada menor; y la adopción de los instrumentos adecuados para su protección.

### 2. Principio de determinación particularizada<sup>10</sup>

La regla –aplicable a las “cuestiones”<sup>11</sup> atinentes a los menores– exige aplicar las soluciones que mejor se adecuen a las características personales e intereses del menor. Una derivación de esta pauta interpretativa y de acción supone (en el ámbito de la responsabilidad) evaluar su capacidad de conocer la regla infringida, y para comprender el valor social de su conducta y las consecuencias de su obrar<sup>12</sup>.

Se advierte entonces, que los derechos del menor, quedan definidos en términos de libertades adaptadas a sus características individuales<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> Declaración de los Derechos del Niño. Principio 2.

<sup>10</sup> Díaz Ojeda, A. (1999).

<sup>11</sup> El término se utiliza en el sentido de “caso” o “causa” justiciable, siguiendo la doctrina tradicional de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

<sup>12</sup> A modo de ejemplo, cabe recordar que las reglas mínimas de Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores (Reglas de Beijing, ONU. Resolución 40/33, 29/10/80), señalan: artículo 4 “Habida cuenta de las circunstancias que acompañan la madurez emocional, mental e intelectual, examinar si puede hacer honor a los elementos morales y psicológicos de la responsabilidad”. Página web: <http://www.unhehr.ch/spanish/html/>.

<sup>13</sup> Artículo 29: Convención de los Derechos del Niño. Conf. Bodnar, M. P. [2000 *ai*].

Al respecto, el Principio 2 de la Declaración de los Derechos del Niño señala “el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios (...) para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal (...)”. Siguiendo la misma pauta, el principio 7 dispone que el interés superior del menor debe “...ser el principio rector de quienes tengan la responsabilidad de su educación y orientación...”.

El artículo 3.1 de la Convención sobre los Derechos de Niño reitera la regla.

### 3. *Interés superior del menor*<sup>14</sup>:

De acuerdo con la doctrina la satisfacción del interés superior del menor consiste lisa y llanamente en la protección y reconocimiento de sus derechos, inscribiéndose –en la finalidad última– de asegurar el desarrollo físico y psíquico en condiciones saludables.<sup>15</sup>

El interés del menor comprende entonces, al conjunto de libertades atinentes al “...desarrollo integral y la protección de la persona y los bienes de un menor dado, y entre ellos el que más conviene en una circunstancia histórica determinada, analizando en concreto...”.<sup>16</sup>

### 4. *Promoción del desarrollo personal*

El desarrollo biológico, psicológico y moral sustenta el régimen de protección legal de los menores de edad<sup>17</sup>. Según enseña Díaz Ojeda (1998), cualquier interferencia en la vida del menor debe guiarse por este principio, adoptándose la noción en un sentido lato abarcativo de órdenes particulares, dictámenes técnicos o normas de alcance particular. Es dable agregar que este criterio deberá correlacionarse con los principios de dignidad<sup>18</sup> y respeto de la situación evolutiva<sup>19</sup>.

La finalidad de este principio es sentar una pauta interpretativa ante los conflictos de intereses; sirviendo de criterio orientador de las intervenciones institucionales legitimadora de la injerencia estatal en el ámbito privado.

En particular la interpretación de las reglas contenidas en los artículos 1º al 5º de la convención citada, permiten colegir que los padres asumen funciones de “dirección y orientación, cuyo ejercicio habrá de ser conteste a las etapas de desarrollo”.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la Convención de los Derechos del Niño queda demostrado por el hecho de que el Comité de los Derechos del Niño, como organismo encargado de la aplicación y monitoreo de esta convención ha abordado en muchas observaciones finales dirigidas a los gobiernos, los asuntos relativos a los derechos reproductivos de los/ las adolescentes, poniendo énfasis en la necesidad de que los gobiernos tomen medidas para garantizar estos derechos. En este sentido ha dicho:

El comité manifiesta su preocupación por la insuficiencia de servicios de atención e información en materia de salud reproductiva para adolescentes (en Paraguay) ... (y) aconseja que el Estado Parte promueva la salud entre los adolescentes reforzando los servicios en salud reproductiva y planificación familiar para prevenir y combatir el HIV/sida, otras enfermedades de transmisión sexual y los embarazos en adolescentes<sup>20</sup>.

El comité (...) manifiesta su preocupación por la insuficiencia de las medidas tomadas para abordar los asuntos de salud para los adolescentes, tales como la salud reproductiva y la incidencia de embarazos precoces (en Hungría) (...) y recomienda que (...) se refuercen los programas educativos en materia de salud reproductiva y que se pongan en marcha campañas informativas sobre planificación familiar y prevención del HIV/sida<sup>21</sup>.

El principio de la autonomía de los niños/niñas como fundamento del régimen legal en nuestro país es un elemento clave en la comprensión de las razones para aprobar este proyecto de ley.

Para comprender la dogmática de nuestro sistema jurídico en materia de menores, y como este último se compatibiliza con el régimen de patria

<sup>14</sup> Según la definición adoptada por la Real Academia Española, el interés es “conveniencia o necesidad preeminente en el orden moral o material”.

<sup>15</sup> Las Reglas de Beijing también refieren a este concepto artículos 14.2 y 17.1.d) 26.5.

Otro de los documentos que sienta la misma regla es “Declaración de principios sociales y jurídicos relativos a la protección y bienestar de los niños”, con particular referencia a la adopción y a la colocación en hogares de guarda en los planos nacional e internacional (Naciones Unidas, resolución 41/65, 6-2-87).

<sup>16</sup> Pettigiani, E. (1999).

<sup>17</sup> Concordancias: CDN, artículos 3.2, 6.1.2, 14, 15, 24, 29, 31, 32, 36. Reglas de Riad 35.

<sup>18</sup> Concordancias: CDN, principio 1, artículo 37.

<sup>19</sup> Concordancias: CDN, Preámbulo y párrafo 7 DDN.

<sup>20</sup> Observaciones finales del 15º período de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Paraguay, párrafo 23, 45. 18 de junio de 1997. Documento ONU CRC/C/15/Add. 75.

<sup>21</sup> Observaciones finales del 18º período de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Hungría, párrafo 21, 36. 5 de junio de 1998. Documento ONU CRC/C/15/Add. 87.

potestad, es menester comprender que un valor fundamental en juego es el de la autonomía de la persona (nona), sujeto central de ambos tipos de regulaciones.

En este sentido debe entenderse que la patria potestad es un instrumento al servicio de la autonomía de los menores. De manera que hasta la mayoría de edad los padres tienen una responsabilidad primaria en fortalecer esa autonomía.

En razón de ello el Estado tiene una doble limitación respecto de los menores: a) una limitación específica y consiste en la obligación de no invadir la responsabilidad primaria de los padres; y b) la segunda limitación no es específica respecto de los menores ya que es un deber que el Estado tiene para con todos los miembros de la sociedad: el deber de actuar con neutralidad, lo que implica abstenerse de imponer a los individuos una concepción particular acerca de lo que es bueno en la vida.

