

organización para la salud

# campesinas

# índice

**3**

**Resumen ejecutivo**

**6**

**capítulo 1**

**Distancia, salud y cuidados**

**26**

**capítulo 2**

**Salud sexual y reproductiva  
en la vida rural**

**39**

**capítulo 3**

**Los agrotóxicos  
en la vida reproductiva**

**48**

**capítulo 4**

**Recomendaciones  
para políticas públicas**

**52**

**Anexo:**

**Leyes y convenciones que protegen  
nuestro derecho a la salud**

## resumen ejecutivo

Buena parte de 2023 la dedicamos a explorar la desigualdad entre las mujeres de poblaciones rurales y urbanas en el acceso a su salud sexual y reproductiva. Estuvimos con comunidades campesinas alejadas de las capitales de Santiago del Estero, Mendoza, Misiones y Jujuy, y también visitamos la zona de Abasto, en la provincia de Buenos Aires, donde se encuentra el Cinturón Hortícola Platense.

La primera evidencia de este trabajo es que muchas de las mujeres que habitan la ruralidad acceden al cuidado de la salud a través de las organizaciones campesinas. Estas organizaciones –la Asociación Mujeres de la Tierra, en La Plata; el Movimiento Nacional Campesino Indígena-Somos Tierra (MNCI), en Mendoza, Jujuy y Misiones; y el Movimiento Campesino de Santiago del Estero (MoCaSE)–, son la condición de posibilidad para acceder a derechos. Las organizaciones asumen el trabajo cuando el Estado no está presente o lo está de manera intermitente. Se encargan de gestionar turnos médicos, acompañar hasta los hospitales, tomar el relevo de las tareas de cuidado. Las organizaciones elaboraron programas formativos y prácticos, protocolos propios, para enfrentar esas dificultades de acceso. Algunos de ellos dialogan con el Estado, otros no. Ese universo de herramientas se extiende a los centros de formación, casas refugio, comedores y jardines de infantes.

El trabajo en el acceso a la salud sexual y reproductiva apuesta a maximizar la salud preventiva, frente a la paliativa. Para eso tienen que lidiar con las visitas discontinuas de las unidades sanitarias móviles, la ausencia total de equipamiento para estudios médicos o para parir, la falta de políticas sanitarias para quienes trabajan de manera “golondrina” y la irregularidad en el stock de anticonceptivos y medicación en las salitas de salud. Durante los embarazos o sus interrupciones, el seguimiento del proceso es primordial, por eso genera

preocupación entre las campesinas. El tiempo juega un factor clave, pero muchas veces se llega tarde. Quienes realizan este acompañamiento con los recursos disponibles son las promotoras de salud y de género. Su función es intermediar el vínculo entre las comunidades y el Estado, una propuesta transformadora para una política pública que no logra desarrollar su potencial.

El acceso a la salud depende, como vemos, de una serie de tareas de cuidado, familiares o comunitarias. Muchas mujeres que conocimos en esta investigación resignan la propia salud por la sobrecarga en sus tareas cotidianas de sostenimiento de la vida. Por eso insistimos en que son necesarias políticas públicas que garanticen que brindar cuidados y recibirlos pueda ejercerse independientemente de la condición social, económica, laboral, de género, de capacidad y de ubicación geográfica. Sí eso no está cubierto, no hay posibilidad de autocuidado. ¿Quién cuida a quienes cuidamos? Las organizaciones están ahí para garantizar las condiciones de cuidado colectivo.

Las organizaciones buscan, entre las distintas tareas de producción de alimentos, de enseñanza y de formación y acción política, que las compañeras se encuentren y se permitan pensarse para reconocer sus necesidades, sus cuerpos, sus dolencias y también sus deseos.

Como metodología de trabajo para sondear las realidades de las distintas provincias, llevamos adelante en cada comunidad una serie de reuniones colectivas y entrevistas alrededor de la experiencia del reconocimiento de nuestros cuerpos y sus necesidades, el cuidado anticonceptivo, de la gestación y la interrupción del embarazo, el vínculo con las instituciones de salud y el rol de la propia organización. Ese ejercicio de escucha nos dejó muchas veces frente a nuestros preconceptos para cuestionarlos. En la investigación recurrimos también a la observación participante en las salas de salud y realizamos entrevistas a los y las promotoras de salud y a las autoridades de salud responsables. Hicimos, además, pedidos de acceso a la información a los ministerios de Salud provinciales, para contar con información oficial, que pudiera dialogar con los sondeos en el territorio.

Las personas que fueron entrevistadas para este trabajo han sido principalmente mujeres cis. Esto no significa que otras identidades de género no se encuentren presentes en las comunidades campesinas. De hecho, una de las referentes que facilitó en gran medida los encuentros en Mendoza, Dana, se presentó como mujer trans. Sin embargo, en las actividades no se ha

hecho referencia a las condiciones de acceso a la salud sexual para personas LGBTIQ+ particularmente. Es por esta razón que, al referirnos a las situaciones que hacen al acceso a la salud sexual y reproductiva de las poblaciones con las que hemos trabajado, se encuentran enmarcadas en la experiencia de mujeres cisgénero y heterosexuales.

