



OBSERVATORIO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO

Revista

**OBSERVATORIO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO**

Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe · IEALC

ISSN 1853-2713

<https://publicaciones.sociales.uba.ar/observatoriolatinoamericano/>

Volumen 2 · Número 1 (2018)

---

# Aborto: un tema de salud pública que agita el tablero político

Victoria Pedrido

---

RECIBIDO: 1 de marzo de 2018

APROBADO: 16 de octubre de 2018

## Aborto: un tema de salud pública que agita el tablero político

Victoria Pedrido  
Facultad de Ciencias Sociales | UBA  
vpedrido@gmail.com

### Resumen

Luego de inundar las calles de pañuelos verdes, el 20 de marzo pasado ingresó a debate en comisiones el Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo con 71 firmas de legisladoras y legisladores de distintos bloques. Siguió más de 700 exposiciones informativas y 23 horas de debate en la Cámara de Diputados, el proyecto obtuvo la media sanción con una ventaja muy acotada en el recinto (129 /125 votos) y una multitudinaria vigilia en la calle compuesta mayormente por adolescentes y jóvenes. La furia conservadora se envalentonó en el Senado. Todavía escuchamos el eco de argumentos colmados de falacias que contradicen descaradamente el corpus jurídico que ese mismo recinto reconoció desde la recuperación de la democracia. Pero hay más: al mes siguiente, el gobierno decidió eliminar el Ministerio de Salud subsumiéndolo al de Desarrollo Social, y lanzó una campaña de comunicación que aplanó la complejidad del embarazo en la adolescencia en un mensaje marketinero.

**Palabras clave:** *aborto - políticas públicas - salud - derechos humanos*

### Abstract

After flooding the streets with green handkerchiefs, on March 20 the bill to pass the Voluntary Interruption of Pregnancy entered into debate in commissions with 71 signatures of MPs from different parties. There were more than 700 informative exhibitions and 23 hours of debate in the Lowerchamber, the bill obtained the half sanction with a very limited advantage (129/125 votes) and a massive vigil in the street composed mostly of teenagers and young people. The conservative wing was emboldened in the Senate. We still hear the echo of arguments filled with fallacies, which shamelessly contradict the legal corpus that the same site recognized since the recovery of democracy. Furthermore: the following month, the government decided to eliminate the Ministry of Health, subsuming it to the Ministry of Social Development, and launched a communication campaign that flattens the complexity of pregnancy in adolescence to a marketing message.

**Keywords:** *abortion - public policies - health - human rights*

---

## El campo de disputa

Sin duda las conquistas y avances en el campo de los derechos sexuales y derechos reproductivos, son producto de la lucha incansable de los movimientos de mujeres, de los feminismos, y de los movimientos de las disidencias sexuales. En Argentina, mujeres de diversas procedencias políticas, sociales, nacionalidades, etnias y pertenencias institucionales instalamos el tema aborto en el contexto de los derechos humanos en general y en la agenda pública en particular como un derecho y un tema de salud pública. A través de la promoción de espacios de reflexión colectiva, en los encuentros de mujeres, en las universidades, en los barrios y las comunidades y en diversidad de lugares, nos propusimos comunicar, y producir teoría, convocar todas las voces posibles, armar redes. En esa línea de tiempo y fuerza, en 2005 se lanza la Campaña Nacional por el Derecho al

Aborto Legal, Seguro y Gratuito, que bajo el lema “Educación Sexual para Decidir, Anticonceptivos para no Abortar, Aborto Legal para No Morir” reúne a más de 500 organizaciones de DDHH que reclamamos el derecho a abortar en condiciones de salubridad y dignidad e igualdad.

### **La clandestinidad como responsabilidad del Estado**

El Código Penal Argentino habilita desde 1921 el aborto si el embarazo es producto de una violación, o si es un riesgo para la vida y/o la salud de la persona gestante. A pesar de esta regulación cuasi centenaria, esta norma ha sido sistemáticamente mal aplicada, “desconocida” y negada. Tras un derrotero de incontables judicializaciones innecesarias, y sanción mediante al Estado argentino por incumplir su responsabilidad como garante de un derecho consagrado jurídicamente, la Corte Suprema de Justicia de la Nación se pronunció en el año 2012 en un dictamen conocido como “Fallo FAL” que calificó la judicialización de los casos de abortos no punibles como una medida innecesaria e ilegal. A lo largo del dictamen el Supremo Tribunal despejó taxativamente toda duda sobre la interpretación de la norma que habilita los abortos legales hasta la fecha en la Argentina y exhortó a las autoridades sanitarias nacionales y provinciales a implementar los protocolos adecuados para la atención de las interrupciones legales del embarazo (o abortos no punibles) conforme a los estándares internacionales de salud. A pesar de la regulación centenaria y del fallo la normativa no se cumple o, en el mejor de los casos queda a criterio de la institución sanitaria, los profesionales de la salud y/o el objetor de turno.