El ejercicio de la patria potestad puede implicar un cercenamiento de la autonomía del menor, y eso es un costo que sociedades que reconocen el valor de la autonomía están dispuestas a pagar. El problema es cuánto estamos dispuestos a sacrificar en términos de autonomía en nombre del respeto a la patria potestad. Así, admitimos que los padres bautizan a sus hijos en determinada fe religiosa pero no admitimos que los padres nieguen la vacunación de sus hijos: los padres no pueden dañar a sus hijos ni dejarlos expuestos a riesgos evitables.

Los límites a la patria potestad, sin embargo, van bastante más allá de la evitación de daños: por ejemplo, en el ejercicio de la patria potestad los padres no pueden, bajo nuestro sistema jurídico, impedir la educación de los niños. La razón es que una decisión en contrario implicaría un recorte de la autonomía del menor que iría más allá de lo tolerable. En otras palabras, dentro del conjunto de capacidades y potencialidades que están abarcadas por el ideal de autonomía hay un núcleo mínimo que es obligación del Estado democrático preservar, inclusive frente al ejercicio de la patria potestad. Integran ese núcleo mínimo la protección frente a daños y la provisión de herramientas, información y educación básica sobre opciones posibles de planes de vida.

La Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable está conectada con este sentido mínimo de autonomía al dirigirse, por un lado, a la prevención de daños concretos como los originados en abortos y enfermedades de transmisión sexual; y por otro, a la difusión de información para enriquecer el menú de opciones en materia sexual y reproductiva.

En el ejercicio de su función como protector de este núcleo mínimo de capacidades y potencialidades, el Estado debe respetar un principio de neutralidad que le veda la imposición de una concepción particular de ideales de vida.

¿Podrían aquellos padres que creen que la mejor concepción de lo que es bueno en la vida exclu-

el sexo fuera del matrimonio impugnar esta ley por favorecer conductas contrarias a esta concepción? Si así fuera, el Estado estaría violando su deber de neutralidad al tomar partido respecto de una cuestión debatible como lo es la de la bondad o maldad de la práctica del sexo fuera del matrimonio (la calificación de estas prácticas como "ilícitas" que realizan los demandantes sólo debe entenderse como una *boutade*).

En este punto es importante distinguir neutralidad de pasividad. Un rol activo del Estado en la difusión de información no es menos neutral que un rol pasivo del Estado. En particular, la provisión de información sobre derechos reproductivos no implica la promoción de determinadas formas de vida como mejores que otras.

Ante estas argumentaciones, señor presidente, creo fundamental la sanción de este proyecto de ley. Con él, nuestro país va en vías de cancelar una deuda con nuestros jóvenes por un lado y el resto de la población afectada por esta ley. Por otra parte considero que este dictamen, está en un todo de acuerdo con todas las normas de fondo que están incorporadas a nuestra Constitución y más específicamente con la Convención de los Derechos de los Niños/as y Adolescentes. De esta manera, y como surge de varios testimonios que me precedieron, ponemos al alcance de toda la población un derecho inalienable que sólo alcanzaba hasta ahora una parte de ella al generalizar los beneficios obtenidos por este proyecto de ley.

*María A. González.*

5

INSERCIÓN SOLICITADA  
POR LA SEÑORA DIPUTADA BORDENAVE  
**Ampliación de la exposición de la señora diputada  
acerca del proyecto de ley sobre  
Programa Nacional de Salud Sexual  
y Procreación Responsable**

Cada año en nuestro país mueren 500 mujeres y seguramente muchas más, ya que existen subregistros —por causa del embarazo y del parto—, por esta simple causa que es la procreación, pero cuando se desarrolla en condiciones inadecuadas tiene como consecuencia la morbilidad materna y perinatal.

Las causas de esta mortalidad están relacionadas mayormente con el aborto, con las hemorragias del embarazo, con el parto y con la toxemia del embarazo, principalmente. Estas muertes también son evitables en más de un 80 % de los casos.

En el informe de la Organización Mundial de la Salud —una primera evaluación muy fuerte para todos los países— vemos cómo nuestro país, que no tiene poco gasto en salud —está en un número 34 de la inversión en salud—, pero cuando aparecen los resultados y la eficacia de este gasto, aparecemos

en el lugar número 74, después de países como Paraguay, Chile, Uruguay y Costa Rica.

Existe otra problemática muy seria que es el embarazo de las adolescentes que cada vez se produce a edades más tempranas.

Sabemos que, cuando más se adelanta de los veinte años, los riesgos para la mujer y el niño se incrementan. El parto prematuro, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas son algunas de las causas y de los casos más frecuentes que se ven en las madres adolescentes. Lo mismo acontece en el riesgo, tanto para la madre como para el niño, cuando los embarazos no tienen los periodos intergenésicos adecuados.

Por otra parte, entre veinte y veintinueve años, en nuestro país, la tercera causa de muerte femenina es la materna, después de los accidentes y del sida. Al mismo tiempo, se calcula que en nuestro país se realizan no menos de cuatrocientos mil abortos por año y, evidentemente, esto también está marcando que, en definitiva, constituye una regulación de los nacimientos por abortos clandestinos.

Los adolescentes y las mujeres pobres son las más afectadas por la falta de oportunidades para acceder a todos estos servicios. También en muchas oportunidades hay una ineficiente atención estatal de las demandas.

Quiero dejar en claro que esto no acontece en todos los sectores sociales, sino en los más carenciados, en los más vulnerables, en los no tienen cobertura social.

Por ello, este proyecto de ley busca equidad de igualdad, porque queremos que todas las personas, todas las mujeres, tengan acceso a estos servicios. Entre los ejes temáticos, centrales solamente voy a señalar algunos que son fundamentales: garantizar el acceso, tanto a varones como a mujeres, a la información, a las prestaciones, a los métodos y a los servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.

En esta ley hemos definido no limitar el acceso de los servicios de la salud a ninguna persona incluyendo los adolescentes y para ello nos hemos apoyado en lo establecido por la Convención de los Derechos del Niño que tiene rango constitucional, fundamentalmente, en los artículos 12, 13, 24 y 26, que señalan el reconocimiento del niño y del adolescente como sujetos de derechos, el derecho a formar sus propias opiniones a ser participe en todos los actos que se involucren con su vida, el derecho a la salud y a su intimidad.

Queremos que exista la mejor cobertura de salud y ojalá la mejor cobertura familiar. Por eso uno de los objetivos de esta ley es promover la reflexión conjunta entre padres y adolescentes para que, en forma conjunta, traten estos temas y puedan decidir qué hacer.

Se ha dado un debate en relación con el tema de la explicación de los métodos anticonceptivos. So-

mos muy respetuosos de todas las creencias y convicciones íntimas, pero sabemos que al momento de legislar debemos ser plurales, debemos legislar para todos, el Estado y la legislación deben garantizar estos derechos porque la verdadera libertad es tener acceso a la información, a saber qué derechos tienen las parejas y qué derechos tienen las mujeres para que puedan decidir libre y autónomamente qué hacer.