Fue en las asambleas donde surgió un tema que no habíamos contemplado al comienzo de la investigación: la incidencia de los agrotóxicos en los abortos involuntarios. Según nuestras colegas del Centro de Derechos Reproductivos, las personas con capacidad gestante expuestas a agrotóxicos tienen un 75% más de probabilidades de sufrir un aborto espontáneo durante el primer trimestre de la gestación.

Este informe se divide en tres partes. La primera releva los obstáculos en el acceso a la salud en general y el rol que desarrollan las organizaciones comunitarias en ese contexto. El segundo es sobre el cuidado de la vida sexual y reproductiva, los debates sobre el aborto y las respuestas comunitarias. En la tercera, traemos las experiencias con los agrotóxicos. A modo de cierre, compartimos una serie de recomendaciones de políticas públicas y anexamos un listado de leyes y convenciones que protegen el derecho a la salud.

Agradecemos a las organizaciones por los encuentros que nos permitieron llegar a sus comunidades y conocer sus experiencias de organización política. Las jornadas compartidas fueron el insumo principal para la escritura de este informe.

**En Misiones**

"Es tan complicado hacerse estudios médicos, que me los termino haciendo solo cuando estoy embarazada", afirmó una de las mujeres de la comunidad de San Antonio.

# distancia, salud y cuidados

# 1

# distancia, salud y cuidados

Las campesinas de Quimilí, Abasto, San Antonio, Bernardo de Irigoyen, Jocolí y Maimará tienen una cosa en común: deben viajar horas por su salud. Todas conocen de memoria los horarios de los colectivos de larga distancia que las pueden llevar a los hospitales más cercanos o a los que proveen de atención especializada o a los que tienen el instrumental adecuado. Tienen más en común: trabajan la tierra, elaboran productos, se organizan, crían, cuidan. Tareas productivas y reproductivas, todas imbricadas.

La salud depende de las condiciones estructurales para poder vivir lo más saludablemente posible. Para la OMS esto incluye la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, agua potable, alimentación y vivienda adecuadas. Si pensamos en la infraestructura de los cuidados y su rol facilitador de la vida cotidiana, encontramos que en la vida campesina el denominador común es la distancia. La distancia es la medida del acceso a los servicios de cuidados en salud, educación, abastecimiento, gerontología<sup>1</sup>. La proximidad disminuye el tiempo dedicado a resolver las necesidades de cuidados. Cuando estos servicios están lejos de sus territorios, las mujeres de las comunidades que visitamos emplean más tiempo en resolver esas tareas y ven cómo aumentan los costos de los traslados y las dificultades para acceder a la atención. Todo eso limita su autonomía.

---

1 Ana Falú (2023). La perspectiva de género en las infraestructuras de cuidados. Ministerio de Obras Públicas Argentina, ONU Mujeres, UNOPS [enlace](#)

Todas las acciones que implican *cuidar* son cruciales para las potencialidades de *curar*<sup>2</sup>. Se le suele otorgar un lugar central al medicamento y a la cura, mientras se invisibilizan las acciones de cuidados que rodean la salud, que implican una gran cantidad de actividades concurrentes, dispositivos y responsabilidades sociales. En este sentido, *cuidar* es una práctica cotidiana rodeada de compromisos con la propia vida y salud, con la de quienes nos rodean, con la de la comunidad. Es transformativa de los vínculos y de la riqueza de la comunidad. La actividad del cuidado no es asumida por individuos aislados sino, por el contrario, se extiende sobre un amplio abanico de personas, herramientas e infraestructuras, sean estas últimas estatales, privadas o comunitarias<sup>3</sup>.

Las organizaciones sociales cumplen un rol central en los cuidados comunitarios, movilizan y tejen redes para sostenerlos y que lleguen a toda la comunidad. Es común que estén a cargo de centros de asistencia, roperos comunitarios, comedores y jardines de primera infancia, que también impulsaron<sup>4</sup>. El Estado define y establece las reglas en las que se producen estos cuidados<sup>5</sup>.

Las comunidades campesinas que participaron de esta investigación llevan adelante programas autogestivos y algunos pocos en articulación estatal. En el caso de los y las promotoras de salud comunitaria, su función consiste en acompañar, informar y promover temas de salud pública. Reciben formación estatal y al ser parte de la comunidad, tienen un vínculo de confianza y cercanía. Carolina y Claudia, de la asociación Mujeres de la Tierra, se formaron como promotoras de salud y de género. Reciben consultas de sus compañeras y las acompañan en el recorrido institucional para acceder a la salud.

