



Políticas Socialistas frente al debate por la legalización del Aborto en la Argentina

Agosto 2018

“... la lucha por la universalización de la salud aparece como una parte intrínseca de la lucha por la democracia, así como la institucionalización de la democracia surge como condición para garantizar la salud como derecho de ciudadanía” (Fleury, 2007).

La libertad, la igualdad y la solidaridad constituyen juntas los cimientos de una sociedad democrática: una sociedad sin privilegios, donde cada persona tiene su propio valor, el derecho a la autodeterminación y a la participación, a tener posibilidades de desarrollo, de definir sobre su vida, su cuerpo y su futuro. Una sociedad donde poder decidir libremente las formas de construir el bienestar, individual y colectivo, en el contexto en el que nos desarrollamos cotidianamente.

En una sociedad desigual, estas oportunidades están desigualmente distribuidas. Quienes están afectados por la desigualdad son también necesariamente menos libres para decidir sobre sus vidas y sus cuerpos, y son menos libres para discutir los condicionamientos sociales de esa desigualdad. Por ello, las personas más débiles o en situación desventajosa, tienen el derecho a políticas de apoyo y de ayuda adicionales (Programa del Partido Socialista).

Es el Estado en una democracia el que debe garantizar a todos y todas el ejercicio de derechos. A través de sus políticas, debe construir los mecanismos necesarios para que los recursos colectivos se distribuyan equitativamente, garantizando así las oportunidades de decidir y participar.

En la gestión de la Municipalidad de Rosario y la Provincia de Santa Fe estas premisas estuvieron siempre presentes en los proyectos políticos y de gobierno. Desde esta mirada se planificaron políticas en salud, basadas en derechos, porque se entendió que trabajar en salud significa trabajar en la construcción de más democracia y más ciudadanía.



Construimos una política de salud colectiva, participativa, orientada hacia el fortalecimiento de una oferta pública en salud, que no sólo atiende a la enfermedad, sino que lucha continuamente contra las condiciones que limitan, en cualquier aspecto, nuestra vida. Ello está inevitablemente entrelazado a la presencia de redes de cuidado – estatales, comunitarias- que incluyen, pero al mismo tiempo exceden la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación que puede desarrollarse desde los hospitales o centros de salud. Implican estrategias para enfrentar la pobreza, la injusticia social, para mejorar el hábitat, para romper barreras culturales, entre otros factores que influyen sobre la salud de las personas y de las comunidades. Por ello, decimos que la salud es un concepto inevitablemente multidimensional y el cuidado es una estrategia singular para cada sujeto o cada comunidad, tan compleja como lo requiera el problema.

En este marco se encuadran las políticas desarrolladas en materia de derechos sexuales y reproductivos. Verdaderas políticas de Estado que involucraron múltiples voces de los trabajadores de la salud, de las organizaciones, de los partidos políticos, que impulsaron acciones con perspectiva de género, priorizando el acceso a los métodos anticonceptivos, la instrucción sobre su uso y la promoción de la salud.

La estrategia de atención primaria de la salud que adoptó el sistema público organizó las acciones en función de las necesidades de la población, partiendo de donde las personas habitan, porque es allí donde se construyen los proyectos de vida y donde se presentan los problemas. Los equipos de salud se organizaron en redes, de manera que todas las instituciones, servicios, atenciones fueran solidarias entre sí, se complementaran y cooperaran, formando grupos amplios y plurales que son responsables de las familias que habitan en los territorios más cercanos a su lugar de trabajo. La cercanía de los equipos y los usuarios, el vínculo cotidiano fue lo que garantizó la construcción de la confianza necesaria para que un usuario acerque un problema y los equipos puedan acompañarlo y cuidarlo.¹ En este camino se fue tejiendo un entramado de espacios de participación y discusión desde mesas barriales, encuentros sectoriales, mesas de debates, la interacción

¹ Experiencias de otros países refuerzan esta idea, como es el caso de Brasil.

con diferentes organizaciones que nos han permitido crecer en ideas, encontrar puntos de consenso y definir caminos para transitar.