Esta ley reconoce derechos humanos personalísimos que tienen un carácter indelegable e inescindible de la persona. Por eso, no pueden ser representados por otros, pertenecen a la persona, y es ella la que tiene que decidir su ejercicio directo.

Esta concepción y este abordaje de estos temas desde la concepción de los derechos humanos nos permiten dejar de lado discusiones anacrónicas que tienen que ver con políticas pro natalistas o antinatalistas. No estamos tratando nada de eso. Lo que queremos es garantizar de una manera fehaciente el derecho que le asiste a la persona decidiendo cuántos hijos y en qué momento de la vida quiere tener.

Por otra parte, esta ley también viene a dar la única respuesta efectiva a problemas muy graves y muy serios de salud pública. Los conocemos, y brevemente me voy a referir a ellos. Sabemos la cantidad de abortos que se hacen en nuestro país y en aquellos en los que está permitido el aborto.

Esto muestra una profunda hipocresía en nuestro país, ya que se conoce la existencia de clínicas tanto de primero como de cuarto nivel, se permite comprar anticonceptivos de cualquier índole en cualquier farmacia, más allá de las discusiones que se tengan respecto de este tema. A pesar de ello, se genera semejante debate sobre una ley tan importante como ésta.

Teniendo en cuenta el aborto, las maternidades adolescentes y la prevención del HIV-sida, debo decir que las personas que se oponen fervientemente al aborto tienen un abordaje penalizador y criminalizador respecto de las personas que se ven en la necesidad de recurrir a él. Sin embargo no conozco ni una sola definición respecto de qué política preventiva deberíamos tener para evitar y prevenir que estas prácticas se realicen en nuestro país.

El aspecto importante de esta ley es que viene a dar respuesta a una cuestión de equidad social, porque todos los que estamos aquí, ninguno de los que conozco, por ejemplo, tiene quince hijos; todos hacemos uso de métodos anticonceptivos. Estamos hablando de cosas tan elementales, que tiene que ver con la vida cotidiana de todas las personas, negar esta realidad conduce a pretender regular vidas ajenas con conceptos y prácticas que no reconocemos ni hacemos en nuestras propias vidas.

Bajo estos lineamientos, propongo y fundamento, la sanción de este proyecto de ley de salud reproductiva y procreación.

6

INSERCIÓN SOLICITADA POR LOS SEÑORES  
DIPUTADOS ABELLÁ Y COUREL

**Opinión de los señores diputados  
acerca del proyecto de ley  
sobre Programa Nacional de Salud Sexual  
y Procreación Responsable**

En referencia al dictamen del proyecto de ley, referido al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, venimos por el presente a manifestar nuestra discrepancia con el mismo por las siguientes razones:

1º - No creemos oportuno el tratamiento conjunto, en un mismo cuerpo normativo, de dos temas distintos como lo son el de la salud sexual y el de la procreación responsable, ya que ambos gozan de la suficiente entidad como para recibir un tratamiento autónomo.

2º - No se deja taxativamente establecido que los medios anticonceptivos deban ser no abortivos.

3º - Deja abierta la posibilidad de que tales métodos anticonceptivos puedan ser aplicados a todas las personas independientemente de su edad sin quedar debidamente garantizada la participación de los padres o tutores para las personas menores de 16 años.

4º - Tampoco expresa el proyecto con claridad la necesidad de que en cualquier alternativa educativa sea respetado el derecho inalienable de los padres a la educación sexual de los hijos, como así mismo la idea de que debe ser respetada la vida desde su concepción en el seno materno hasta su muerte natural.

5º - Es necesario establecer que el ejercicio de la sexualidad constituye parte del crecimiento integral de la persona.

7

INSERCIÓN SOLICITADA  
POR EL SEÑOR DIPUTADO CASTELLANI

**Opinión del señor diputado acerca del proyecto  
de ley sobre Programa Nacional de Salud Sexual  
y Procreación Responsable**

Vengo a fundamentar mi voto por la afirmativa con respecto a la Orden del Día N° 1.000 y la negativa de la Orden del Día N° 1.147.

He decidido votar negativamente el proyecto de ley de procreación responsable. No creo conveniente legislar sobre todas las cosas de la vida, pensando que con ello se solucionan los problemas existentes. Seguramente las regulaciones que muchas leyes producen van en contra de los beneficios que se creen conseguir.

Creo en un país con buen porcentaje de natalidad, dado que quien pone en marcha la riqueza de un país son sus habitantes y no sólo, como se cree,

los recursos naturales que se poseen. Por ejemplo, Japón con un territorio pobre, con su población se convirtió en potencia.

No comparto la idea de que la condición económica de una persona determine por sí sola la posibilidad de formar una familia y criar a sus hijos que libremente puede determinar el número de su composición. Ni cuando se dice que la delincuencia proviene de la condición de extrema pobreza de la gente, como factor principal, ni me parecen acertadas las apreciaciones cuando se la desanima para tener y criar una familia.

La vida tiene siempre imprevistos, problemas, acontecimientos no esperados para los pudientes y los que no lo son, que se deben enfrentar con decisión y con esperanza. La historia del ser humano habla de triunfos y derrotas, sin tener en cuenta su situación económica, ya que nada es permanente ni está asegurado en la vida.

Creo, sí, que existe un verdadero problema en relación con los embarazos no deseados, con las menores que inician prematuramente su vida sexual sin conocimientos ni experiencias sobre las consecuencias que para sus vidas pueden ocurrir posteriormente afectándolas negativamente.

Por eso es necesario una acción educativa fuerte, que permita ir tomando conciencia a toda la población, llegando firmemente a todos los estratos sociales y para que el objeto deseado por todos para limitar el número de menores embarazadas, y de abusos sexuales, se pueda ir combatiendo efectivamente en nuestro país.

Eso sí, reafirmando que la familia es la célula principal y el sostén de una sociedad, y promoviendo el principio de un mayor índice de natalidad para nuestro país, que es bajo, y con la libertad de que una pareja pueda, más allá de su condición económica, tener una familia numerosa.

8

INSERCIÓN SOLICITADA  
POR EL SEÑOR DIPUTADO BALADRÓN

**Opinión del señor diputado acerca  
de los proyectos de ley sobre Programa Nacional  
de Salud Sexual y Procreación Responsable  
y modificación de la ley regulatoria del ejercicio  
de la medicina**

El proyecto que se encuentra a consideración de esta Cámara. Llega al recinto luego de un consenso de las comisiones de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer y Minoridad y de Presupuesto y Hacienda, luego de prolongados debates en las comisiones respectivas y tomando en cuenta la realidad de nuestra Argentina en su globalidad.