En Misiones, la hermana de Liliana, integrante del Movimiento Nacional Campesino Indígena (MNCI), se formó como promotora de salud. Empezó a trabajar en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Macacá, paraje en el que se encuentra una de las dos sedes del MNCI en la provincia. Pero pocos meses después, por decisión de las autoridades sanitarias, sin participación de

2 Mol, A; Hardon, A (2023). *Cuidar: un concepto fluido para compromisos adaptables*. Etnografías Contemporáneas, UNSAM edita.

3 *Ibíd.*

4 Faur, E; Brovelli, K (2020). *Del cuidado comunitario al trabajo en casas particulares. ¿Quién sostiene a quienes cuidan?* en *Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [enlace](#)

5 AAVV (2023). *Amicus curiae* presentado ante la Corte IDH sobre la Opinión Consultiva relativa a El contenido y el alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos [enlace](#)

la comunidad, la reubicaron en el Hospital de Bernardo de Irigoyen y el CAPS –“la salita”–, quedó sin atención.

En la Red Puna organizan talleres, jornadas y operativos de cuidado de la salud entre sus integrantes y la comunidad desde hace al menos dos décadas. Fueron interrumpidos cuando el Estado comenzó a acercarse con camiones sanitarios. Desde hace un tiempo la frecuencia de las visitas disminuyó y las integrantes de la red evalúan formarse como promotoras de salud.

En Santiago del Estero, un grupo de integrantes del MoCaSE, el Movimiento Campesino de Santiago del Estero, recibió capacitación como agentes de salud y trabajó para el Programa Nacional de Salud para Pueblos Indígenas. Al inicio les sirvió como un espacio de formación, pero luego comenzaron a ver sus limitaciones: pasaban más tiempo completando planillas en el hospital que cuidando la salud de su comunidad. La organización sostiene que los programas de promoción podrían ser una política pública de transformación, pero no llegan a serlo.

Los cuidados comunitarios son estratégicos para el desarrollo de las comunidades rurales, por su inserción territorial, por las posibilidades de sostenibilidad y por la pertenencia a una trama cultural común. La experiencia en esta tarea puede enriquecer el diseño de políticas integrales de cuidados.

# Santiago del Estero

**👤 población 1.060.906 habitantes** **📏 superficie 136.351 km<sup>2</sup>**

## infraestructura

**15** hospitales públicos zonales

**14** hospitales públicos distritales

**20** hospitales públicos de tránsito

**5** centros de salud, 4 provinciales

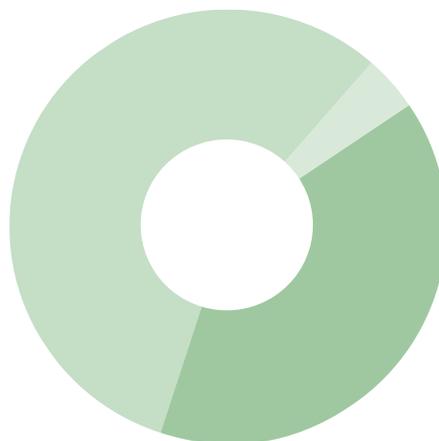
**35** unidades de atención primaria (UPAs)

**33** postas sanitarias

**9** centros de atención primaria de la salud (CAPS)

## cobertura médica

**56,6**  
sistema público de salud



**4,1**  
programas o plan de salud estatal

**39,9**  
obra social o prepaga (incluye PAMI)

200 kilómetros separan la localidad de Quimilí del Hospital Regional ubicado en la ciudad de Santiago del Estero. Hasta allí viajan las campesinas desde distintas localidades rurales o semirurales luego de derivaciones médicas, inclusive para partos. Para las infancias, el Centro Provincial de Salud Infantil (CePSI) Eva Perón y el Hospital de Niños son los dos establecimientos que más valoran, pero también se encuentran en la capital.

Para ellas el problema no sólo es el traslado, sino que una vez allí pueden no tener turno para ese mismo día. Si eso ocurre, tienen que conseguir un lugar para quedarse en la capital o, en el peor de los casos, viajar nuevamente hasta sus casas y volver en unos meses. *Lejos* es una palabra que pone en relación dos puntos del mapa. La atención en salud queda lejos de Quimilí. Es complicado, incluso, llegar a una salita de salud. Las distancias no son menores a 40 kilómetros y los horarios de atención son muy acotados. Con suerte, de 9 a 12 del mediodía.

También es frecuente que las mujeres del MoCaSE se topen en la ciudad con comentarios discriminatorios del personal de salud sobre sus prácticas, sobre la vida rural, pero también racistas, sobre su color de piel. El viaje es infinitamente más largo que la consulta. La respuesta habitual que reciben ante problemas muy diversos es: “te receto un inyectable o un analgésico”. La falta de explicación sobre la afección de salud y el tratamiento también se encuentran presentes en las consultas.