Particularmente, con relación al derecho al aborto, se desarrollaron múltiples estrategias para garantizar el cumplimiento de la legislación vigente en nuestro país.² Eso supuso adecuar la normativa local y generar herramientas de gestión para acompañar a las personas en capacidad de gestar y a los equipos de salud. Por un lado, a través de tecnologías blandas -la escucha, la palabra, la transmisión de saberes y conocimientos; y por otro lado, a través de tecnologías duras –como el Misoprostol y las prácticas de AMEU.

Son los equipos de los Centros de Salud quienes comandan y asumen la principal responsabilidad en la construcción de los circuitos para el acceso al aborto legal. No sólo como primer contacto de las personas gestantes, sino asimismo en la determinación y documentación de las causales, la implementación de los consentimientos, la indicación de los procedimientos ambulatorios y la derivación en caso de ser necesario a un segundo nivel para la aplicación de otras estrategias que suponen internación. Cabe destacar que el 90 por ciento de los casos se resuelven en una fase temprana de la gestación y de forma ambulatoria y sólo el diez por ciento transcurre luego de la semana 12 y deben ser hospitalizados.

La sanción de la Ley de Aborto Seguro Legal y Gratuito no demandaría para el sistema de salud rosarino y santafecino una transformación de sus modelos de atención y organización, ni supondría una mayor inversión en salud pública. Entendemos que expandiría las fronteras de la ciudadanía, ampliando los ámbitos para el ejercicio de derechos y rompiendo las barreras que generan condiciones desiguales para los ciudadanos en función del género, de la identidad y de las condiciones económicas. Por

² El artículo 86 del Código Penal de nuestro país establece que: "... El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1º) Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2º) Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto."



ello, sosteniendo una posición histórica y programática en materia de salud, acompañamos y participamos activamente de la lucha que tiene como principal escenario el espacio público y como principales protagonistas a las organizaciones sociales de mujeres.

Datos Estadísticos relevantes

- En Rosario 8 de cada 10 interrupciones legales del embarazo se practican usando un medicamento, el misoprostol, en forma ambulatoria y en el centro de salud más cercano a la mujer. Lo que significa menos complicaciones y también menos días de internación.
- En Rosario, del año 2000 hasta el 2012 se observa una tendencia estancada entre 400 y 600 internaciones por aborto. A partir del año 2012 cuando se comienza a implementar el protocolo de aborto no punible, y dentro de esta política la secretaría de salud pública inicia la compra de oxaprost (marca registrada del laboratorio Beta de misoprostol 200ug más diclofenac 50mg) para ILE como estrategia de atención primaria, se observa una clara disminución de las internaciones por aborto, habiendo sido 436 en 2013 y 169 en 2016.
- En los centros de salud de la ciudad se practican entre 500 y 580 abortos legales cada año.
- Desde septiembre del 2016 hasta abril del 2017 se realizaron 83 procedimientos de AMEU. Un 72,3% fueron electivos, es decir que las mujeres eligieron este método en lugar del tratamiento médico con misoprostol. Y un 27,7% lo realizó por falla de la medicación.
- En promedio, las mujeres que interrumpen su embarazo tienen 25 años, la mayoría ya son madres y están desempleadas.
- En los últimos seis años no se registraron muertes en hospitales por abortos clandestinos.



- La situación de clandestinidad de esta práctica aumenta los costos para el sistema de salud público. Según el Ministro de Salud de la Nación el Estado hoy invierte 11.500 pesos para acompañar a cada mujer que llega a un efector público por complicaciones de un aborto realizado de forma no segura. El cálculo es que la práctica del aborto realizada en forma segura y ambulatoria requeriría una inversión de 1.914 pesos.

Comisión de Salud
Partido Socialista