Este proyecto a su vez es acompañado con la incorporación del artículo 19 bis a la ley 17.132 regulatoria del ejercicio de la medicina y actividades del arte de curar que introduce el concepto de

"objeción de conciencia" del que podrán valerse los profesionales y auxiliares de la medicina que se desempeñen en una institución pública o privada, cuando le fueren requeridos métodos preventivos, diagnósticos o terapias contrarias a sus convicciones, siempre y cuando no resulte un daño inmediato o mediato para el paciente.

De esta forma se introduce una nueva legislación en materia de procreación responsable, dejando a salvo las convicciones personales de los profesionales de la salud en particular que podrán abstenerse de ejercer su ciencia en supuestos que consideren reñidos con sus convicciones éticas o morales.

Es conocida la constante preocupación sobre el vacío legislativo que se cierne respecto a un programa nacional de salud sexual y procreación a nivel nacional.

Fueron las provincias las pioneras en el tratamiento del tema que nos ocupa dando respuestas a cuestiones tan importantes como ser la protección de la vida de mujeres y niños de quienes se ha predicado que son los únicos privilegiados en esta tierra.

En diciembre de 1991 se promulgó la ley provincial 1.363, de procreación responsable, que permitió en el ámbito de la Subsecretaría de Salud Pública de la provincia de La Pampa, la creación del Programa Provincial de Procreación Responsable, a través del cual se brinda a toda la población en general la prestación de servicios que aseguran el derecho humano de decidir libre y responsablemente sobre sus pautas reproductivas.

Ya a mediados de 1992 comenzó la ejecución de algunas acciones del programa y si observamos la evolución de las consultas efectuadas desde su inicio hasta la fecha, observamos que las mismas se han duplicado año a año y sin duda dicho incremento obedece a la eficiente respuesta que el programa brinda a la población que va adquiriendo una mejor calidad de vida.

En el año 1999 se evacuaron 39.242 consultas ascendiendo el número de beneficiarios a 7.272.

Del total de beneficiarias el 21,5 % resultaron ser adolescentes es decir que se alcanzó el número de 1.564 beneficiarias de las cuales el 3,6 % fueron menores de 15 años y el 96,4 % tenía entre 15 y 19 años.

En cuanto al total de consultas el 22,7 % correspondió a adolescentes.

En el año 1999 se registraron en la provincia de La Pampa 5.506 nacimientos registrándose 83 defunciones estableciéndose la tasa de mortalidad en el 15,07 % (por mil) contra el 24,1 % registrado en 1989. Esta diferencia se ve aumentada por el hecho de que actualmente se contabiliza como defunción infantil el fallecimiento de niños menores de 500 gramos, que en años anteriores eran considerados abortos.

En cuanto al índice de mortalidad infantil por división política territorial, la provincia de La Pampa registra uno de los índices más bajos luego de la Ciudad de Buenos Aires y Tierra del Fuego, según datos suministrados por el Departamento de Estadística Sanitaria del año 1998.

En el ámbito nacional, la tasa de mortalidad infantil asciende al 19,1 %, registrando la provincia de Tierra del Fuego una tasa de 11,9 %, Capital Federal el 13,0 % y luego La Pampa con el 14,0 % según las estadísticas del Ministerio de Salud y Acción Social.

Las inquietudes receptadas en distintas provincias merecen ser atendidas también a nivel nacional.

De los encuentros con trabajadores, con vecinos del barrio, docentes y personas de centros sanitarios que palpan día a día la nuestra realidad social sobre todo en aquellos sectores más necesitados, se pudieron rescatar tres ejes de propuestas a ser consideradas

1º La primera de ellas hace referencia a la necesidad que sintieron los participantes de contar con mayor información sobre la problemática de la sexualidad en general, que les permita abordar con mayor libertad una procreación responsable.

2º Disponer de mayor información sobre los métodos anticonceptivos, los beneficios e inconvenientes de cada uno de ellos.

3º Que haya distribución gratuita de anticonceptivos.

4º Mejorar la atención y la comunicación médica para garantizar los controles estrictos periódicos y que se faciliten los medios para acceder a los métodos anticonceptivos apropiados para cada caso.

En el contexto del proyecto en consideración se entiende por "procreación responsable" la capacidad de todas las parejas a decidir libre y responsablemente la cantidad y espaciamiento de los hijos que se deseen tener, y de este modo propiciar un mejor ejercicio de la paternidad y maternidad responsable.

Este derecho personalísimo hace a la esencia de la persona y tiene múltiples implicancias que va desde lo psicológico, lo biológico, lo social, lo económico hasta cuestiones de orden demográfico.

Ninguna duda cabe que no todos los ciudadanos se encuentran en igualdad de condiciones, y con los sectores más desprotegidos los que sufren con mayor rigor las consecuencias de la falta de información así como también de una asistencia adecuada, y ante la llegada de un hijo no deseado buscan salidas a veces desesperadas poniendo en juego su propia vida.

Haciendo un poco de historia sobre la política demográfica de nuestro país. Durante mucho tiempo la Argentina se inscribió dentro de los países que aplicaron políticas que impedían explícitamente la creación de servicios de planificación familiar des-

de los organismos de salud pública, no así desde el sector privado. La venta de anticonceptivos debía realizarse por triplicado. Ello implicaba negar toda acción directa o indirecta de control de la natalidad.

El decreto 259 del año 74, que nunca fue reglamentado, prohibió a nivel nacional los servicios de planificación familiar.

Con posterioridad, esta política fue continuada y profundizada por el gobierno de facto a través del decreto 3.939 del año 79 aduciendo razones de orden geopolítico.

Recién en el año 86 por el decreto 2.234 (Alfonsín) se derogó la normativa imperante considerando que eran incompatibles con la política general de gobierno pero no se implementó ningún programa de salud tendiente a cubrir las necesidades propias en lo referente a procreación humana y familiar continuando en el ámbito del sector privado las respuestas a tales problemáticas.

Es hora de acabar con las desigualdades, el sistema actual no es justo, no es equitativo, es necesario crear condiciones para lograr el cabal ejercicio de ese derecho humano básico que es la procreación.

Ya en 1979, la Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer, señala en su artículo 12 "que los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de atención médica, a fin de asegurar, en condiciones de igualdad el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia".

El artículo 14, en lo referente a problemas que especialmente sufre la mujer rural, establecía "la necesidad de tener acceso a los servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento, y servicios en materia de planificación familiar".

El artículo 10 del mismo cuerpo a fin de asegurar la igualdad de derechos en materia educativa disponía "que se adoptarán las medidas apropiadas para alcanzar el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia".

Cabe aclarar que esta Carta de las Naciones Unidas fue ratificada en el año 1985 por el Congreso de la Nación a través de la sanción de la ley 23.179.

El proyecto destaca la importancia de la información pues las consecuencias de la falta de planificación resultan tan gravosas como los métodos anticonceptivos mal empleados.