Uno de los equipos de trabajo del MoCaSE se especializa en salud comunitaria. El movimiento generó con sus propios recursos: ranchos comunitarios, encuentros de formación, talleres y una escuela agroecológica. La formación de ranchos comunitarios recupera los saberes medicinales ancestrales y los debates con la medicina occidental, complementa los recursos que aporta el Estado con las capacidades que se encuentran en el monte. También desarrollan encuentros de salud autoformativos, una vez al año, y talleres semanales abiertos. En los talleres también enseñan a tomar la presión y el circuito de los primeros auxilios. Pamela, promotora de salud del MoCaSE, cuenta que “no solamente es importante lo que hacemos cuando nos juntamos a aprender algo específico, sino cómo lo llevamos adelante entre todas y todos”.

En la Escuela Agroecológica organizan campamentos para jóvenes y enseñan sobre derecho a la información y la prevención en temas vinculados tanto a la salud integral como a la salud sexual y reproductiva. Lejos de Quimilí, en la capital provincial se encuentra la Casa Campesina. Desde allí ayudan a sacar turnos médicos a quien lo necesite, dan acompañamiento y hospedan a quienes tienen que ir a la ciudad para un tratamiento.

#### Fuentes

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. CABA, INDEC, 2023.  
Ministerio de Salud de Santiago del Estero, disponible en este [enlace](#)

# Buenos Aires

**👤 población bonaerense 17.523.996 habitantes**

región sanitaria XI

**👤 población 1.180.119 habitantes**

**📐 superficie 25.900 km<sup>2</sup>**

## infraestructura RS XI

**1** hospital público regional

**8** hospitales públicos zonales

**5** hospitales públicos interzonales

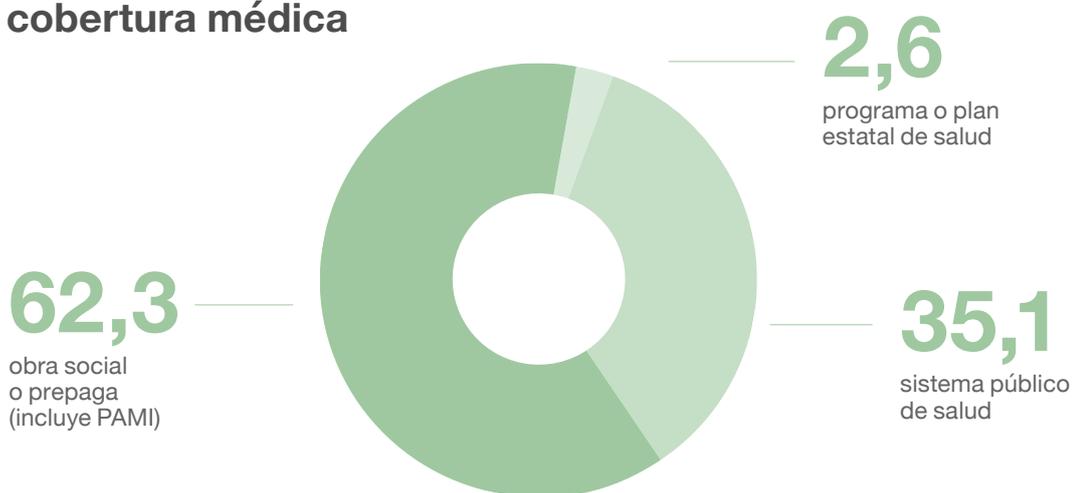
**4** hospitales públicos subzonales

**2** hospitales públicos locales

**1** Servicio de atención médica integral para la comunidad (SAMIC)

**2** Unidad de Pronta Atención (UPAs)

## cobertura médica



Las trabajadoras rurales de la zona del Abasto, en La Plata, festejan los cumpleaños de sus hijos e hijas en el turno médico. Para atenderlos solo les dan turno una vez al año para el día del natalicio. Organizadas en la Asociación Mujeres de la Tierra, necesitan atención de calidad en las salitas de salud cercanas a su comunidad y mucha mayor disponibilidad. La confianza en la profesionalidad del personal de salud está bastante rota y es un sentimiento condicionado por la

discriminación que sienten cuando van a la consulta. “Lo ideal sería tener una salita cerca en la que nos atiendan bien”, acuerdan las campesinas.

Lo que más necesitan son profesionales de la medicina generalistas, de ginecología y pediatría. Sin embargo, para poder acceder a esas especialidades médicas tienen que viajar hasta dos horas en transporte público. Aproximadamente 22 kilómetros es la distancia que las separa del Hospital H.I.G.A San Martín, el San Roque de Gonnet o el Hospital de Niños “Sor María Ludovica”, los únicos que valoran por su buena atención.