### **Aborto y salud pública**

El aborto es un tema de salud, pero no es un tema médico. En tal caso, involucra un *acto* médico (Faúndes & Barzelatto, 2011). Desde este enfoque, el médico chileno Aníbal Faúndes problematiza la cuestión en numerosas disertaciones públicas y escritos sobre el tema. Y esta tesis, permite desmadejar el tema del aborto y su entramado con la salud pública: asunto que incluye no pocas evidencias y abundancia de escamoteos.

¿Cuál es la diferencia entre pensar un tema como parte de la salud, o limitarlo al plano estrictamente médico? Quienes trabajamos en el campo de la salud, específicamente desde la comunicación hemos leído y citado en un sinnúmero de ocasiones, el enfoque propuesto en el estatuto de creación de la Organización Mundial de la Salud de 1948 (WHO, 2006) que advierte que la salud no se agota en la contracara de la enfermedad, y aclara que ésta no se reduce al espectro biomédico, sino que su dimensión involucra

aspectos psico-sociales, físicos y emocionales y ambientales. Por lo tanto, la medicina per sé no determina condiciones de supremacía para que sean las y los médicos quienes cuenten con la autoridad para arrogarse la soberanía en las decisiones de las personas acerca de la pertinencia de abortar. Máxime cuando incluso existen condiciones específicas en las que el Código Penal regula el acceso al aborto legal.

En tal caso, y desde la mirada del antropólogo Eduardo Menéndez el proceso salud-enfermedad-asistencia, interpela desde distintos saberes, posiciones y vínculos, al conjunto social, a las ciencias médicas, a las políticas sanitarias, a las personas que proveen los abortos, a quienes los solicitan, en una trama de relaciones que se yuxtaponen, se ocultan y vuelven a la superficie desde distintas orillas, pero siempre disputan poder. El de decidir sobre lo es mejor para la salud de la persona que quiere abortar y que solicita un aborto. La propia percepción de lo que es la salud, lo saludable, lo que “me va a hacer mejor”. Y para lo que consideramos como derecho a la salud en condiciones de igualdad, y accesibilidad y trato digno: No es lo mismo que aborte quien quiere, que lo haga quien puede (Menéndez, 1994)

No es lo mismo abortar según lo que interpreta el profesional médico de turno sobre lo que es riesgo para tu salud, nuestra salud, que abortar porque esa es la voluntad de quien lo solicita. No es lo mismo abortar en la clandestinidad y que las condiciones de seguridad dependan de tener o no tener dinero, que hacerlo en el centro de salud; en el hospital; en la casa, con la medicación adecuada y en la compañía que elijamos para esa circunstancia.

No es lo mismo abortar en el marco de la clandestinidad, aunque ese aborto sea realizado por un/a profesional que lo haga con pericia, y que lo importante del caso sea salir ilesas, que acceder a una interrupción de embarazo en el marco de la legalidad, y que lo central sea recibir atención adecuada que incluya la orientación en anticoncepción que mejor se ajuste a cada persona y rutina para prevenir la repitencia de un embarazo no deseado.

No es lo mismo decidir que, pedir, rogar que te concedan una práctica que, en términos de salud sexual, es tan válida como otras y por lo tanto debe ser garantizada con respeto y atención adecuada por el Estado a través del sistema de salud. No es lo mismo que el aborto esté ligado a la salud de la persona que lo solicite o a su muerte.

No es lo mismo que la percepción sobre el aborto sea la de una práctica legítima y legal, como otras y que el imaginario colectivo la inscriba en el derecho a la salud; que continúe alimentando el estigma de quienes lo solicitan y de quienes lo realizan en el sistema de salud, protegiendo entonces el mercado de la clandestinidad que enriquece usualmente a quienes se oponen enérgicamente a su legalización.

Romantizar la maternidad forzada en niñas de 10, 11 años producto de violaciones; subestimar la violencia sexual cuando se produce en el interior de la familia; relativizar el

daño a la salud mental que produce la gestación forzada, con la excusa de la adopción posterior, equiparar la vida de las mujeres a la épica católica de vírgenes, y negar en pleno siglo XXI el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, sin considerar que esa decisión es parte del ejercicio del derecho a la salud, es más de lo mismo. Más de ese panteón de estereotipos de género carente de toda reflexividad y responsabilidad por parte del Estado para garantizar derechos humanos.