El uso de anticonceptivos inadecuados, su falta de uso, la falta de educación, la ausencia de información precisa, la falta de acceso a la cultura, geográfica y económica, atenta contra la planificación familiar resultando como consecuencia embarazos no deseados. Las consecuencias de estos embar-

azos no deseados las vemos diariamente en la venta de recién nacidos, en la apertura de hogares para niños abandonados y embarazadas solteras, en la deambulacion de infantes por estaciones ferroviarias en situación de abandono con las secuelas lógicas que acarrea la falta de educación y la exposición social y psicológica en los menores que terminan, en muchos casos, siendo captados por grupos delictivos, cuando no sometidos a todo tipo de abusos.

En los hospitales vemos las otras consecuencias: algunas madres adolescentes, en su mayoría sin pareja estable y otras que llegan en grave estado de salud por la práctica de abortos clandestinos llevados a cabo con métodos caseros o a través de curanderas, a diferencia de las pacientes con mayores recursos económicos donde el aborto es menos frecuente ya que pueden obtener asesoramiento anticonceptivo a través de la consulta privada.

En nuestro país se realizan anualmente entre 500.000 y 800.000 abortos clandestinos. Nacen cerca de 700.000 niños por año y en estos nacimientos mueren aproximadamente 650 mujeres, como consecuencia de dificultades durante el embarazo y el parto y más de 200 mueren a causa de los abortos y sus complicaciones.

En el año 95 esta Cámara de Diputados logró la sanción de un proyecto de procreación responsable perdiendo luego estado parlamentario por la falta de tratamiento por parte del Senado.

En el lapso transcurrido hasta la fecha fueron las provincias de La Pampa, Mendoza, localidades del Chaco, Córdoba, Chubut y Capital Federal las que implementaron programas de procreación responsable y de salud sexual, en el marco del concepto amplio de salud que no se circunscribe solamente a la ausencia de enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término "salud" como "un estado de bienestar, físico, psíquico, y también social, no la mera ausencia de una enfermedad". Por lo tanto los aspectos de la "salud sexual" y de la "salud en la procreación" son parte de la "salud general" y no una cosa distinta.

Si consideramos que la implementación de los programas propuestos implicará la disminución en dos o tres puntos de la tasa de mortalidad infantil del país, que representan entre 2.000 y 3.000 niños, ya no queda duda alguna sobre la urgencia de su sanción.

Este proyecto de ley también prevé un sistema de control para la detección temprana de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer génito-mamario estableciendo la realización de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO).

El cáncer de mama es, tal vez, la enfermedad que mayores víctimas cobra entre las mujeres. Si advertimos que este flagelo significa el 28 % de las en-

enfermedades causantes de la muerte en las mujeres, y si una de cada 13 sufre esta enfermedad, tendremos una idea de lo terrible de la significación que implica para las mismas esta enfermedad.

Este cáncer es la enfermedad número uno, en cuanto a la mortalidad, y es la causa más frecuente de muerte entre los 39 y los 44 años de edad, época en que generalmente la mujer tiene la responsabilidad de hijos pequeños en edad escolar que la tornan indispensable en la asistencia a su núcleo familiar.

No existe por el momento la probabilidad de prevención de cáncer de mama a través de vacunación o de controles de medio ambiente, en consecuencia, solamente nos tenemos que atener a los elementos con que la ciencia médica hoy cuenta para combatirlo, como la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Pero más importante que combatirlo en la enfermedad, es poder prevenirlo y, por lo tanto, la manera más eficaz de salvar vidas es la detección precoz de la enfermedad.

No debemos olvidar el nuevo flagelo que castiga con dureza a la sociedad actual, el VIH/sida. Según datos oficiales, el número de mujeres enfermas hasta el 31 de diciembre de 1999 era de 3.471, de las cuales 2.778 (80 %) pertenecía al grupo de 15 a 49 años. La principal vía de transmisión es la heterosexual (50 %).

Frente a esta feminización de la epidemia, particularmente en los jóvenes, resulta necesario intensificar los programas preventivos especialmente dirigidos a las mujeres jóvenes, así como mejorar la atención y el acceso a tratamientos de las mujeres que viven el VIH/sida.

En este sentido, la prevención de la transmisión madre-hijo resulta muy importante y se debe asociar a un control prenatal precoz que incluya el asesoramiento sobre VIH/sida, el análisis voluntario y el acceso a tratamiento durante y después del embarazo.

El control prenatal resulta indispensable también para detectar enfermedades tales como sífilis, diabetes, Chagas, etcétera, y de esta manera determinar el tratamiento preciso en forma inmediata evitando graves consecuencias en la madre así como también en el niño.

El artículo 4º del proyecto introduce la capacitación de educadores y trabajadores sociales a fin de formar profesionales aptos para que la finalidad perseguida por este proyecto sea cumplida satisfactoriamente.

Es deber del Estado cumplir con su rol conferido constitucionalmente de impartir la enseñanza en forma obligatoria y gratuita, rol que no se agota en los niveles tradicionales de educación sino que también abarca la información y formación relativa a los aspectos biológicos, psicológicos, éticos y sociales de la sexualidad y reproducción humana, su ejercicio responsable y el desarrollo integral de la perso-

na en el marco del respeto por los derechos humanos en las relaciones privadas.

Es necesario abrir espacios que proporcionen a los adolescentes, jóvenes y adultos las herramientas habilitantes para el ejercicio de sus derechos, del cuidado de su salud y de su propio cuerpo así como su integridad psicofísica, a través de la información y formación adecuadas para ello.

Debe quedar absolutamente claro que esta ley y el respectivo programa de implementación no son anticoncepcionistas, sino que brindan un amplio espectro de posibilidades, desde la realización del diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y enfermedades malignas, hasta la posibilidad de orientar y contener a quienes manifiestan dificultades para la concepción.

A través del proyecto se dan propuestas innovadoras, en lo referente a salud, educación y presupuesto, para dar respuesta al desafío ético que significa implementar una auténtica política de estado orientada especialmente a la salud de las madres y niños.

Por todo lo expuesto, adelanto mi voto afirmativo al proyecto en discusión.

9

INSERCIÓN SOLICITADA POR EL SEÑOR  
DIPUTADO SALVATORI

### **Opinión del señor diputado acerca del proyecto de ley sobre Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**

El proyecto de ley en consideración procura crear un programa nacional de salud sexual y procreación responsable con varios propósitos relevantes desde el punto de vista del interés general, tales como prevención del cáncer genito-mamario, brindar información sobre salud sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual y entregar anticonceptivos transitorios y reversibles en hospitales públicos, obras sociales y prepagas.

Sobre el particular debo lamentar los años transcurridos desde que presentara el proyecto de mi autoría sobre la prevención del cáncer de útero y cuello uterino, identificado como 2.769.-D.-98, que inexplicablemente fue demorado en la Comisión de Salud y Acción Social, por lo que al perder su estado parlamentario, debí volverlo a presentar, como el 676.-D.-00 y que en sus lineamientos generales era abarcativo del que estamos considerando, y seguramente su implementación, al hacerse con anticipación, hubiera solucionado graves problemas y, por qué no decirlo, salvado muchas vidas.