Mujeres de la Tierra está construyendo su propio edificio comunitario. El predio ya tiene un gran cartel colgado, diseñado con su logo en verde y blanco, que incluye dos mensajes centrales: feminismo para liberar y plantas para curar. Mientras la obra se construye, utilizan la casa de una integrante de la organización como punto de encuentro. Son campesinas y agricultoras y su organización se extiende a lo largo del cinturón agrícola platense: La Plata, Varela y Berazategui. A su vez, Mujeres de la Tierra integra la Empresa Cooperativa de Alimento Soberano, ECAS. Defienden la idea de que para construir política se necesita de una red –de personas u organizaciones– aliadas.

Fuentes:

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. CABA, INDEC, 2023.  
Ministerio de Salud bonaerense, Regiones Sanitarias, disponible en este [enlace](#)

# Misiones

 población **1.175.000 habitantes**

 superficie **29.801 km<sup>2</sup>**

## infraestructura

**42** hospitales públicos

**340** centros de atención primaria de la salud

## cobertura médica



Las campesinas de las localidades de San Antonio y Bernardo de Irigoyen tienen 10 km hasta su hospital local. Es de nivel 1 y en este caso sólo atienden generalistas. Si viajan 90 km, pueden atenderse en el Hospital Almirante Brown de la localidad de Andresito. Si bien también es de nivel 1, allí hacen estudios de laboratorio. La tercera opción es la más valorada: el Hospital SAMIC El Dorado de Alta complejidad, con dependencia del Ministerio de Salud de la Nación. Les queda muy lejos, a 125 km y una costosa combinación de medios de transporte, pero es uno de los cinco hospitales nivel 3 de la provincia.

“Es tan complicado hacerse estudios médicos, que me los termino haciendo únicamente cuando estoy embarazada”, afirma una de las mujeres de la comunidad de San Antonio. A la dificultad de las distancias, se le suma la complejidad de la logística familiar para el cuidado de su salud. Por esa circunstancia geográfica, tener presupuesto estatal para mantener en condiciones y cargar con combustible las ambulancias es una de las principales preocupaciones del hospital San Antonio y uno de los problemas del sistema de salud local. Los viajes que realizan son de 120 a 170 km, para llegar a las ciudades de El Dorado, Puerto Iguazú y San Vicente. Allí se encuentra la mayoría de los hospitales de alta complejidad de la provincia. Sin embargo, es común que no cuente con los insumos necesarios para poder realizar los viajes.

Fuentes:

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. CABA, INDEC, 2023.  
Ministerio de Salud de Misiones, disponible en este [enlace](#)

# Mendoza

**👤 población 2.014.533 habitantes**

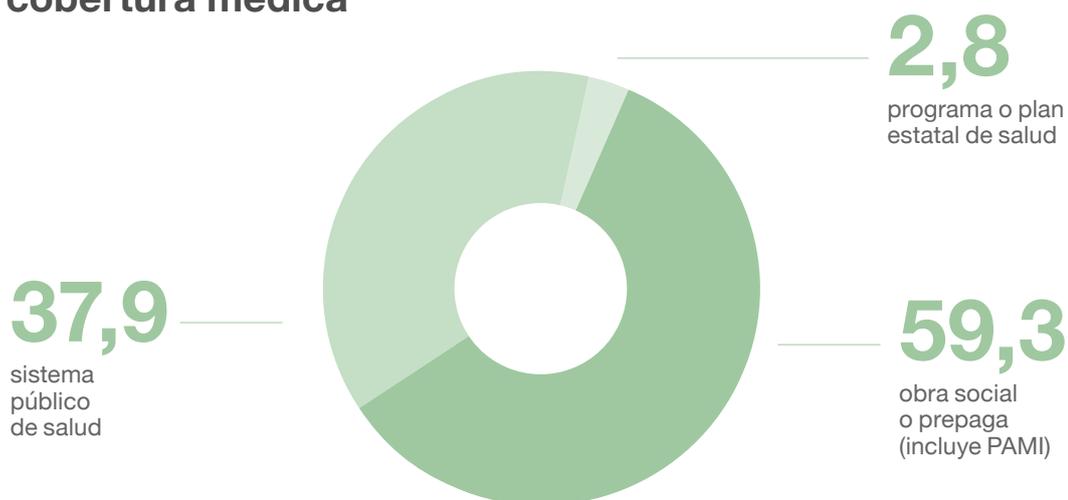
**📏 superficie 148.827 km<sup>2</sup>**

## infraestructura

**23** hospitales públicos

**276** centros de atención primaria de la salud

## cobertura médica



Quince días es la medida temporal en Jocolí. En el Centro Integrador Comunitario (CIC) dan turnos con esa frecuencia y atienden las especialidades médicas de familia, pediatría y ginecología. Si hay alguna urgencia en la comunidad, no pueden recurrir a estos lugares. La salita de El Retamo abre cada quince días. El transporte que llega al hospital de Laguna del Rosario también pasa cada quince días. Hay sólo dos psicólogos y un psiquiatra para todo el departamento de Lavalle y se puede conseguir turno con ellos cada quince días. En su lugar, deben viajar 45 kilómetros hasta la ciudad de Mendoza para recibir atención en el Hospital Central. Todas coinciden en que el hospital departamental de Lavalle es precario y sirve principalmente para derivaciones sanitarias.