### La salud pública en debate

Luego del pañuelazo masivo del 19 de febrero frente al Congreso de la Nación, los pañuelos verdes se multiplicaron en ciudades de todo el país, abrigando cuellos y colgando de las mochilas. La *marea verde*, ganó algo más que titulares de diarios y redes sociales: la calle. Un millón de personas, sobre todo adolescentes y jóvenes acompañaron 23 horas de debate en la cámara baja y latieron con una apretadísima victoria. El dictamen del Proyecto original de Interrupción Voluntaria del Embarazo no había tenido mayores modificaciones de su propuesta original: la despenalización del aborto y la legalización hasta las 14 semanas de gestación y más allá de ese plazo cuando corre riesgo la vida o la salud de la persona gestante, en casos de violación o de malformaciones fetales, incompatibles con la vida extrauterina. Que la prestación sea cubierta en los tres subsistemas de salud: público, privado y obras sociales.

La furia de los grupos anti-derechos no se hizo esperar. Presiones, desmentidas de datos científicos, amenazas y maltrato mediático a activistas, funcionarias y funcionarios de gobierno que se expresaron a favor de la legalización del aborto, fueron la “condición” para la segunda ronda de debate, esta vez, en la Cámara de Senadores. El ala más conservadora venía a poner las cosas en su lugar. Desde el mismo gobierno que presumió de dialoguista abriendo un debate fue postergado durante años, se alzó la voz para advertir que no debería permitirse el acceso al aborto, ni siquiera cuando el embarazo es resultado de una violación, cuestión regulada hace poco menos de un siglo. El lenguaje de derechos humanos fue subvertido estratégicamente, y apropiado como excusa para la “prevención de los abortos”. Así fue como los sectores más conservadores reclamaron, a viva voz, políticas de educación sexual y de anticoncepción. Políticas cuya implementación vienen obstruyendo en distintas jurisdicciones desde hace 15 años.

Misiones, Chaco, y Formosa están a la cabeza del ranking de provincias con mayor tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años y de adolescentes entre 15 y 19. Sólo a modo de repaso podemos decir que en el caso de las niñas de 10 a 14 años: mientras la tasa nacional de fecundidad es de 1,4 y la de la provincia de Buenos Aires es de 0,6; en la provincia de Formosa esa tasa asciende a 5,2; en Chaco a 4,4 y en Misiones a 3,8 superando

contundentemente la media nacional. En el caso de las adolescentes de 15 a 19 años, la tasa nacional es de 55,9 y la de Buenos Aires es de 48,4. En Misiones ese valor asciende a 87,1; en Formosa a 85; y en la provincia de Chaco: 82,6, superando lejos la media nacional (DEIS, 2016).

Estos indicadores no sólo aportan datos cuantitativos. Sustancialmente nos ilustran sobre las barreras de acceso al ejercicio del derecho a la salud, a los derechos sexuales y derechos reproductivos que encuentra una niña y/o una adolescente según en donde viva. Es decir, que hay vidas que son precarizadas significativamente por acción u omisión del sistema de salud según de quien sea y en donde viva (Butler, 2006). Sin embargo, las y los representantes en el Senado de esas provincias en su amplia mayoría votaron en contra de la legalización del aborto, aunque es fundamental señalar que, en el caso de las niñas, no necesita debatirse la legalidad del acceso al aborto, ya que, obviada mediante, son embarazos productos de violación y eso, como ya mencionamos, está regulado desde 1921.

La salud pública no sólo fue obliterada con el rechazo al proyecto de legalización de interrupción voluntaria del embarazo. A lo largo del debate, la salud pública fue denodadamente desenfocada, y depreciada en favor de las creencias personales y pertenencias religiosas de las y los legisladores a través de discursos retrógrados y moralizantes que insistieron en señalar que sólo estaban respondiendo a un orden superior, porque ellos no podían decidir sobre la vida de las personas, Sin embargo, decidieron sobre la vida de las personas! Sobre todo, de las que no pueden arbitrar los medios para defenderse de esas decisiones.

A comienzos de septiembre el gobierno anunció el cierre de 10 ministerios como política de austeridad para cumplir con una nueva fase de compromisos financieros asumidos con el FMI. Bajo el eufemismo de “fusión” de ministerios, desjerarquizó la cartera sanitaria nacional, cuyo (ex) Ministro fue una de las voces con mayor incidencia en las exposiciones en comisiones parlamentarias, y en medios de comunicación a favor de la legalización del aborto, y la convirtió en Secretaria bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, cuya conducción está a cargo de una funcionaria abiertamente opositora a las políticas de ampliación de derechos reproductivos.