Pero la única verdad es la realidad y por cierto que me regocijo pensando que el loable objetivo de este proyecto de ley ahora se podrá alcanzar con un buen nivel de conocimiento para la salud sexual y procreación responsable, disminuyéndose la mortalidad materno-infantil, previniendo embarazos no

deseados, promoviendo la salud sexual de los adolescentes y garantizando a toda la población, información, orientación y métodos.

Manteniendo intactas las profundas convicciones cristianas que profeso, privilegiando la vida desde su concepción y desterrando cualquier procedimiento abortivo, debo expresar mi satisfacción por el convencimiento de que los puntos ríspidos del proyecto han sido revisados y prácticamente consensuados, por ejemplo en relación con la consulta médica de los menores, aclarándose que la ley –artículo 4º– no va en contra del derecho de la patria potestad y de los derechos del niño. También y esto lo consideramos sumamente importante, se remarco que los métodos anticonceptivos que los profesionales médicos recomiendan deben ser abortivos, reversibles y transitorios. Y en esta filosofía se inscribe el derecho que les asiste tanto a las instituciones educativas como a las sanitarias de no aplicar la ley si consideran que van en contra de sus principios. Asimismo y a pedido de distintos cultos, el proyecto incorpora el derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales que sean consultados, eximiéndoselos de prescribir métodos anticonceptivos que crean moralmente inaceptables.

Por consiguiente y en última instancia entendemos que la elección del método anticonceptivo queda en manos del paciente. El artículo 5º del proyecto establece al respecto que la prescripción y suministro de anticonceptivos deberán respetar los criterios y convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica y después de recibir información sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales o de aquellos aprobados oficialmente.

Salvados estos reparos éticos morales, debemos mencionar que son varias las ciudades y provincias que a través de sus respectivas legislaciones, establecieron programas similares y según las estadísticas se disminuyeron sensiblemente las muertes por aborto, gracias a la posibilidad de informar y entregar anticonceptivos, y según datos del hospital de Rosario, el nivel de muertes por aborto es prácticamente cero desde la vigencia del programa en ese municipio. Programas o leyes similares al proyecto que estamos considerando se encuentran en vigencia además de las ciudades de Buenos Aires y Rosario, en las provincias de La Pampa, Neuquén, Chubut, Mendoza, Río Negro, San Luis, Misiones y La Rioja.

Entonces, vamos a apoyar este proyecto en particular, reservándonos para su tratamiento en particular, distintas observaciones a su articulado. Entendemos que la educación para la salud, es un deber del Estado. Se dirige a todos los sectores de la población y en especial a los más desprotegidos, con énfasis en aquellos aspectos que tiendan a la disminución de la morbilidad materno-infantil. El Estado, velando por el bien común, tiene la obli-

gación de brindar los medios para facilitar el acceso a la información, abarcando todos los aspectos que hacen a la salud humana en sus distintas etapas, priorizando la prevención, tanto en adolescentes como adultos y más aún cuando se trate de procreación responsable y salud sexual, tema del proyecto de ley que estamos considerando.

Este proyecto recoge preocupaciones legítimas y acuciantes que conciernen al misterio de la vida y a su comunicación, proponiendo un marco de regulación social que resguarde la vida, la dignidad, y la libertad de la persona humana.

¿Quién puede dudar que es necesario establecer programas destinados a la prevención de enfermedades de transmisión sexual como el sida? No podemos ser ciegos frente a semejante problemática. Por otra parte, esta prevención, como ya se dijo, va a contribuir a la disminución de enfermedades como el cáncer de mamas y cuello uterino, por la posibilidad de acceso, por parte de la población femenina, a los centros de consulta.

La noexistencia de políticas en materia de salud sexual afecta a sectores importantes de la comunidad, que no pueden acceder a los servicios privados de salud, ocasionando perjuicios graves y en algunos casos la muerte tanto de la madre –muchas veces adolescente– como del niño.

En todos los casos tenemos que preservar el derecho a la vida, como valor fundamental consagrado en nuestra Constitución y en numerosos convenios y pactos internacionales.

En este sentido existen estadísticas alarmantes respecto de la muerte de adolescentes y jóvenes madres, que requieren una debida atención sanitaria, que es obligación del Estado atender, de manera preventiva.

Sin duda, el Estado debe salvaguardar la salud y proteger la vida potencial. Ambos derechos no son excluyentes, por tanto es obligación de tratar y resguardar estos institutos.

En relación con este tema la Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Argentina con fecha 11 de agosto de 2000 ha declarado que... “Es necesario un marco legal que respete el derecho fundamental a la vida desde la concepción y excluya en absoluto el crimen del aborto...” “Es necesario un marco legal que, de ninguna manera, favorezca o consolide situaciones de injusticia social, las cuales no se solucionan con la promoción de una actitud antinatalista y se agrava con la práctica deshumanizada de la sexualidad...” “Es necesario un marco legal que honre la vida humana; y ayude a afianzar en nuestra patria la cultura de la vida, evitando manipulaciones que dañan la dignidad de las personas...” “Es necesario un marco legal que reconozca y defienda el derecho-deber de los padres, insustituible e inalienable, a la educación moral de sus hijos...” “Entendemos que todo ser humano tiene derecho a la información y formación integral,

a la igualdad de oportunidades en el acceso a los medios de salud, y a que se le permita usar honesta y responsablemente de las posibilidades que ofrecen la ciencia y la tecnología”...

Nuestro país tiene una postura sostenida en el tiempo de no mezclar y confundir los derechos de la salud de nuestra población con proyectos antinatalistas, teniendo en consideración que en muchas regiones del interior la densidad demográfica es de menos de un habitante por kilómetro cuadrado.

Con estas premisas, entendemos que el proyecto de ley que nos ocupa merece este debate y discusión para ubicarnos entre las naciones más progresistas y desarrolladas, que no eluden su responsabilidad en el tratamiento de cuestiones trascendentales para compatibilizar posiciones antagónicas, en un marco de respeto y de diálogo enriquecedor, en función del bien común y el interés general.

10

INSERCIÓN SOLICITADA  
POR LA SEÑORA DIPUTADA SAVRON

**Opinión de la señora diputada acerca  
de los proyectos de ley sobre Programa Nacional  
de Salud Sexual y Procreación Responsable**

Referente al proyecto de ley que estamos tratando en este recinto, por el cual se establece la creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud coincido plenamente con los lineamientos generales en él expresados.

El programa cumple con las aspiraciones más lógicas, que todo ser humano puede anhelar, las cuales se hallan contempladas en los objetivos propuestos en el mismo; la concreción de éstos en gran medida podrá darse a través de la capacitación prevista con la participación y coordinación del Ministerio de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente.

Sin duda el éxito de este programa quedará fortalecido con una buena calidad y cobertura de los servicios de salud, participando no sólo el sector público sino también los servicios de seguridad social de salud y los sistemas privados.