Jocolí está al norte de la provincia de Mendoza, en lo que se conoce como el desierto lavallino. Trabajan mucho para hacer del suelo una tierra fértil. Un cartel de madera a la orilla de la ruta 40 señala que estamos cerca del CEFIC, un Centro de Educación, Formación e Investigación Campesina del que forman parte la Unión de Trabajadores de la Tierra (UTT), el MNCI y el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Está en el predio donde se encuentran hace once años las instalaciones comunitarias del MNCI Somos Tierra: la escuela popular “Anita Quiroga”, un comedor comunitario, una casa refugio para albergar a mujeres y personas LGBTIQ+ en situaciones de violencia de género, un jardín de infantes, oficinas, una biblioteca, baños, una huerta y una granja.

La organización comunitaria tiene un rol protagónico como proveedora de cuidados en los territorios que tienen menor presencia estatal para garantizar esos servicios. Los cuidados comunitarios son muy diversos y surgen de distintas iniciativas que pueden ser autogestionadas a partir de una necesidad o de la militancia política.

Fuentes:

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. CABA, INDEC, 2023.  
Ministerio de Salud de Mendoza, disponibles en este [vínculo](#) y este otro [enlace](#)

# Jujuy

**👤 población 811.611 habitantes**

**📏 superficie 53.219 km<sup>2</sup>**

## infraestructura

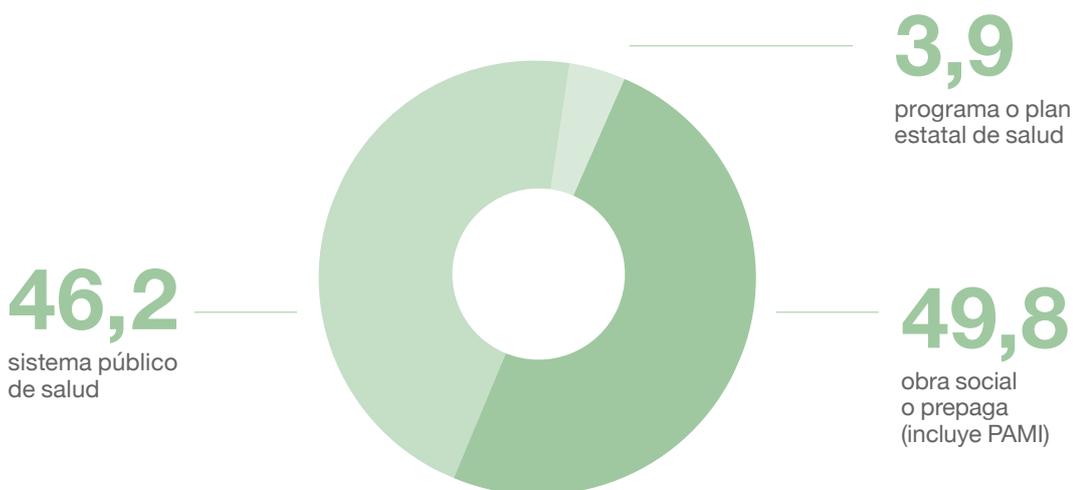
**17** hospitales nivel 1

**4** hospitales nivel 2

**2** hospitales nivel 3

**108** centros de atención primaria de la salud (33 con horario extendido)

## cobertura médica



Si tienen una urgencia, las campesinas de las localidades cercanas a Maimará recorren entre 50 y 80 kilómetros para ser atendidas en los hospitales de Humahuaca y San Salvador. Muchas veces esos tramos se deben recorrer en distintos días por la Quebrada. El hospital que tienen en la zona da atención en el primer nivel de salud y, aunque es muy valorado, no cubre todas las necesidades de la comunidad. Trabajan equipos interdisciplinarios de profesionales que hacen seguimiento a las usuarias de los servicios. “El problema es que depende de la

buena voluntad de los trabajadores. El tipo de atención no es controlado por ninguna política pública”, dice una de las trabajadoras sociales del CIC San Pedrito.

A su vez, los CAPS de la zona no suelen tener medicamentos y sólo en algunos la presencia médica es semanal. Incluso, las mujeres reclaman que hay algunos que se encuentran en desuso hace años.