A tres meses del debate parlamentario que se convirtió en hito histórico en 2018 y cuya movilización social obtuvo el apoyo de la comunidad internacional que multiplicó el pañuelo verde en todas las latitudes del globo, la Argentina no cuenta más con un Ministerio de Salud Nacional.

Está claro que no es lo mismo que el aborto una cuestión moral que un tema de salud pública. Lo que no está en verdadero riesgo (aunque tampoco sea muy claro) es que la salud pública pase de ser un derecho a convertirse en una mercancía (de lujo).

### **No pasa nada, pero pasa todo**

El 4 de octubre se lanzó la campaña masiva de comunicación del Plan Nacional para la Prevención y Disminución del Embarazo No Intencional, conocido en los pasillos de la gestión pública sanitaria como Plan ENIA. Esta iniciativa que comenzó a diagramar sus acciones a fines de 2017, está coordinada por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y participan de la ejecución del mismo, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral; el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (estas dos últimas áreas pertenecen a la Secretaría de Gobierno en Salud). El financiamiento del Plan está a cargo de la SENNAF, con participación de PNUD, sin perjuicio de que cada área mencionada también aporta recursos a para nutrir este “enlatado”.

Actualmente el ENIA se despliega en las 12 provincias con indicadores más graves en relación a embarazo no intencional de niñas y adolescentes. Cabe mencionar que la nominación de “no intencional” encastra muy bien con la corriente neoliberal que transfiere las cuestiones de salud pública a los comportamientos del individuo. Cuestión no menor, porque esta mirada va de la mano de la percepción de la voluntad y la responsabilidad como carriles cuasi morales, pero esto es tema de otro artículo.

Corrientes, Chaco, Misiones, Jujuy, La Rioja, Santiago del Estero, Tucumán, Formosa, Catamarca, Entre Ríos, Salta y Buenos Aires (en los partidos de San isidro, San Martín, Lanús, Quilmes, Almirante Brown, y Morón) constituyen el territorio en donde se implementa el Plan ENIA, que incluye entre sus líneas de acción: capacitación en ESI, provisión de anticonceptivos para prevenir los embarazos no intencionales y acceso al aborto en los casos que contemple el marco legal vigente (que dicho sea de paso en el caso de las niñas, todos los embarazos se enmarcan en el art 86 del Código Penal argentino).

La campaña de comunicación<sup>1</sup> lanzada recientemente alterna escenas entendidas como previas a las relaciones sexuales entre adolescentes y partos en los que según el caso, aparece un mensaje que dice: SÍ, PASA o NO PASA. La dimensión de la sexualidad, las relaciones entre personas adolescentes, sus inquietudes, dudas, temores y la posibilidad

---

<sup>1</sup> El spot de la campaña de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia se puede ver en: <https://youtu.be/ysIOuZGqA3A>

de aprendizaje acerca de las experiencias sexuales, el consentimiento, el cuidado de la salud, por nombrar algunas cuestiones, se aplana, simplifica y reduce a SÍ PASA, o NO PASA en la voz de lo que podría identificarse como una obstetra o partera en un quirófano.

Como una suerte de semáforo encarnado en una trabajadora de la salud, la campaña de ENIA juega a SI/NO como únicas respuestas para tratar una problemática compleja, que demanda un abordaje serio, idóneo, y respetuoso de las personas y sus vidas. De la apertura del debate sobre la legalización del aborto, hasta el cierre del Ministerio de Salud y su paso bajo la órbita de Desarrollo Social, lanzamiento de la campaña para la prevención del embarazo no intencional en la Adolescencia mediante, continúa experimentándose el ajuste en todo sentido: económico, social, político y simbólico. Pasa. Sí, pasa mucho en la política sanitaria.



## Referencias bibliográficas

- Butler, J. (2006) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Paidós. Buenos Aires. Paidós.
- DEIS (2016) *Dirección de Estadísticas e Información en Salud*. Obtenido de Estadísticas vitales. Información básica 2016. <http://www.deis.msal.gov.ar/>
- Faúndes, A & Barzelatto, J. (2011) *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Buenos Aires: Paidós.
- Menéndez, E. (1994) "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?". En revista *Alteridades*, 71-84. ISSN 0188-7017. Universidad Autónoma Metropolitana Undiad Iztalapa DF, México.
- WHO (2006) World Health Organization (octubre de 2006) Obtenido de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)