Este proyecto va a permitir una mayor justicia en el acceso a los servicios de salud en especial de las jóvenes madres-adolescentes que no cuentan con cobertura, médica y en especial a sectores carentes de los grandes centros urbanos que no tienen acceso a estos servicios. Esto sin duda va a permitir disminuir los índices de mortalidad materna y perinatal ya que en muchos casos esos recesos son producto de abortos clandestinos con consecuencias gravísimas para la salud.

Durante mucho tiempo se ha justificado bajo la razón de proteger la incierta viabilidad de una futura persona, la invasión y restricción de la libertad de muchas mujeres, del derecho a disponer de su

propio cuerpo y de elegir y decidir su forma de vida en cuanto a la planificación de la procreación. Esta justificación ha afectado su intimidad, su libertad y el principio de autodeterminación que protege el artículo 19 de la Constitución Nacional.

Desco agregar que en la provincia del Neuquén, bajo el régimen de la ley 2.222 del año 1997, se viene desarrollando el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, teniendo como autoridad de aplicación a la Subsecretaría de Salud, hasta el momento con resultados altamente favorables. La práctica de la anticoncepción está instalada en nuestra sociedad; el deseo de hombres y mujeres de regular su fecundidad y de vivir una sexualidad sana y responsable, también. Pero, paradójicamente, el ejercicio de este derecho alcanza sólo a las clases medias y altas que pueden acceder a los medios que aportan la ciencia y los servicios privados. Las mujeres y hombres de los sectores de bajos recursos quedan a merced de la irracionalidad y la indiferencia de un Estado en retroceso, que abandona la protección de las personas y la familia.

Repito la expresión de la señora miembro informante. Es de destacar que este programa apunta hacia la vida, pudiendo brindar a los jóvenes la posibilidad de elegir y de encontrar las herramientas necesarias para decidir en qué momento y la cantidad de niños que traer al mundo, evitar los abortos clandestinos y la muerte de mujeres, que no exista condición social ni económica para acceder a métodos anticonceptivos y prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Este programa surge en el deseo de contribuir a la prevención de un problema que afecta en especial a la población joven.

Por lo expuesto, adelanto mi voto favorable al presente proyecto.

11

INSERCIÓN SOLICITADA  
POR LA SEÑORA DIPUTADA LINARES

**Opinión de la señora diputada acerca  
de los proyectos de ley sobre Programa Nacional  
de Salud Sexual y Procreación Responsable**

Desco expresar mi plena satisfacción por el paso positivo que estamos dando, al tratar hoy el proyecto de ley de salud sexual y procreación responsable en este recinto, después de años de espera lamentable, enfrentando a la intransigencia católica, a algunos sectores de la sociedad y de la medicina privada, y que le ha costado al país muchísimas pérdidas y muertes, alrededor de 500.000 abortos por año, según datos publicados por el INDEC y del Instituto Social y Políticas de la Mujer. Por esto y por muchísimas razones, es que digo y manifiesto esta satisfacción porque en el transcurso del año 2000 y principios de 2001 seguimos defendiendo aprobar y crear esta ley que permita a los

hospitales públicos brindar la información y entregar métodos anticonceptivos a quienes lo soliciten y sentar bases definitivas a nivel nacional, de un programa de educación sexual, de prevención de enfermedades sexuales y planificación familiar del embarazo, reiterando permanentemente que no apoyamos una ley antinatalista ni abortista sino que apuntamos a favorecer la salud, dándole a la gente los niveles de justicia social que se merece, y la única forma posible en esta durísima realidad socioeconómica que atraviesa hoy el país es hacerla a través del servicio de salud.

Es increíble que, manejando esta información de muerte que golpea duramente a niñas y jóvenes adolescentes y a familias desintegradas por padres ausentes, de los sectores más desprotegidos, pobres y carenciados del país, se siga trabajando condenando su aprobación y puesta en marcha con una hipocresía y falsedad que debemos enfrentar y denunciar.

Hoy lo haremos levantando nuestra mano y que que no lo haga se enfrentará con su conciencia y con el juicio verdadero de Dios.

No quiero extenderme demasiado en lo que hoy ya se ha dicho y afirmado, pero conociendo los datos alarmantes que permanentemente se publicitan no puedo entender ni aceptar que este proyecto de salud sexual y procreación responsable no sea recibido y aprobado por toda la población y no tener que seguir con esta defensa y lucha por los derechos e igualdad, que no se pueden seguir dilatando y postergando en el tiempo, a costa de continuar con embarazos no deseados, abortos clandestinos con sus secuelas de siempre de enfermedad y muerte. Ya nuestro país suscribió mediante la ley 23.170 la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU) por la cual sin importar su condición social, edad, raza, religión, estado civil u opción sexual tiene el ejercicio pleno, libre y responsable de su sexualidad y procreación, teniendo el derecho de decidir si quiere o no tener hijos. Para ejercerlos cabalmente, tomando decisiones libres y responsables, debe acceder libre e igualitariamente a los medios necesarios, educación, información, conocimientos de métodos y el conjunto de recursos provenientes del campo de la medicina y la salud. Estos medios son los que nos aseguran y garantizan la salud sexual y procreación responsable, y para que podamos revertir las estadísticas que nos muestran una realidad vergonzante que nadie puede negar y desentenderse. La tasa de mortalidad materna es gravísima: sobre 100.000 nacidos vivos, 91 mueren en mi país...

En Francia sobre 100.000 nacidos mueren solamente 5.

Sobre 500.000 abortos en la República Argentina con 33 millones de habitantes mueren 100. En Francia con 60 millones de habitantes y sobre 150.000 abortos por año muere uno. Por estas cifras espeluznantes, necesitamos y debemos educar porque

la deserción escolar lleva, indefectiblemente, al factor de riesgo de embarazos temporarios y de diversos problemas de salud como el consumo de alcohol, drogas y violencia.

A menor nivel de escolaridad, menos se consulta a médicos y solamente lo hacen por causa de embarazo precoz en donde prevalecen factores sociales, culturales y psicológicos, como la disfunción familiar, la migración de zonas rurales a urbanas, la pobreza y la deserción escolar. Y esto también es una trampa cultural porque por un lado defendemos el embarazo y maternidad como forma de constitución de la identidad femenina y por otro lado reduce las posibilidades de acceso a la educación, al trabajo y vida social y lógicamente entonces conduce a la pobreza enfermedad y embarazos no deseados.

Ante esta realidad tan dura e incomprensible es que defiendo y apoyo el programa de salud sexual y procreación responsable, preguntándome una y mil veces, cómo en el transcurso de mi vida docente y política y estando permanentemente junto a la gente más humilde y carenciada, sintiendo que necesitaban de mi presencia, para escucharlos, comprenderlos y ayudarlos, y tenderles una mano amiga a la que se aferran desesperadamente, llevando lo poco o mucho que se puede, y que nunca alcanza para poder subsistir, como no pude darles la respuesta a ese pedido angustioso de un trabajo y una vivienda digna. ¿Cómo?, me vuelvo a preguntar hoy ante la situación humillante y tristísima que viven las mujeres de mi país. ¿Cómo a lo largo de mi caminar junto a ellas, no les alerté, informé, eduqué, prevení de lo que les acechaba con su salud sexual y procreación responsable y lo que les iba a ocurrir inexorablemente, rodeadas de tanta miseria, pobreza y desamparo? Somos todos culpables, los que pudimos hacer algo y no lo hicimos por mentir y actuar hipocritamente.