Las dificultades no son únicamente materiales. Las campesinas con frecuencia se sienten juzgadas por el personal de salud durante las consultas. En algunos casos, recibieron críticas sobre el tiempo que pasa entre una consulta y la siguiente, sin considerar las dificultades para movilizarse. También suelen escuchar comentarios desaprobatarios sobre el uso que hacen de la medicina ancestral: “Te anulan, te hacen olvidar tu sabiduría. Después ellos se quedan sin remedios, y nosotras sin el pan y sin la torta”, dice Guadalupe, una de las referentes de la Red Puna.

Las integrantes de la Red Puna, organización parte del MNCI Somos Tierra, conforman una comunidad de artesanas en la que fabrican y comercian ropas tejidas a mano con fibra de llama. Están divididas geográficamente en cinco zonas de la provincia: Puna norte, Puna centro, Punta oeste, Puna sur y Quebrada. En total son 120 mujeres dedicadas a este trabajo a tiempo completo. La Red Puna, a su vez, forma parte de otra red de trabajadoras llamada Makiwan, integrada por 288 mujeres. Entre ellas viven a mucha distancia y el transporte en la provincia es muy precario. La compañera que vive en Cusi Cusi, por ejemplo, viaja diez horas para llegar a Maimará. Reunirse implica mucha planificación para la mayoría de las integrantes.

“Es una red de trabajadoras, que con el tiempo empezó a politizarse”, afirma Liliana. Las integrantes de la Red Puna logran reunirse una vez por mes en el predio del MNCI en Maimará. A esta jornada la dividen en dos: una parte para coordinar temas vinculados a la cooperativa de trabajo y otra en la que construyen su militancia feminista. En 2021 cursaron un taller de formación en promoción de género junto con la red Makiwan y en 2022 y 2023, las promotoras formadas dictaron talleres destinados a otras comunidades. También organizaron jornadas de atención ginecológica y talleres de concientización en violencia de género.

Fuentes:

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. CABA, INDEC, 2023. Ministerio de Salud de Jujuy, disponibles en este [vínculo](#) y en este otro [enlace](#)



### En Jujuy

La Red Puna es una comunidad de 120 artesanas. Se reúnen una vez al mes y dividen la jornada en dos: una parte para temas de la cooperativa de trabajo y otra para su militancia feminista.