Para terminar quiero contarles mi vivencia con una de mis ex alumnas. La visité hace poco en su humilde vivienda, piso de tierra, sin calefacción, sin luz ni agua corriente. Su puerta... una cortina de arpillera. Rodeada de 9 hijos, madre soltera, descalzos, con hambre, algunos enfermos, dos discapacitados... Concurría a la escuela en la que fui directora durante 23 años, donde la vi feliz, en esa edad donde los días se deslizan entre juegos, sueños y esperanzas. Se alegró al verme llegar y al abrazarla fuerte, me dio las gracias diciéndome: "La recuerdo siempre, ¿sabe? Porque solamente fui feliz en la escuela primaria, donde éramos todos iguales, felices, sin diferencias, y donde, al llegar dejábamos atrás las miserias y angustias que teníamos en nuestras casas con mi padre alcohólico, mi madre golpeada, callada y sumisa porque el miedo la aterraba. Pero todo lo perdí al egresar de 7º grado. Entonces se cerraron todas las puertas, aunque, usted se acuerda. Nos prometieron un futuro de estudio, de trabajo y de progreso. Murió mi madre, nos abandonó

mi padre, no pude estudiar, nunca conseguí trabajo, me violaron, ejerzo la prostitución, única forma de conseguir un poco de alimento para mis hijos solos y enfermos, pobres..., ¡pobresísimos!... sumidos en la miseria total.

Salí sintiéndome culpable, sabiendo que hemos fracasado y que todos tenemos sobre nosotros esta culpa del país que tenemos.

Es cierto que no solucionaremos todo con este proyecto de salud sexual y procreación responsable, pero es uno de los eslabones de esta cadena enorme que nos ha atrapado desde hace mucho... muchísimo. Un paso para que esta niña, joven madre y cientos, miles de ellas en mi país sepan decidir libremente qué hacer con sus vidas y con sus cuerpos, y para que, ojalá, alguna vez puedan tener los hijos deseados, concebidos con amor y felicidad.

12

INSERCIÓN SOLICITADA  
POR EL SEÑOR DIPUTADO GROSSO  
**Informe del señor diputado sobre lo actuado  
por la vicepresidencia del Parlamento  
Latinoamericano**

Buenos Aires, 27 de febrero de 2001.

*Señor presidente de la Cámara de Diputados de la Nación, don Rafael M. Pascual.*

S/D.

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en mi carácter de vicepresidente del Parlamento Latinoamericano por la Argentina, a los efectos de poner en su conocimiento lo actuado durante el año 2000.

— En el mes de marzo en la Delegación Argentina del Parlamento Latinoamericano, sita en Alsina 1825, 4º piso, se reunieron los representantes de los bloques parlamentarios de ambas Cámaras legislativas, a fin de proponer la designación de legisladores en cargos directivos y acordar el plan de labor a desarrollar en las reuniones de junta directiva y XVIII Asamblea Ordinaria del Parlatino realizadas entre los días 15 y 18 de marzo de 2000, en San Pablo, Brasil.

— En el mes de junio los parlamentarios argentinos que ocupan cargos directivos acordaron que en las veintiuna comisiones permanentes y en las dos especiales, nuestro país esté representado por dos diputados y un senador, propuestos por los titulares de los bloques políticos, respetando el porcentaje que cada partido posea en las Cámaras. (anexo I).

Ello motivó que la presidencia de la Honorable Cámara de Diputados emitiera la resolución RP 2.120 del 16 de octubre de 2000, por la cual se designa a los diputados para integrar las comisiones. Con posterioridad, en fecha 26 de diciembre de 2000 los presidentes de ambas Cámaras ratificaron las de-

signaciones en los cargos directivos (D.P.-1.446/00). Resta aún designar a los miembros de las comisiones en lo que respecta a la Cámara de Senadores, trámite actualmente en curso (anexo II).

Una vez integradas las comisiones con los miembros designados, la vicepresidencia los convocó para que asistieran a las reuniones programadas por la Secretaría de Comisiones. Si bien nuestros representantes no asistieron a la totalidad de ellas debido a las restricciones presupuestarias vigentes en el Congreso de la Nación, hemos registrado las siguientes participaciones:

— XVIII Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano; San Pablo (Brasil), 15 al 18 de marzo; senadores: Daniel Baum y Luis León; diputado: Edgardo Grosso.

— Plenario de Directivas de Comisiones; San Pablo (Brasil), 18 al 20 de marzo; senador: Daniel Baum; diputados: Silvia Martínez y Gustavo Cardesa.

— XII Reunión de Asuntos Subregionales y Municipales; La Plata, Buenos Aires, (Argentina), 18 al 20 de mayo; senador: Daniel Baum; diputado: Rafael Romá.

— XIII Reunión de Narcotráfico y Crimen Organizado; Chillán (Chile), 23 al 26 de mayo; senador: Daniel Baum; diputada: Silvia Martínez.

— XII Reunión de Deuda Social; Chillán (Chile), diputado: Gustavo Cardesa.

— IX Reunión de Niñez y Juventud; Chillán (Chile), 23 al 26 de mayo; senador: Pedro del Piero.

— XI Reunión de Asuntos Políticos; San Pablo (Brasil), 16 al 19 de agosto; senadores: Luis León y Daniel Baum.

— XIV Reunión de Asuntos Económicos y Deuda Externa; San Pablo (Brasil), 16 al 19 de agosto; senador: Hugo Sager.

— V Reunión de Economías Emergentes; San Pablo (Brasil), 16 al 19 de agosto; senador: Roberto Ulloa.

— Reunión de Junta Directiva; Mérida, Yucatán (México), 26 y 27 de octubre; senador: Daniel Baum; diputado: Edgardo Grosso.

— VIII Reunión de Asuntos Laborales y Previsionales; Montevideo (Uruguay); 8 al 10 de noviembre; senador: Daniel Baum; diputado: Saúl Ubaldini.

— XV Reunión de Agricultura, Ganadería y Pesca; Montevideo (Uruguay), 8 al 10 de noviembre; diputado: Guillermo Alechouron.

— XIV Reunión de Narcotráfico y Crimen Organizado; San Pablo (Brasil), 15 al 18 de noviembre; senador: Daniel Baum; diputada: Silvia Martínez.

— XVII Reunión de la Mujer; Santo Domingo (República Dominicana), 23 al 25 de noviembre; diputada: Margarita Stolzizer.

— Plenario de Directivas de Comisiones; San Pablo (Brasil), 7 al 9 de diciembre; senador: Daniel Baum; diputada: Silvia Martínez.