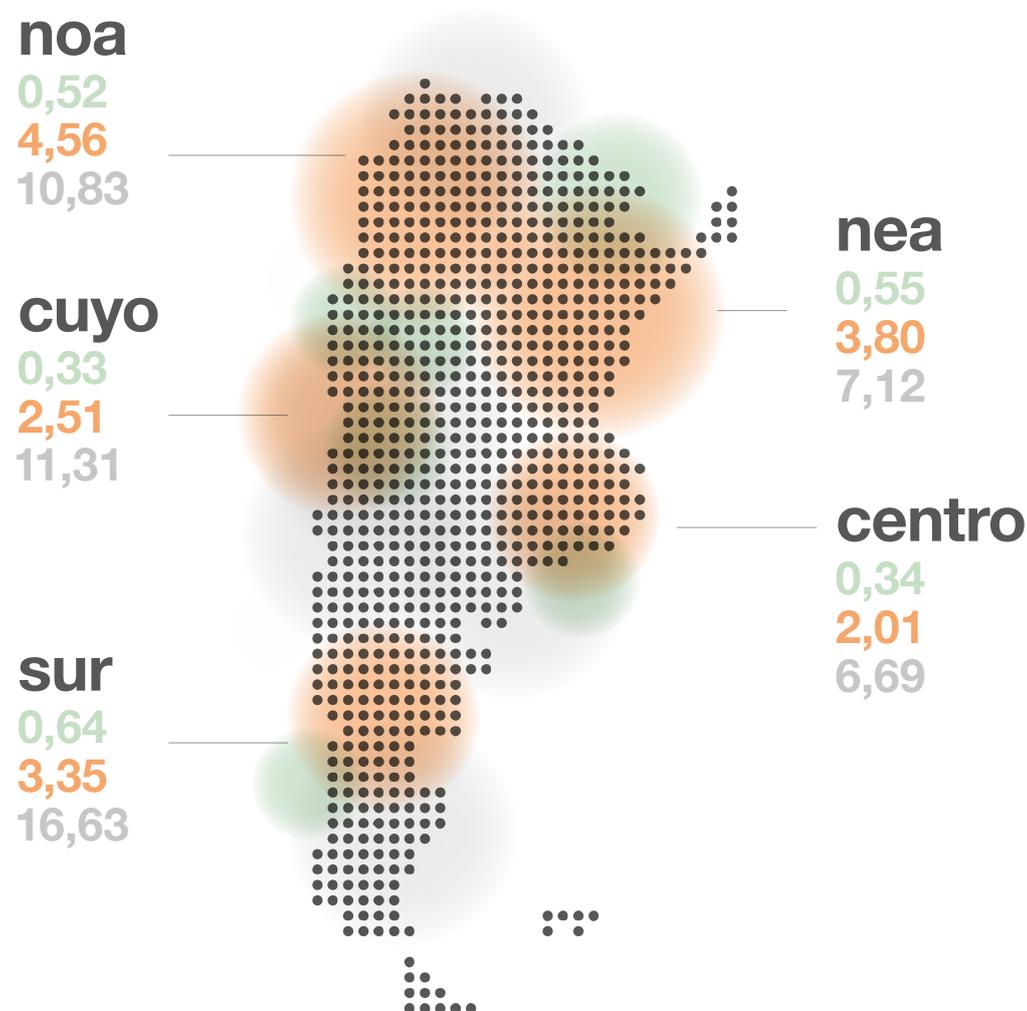


### datos: establecimientos, disponibilidad y accesibilidad

Argentina cuenta con 37.803 establecimientos de salud<sup>1</sup>.  
La mitad está en la región Centro de nuestro país.

### cantidad de establecimientos de salud por 10.000 habitantes según región

■ públicos con internación ■ públicos ■ públicos y privados

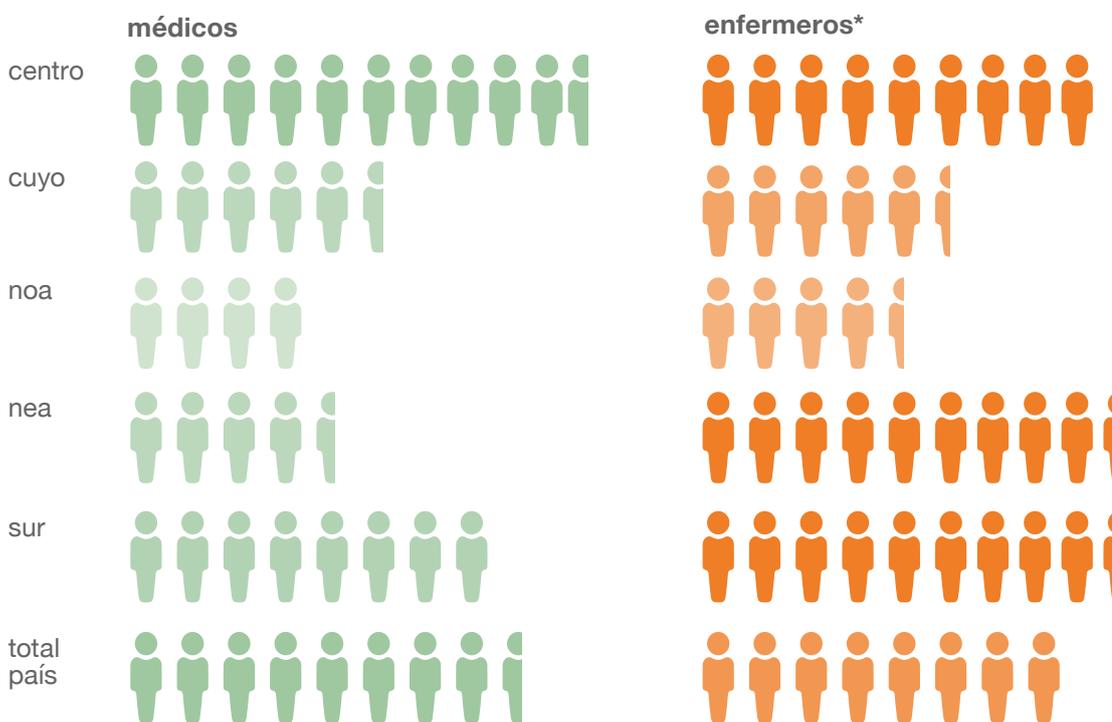


Fuente:  
Elaboración propia, fuente SISA 2024.

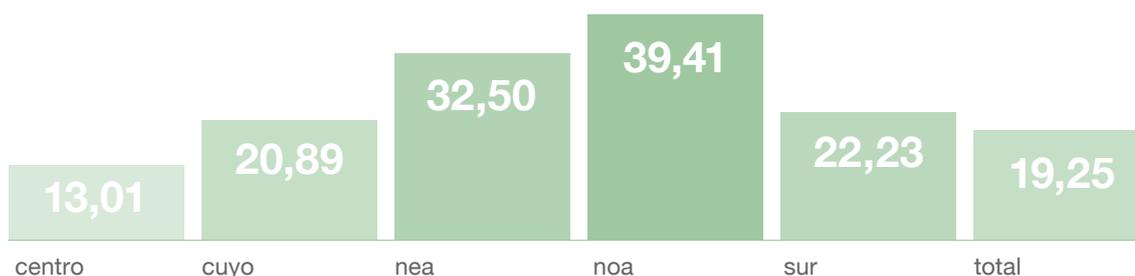
<sup>1</sup> Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (2024). Registro Federal de Establecimientos de Salud. Ministerio de Salud Argentina. <https://shorturl.at/bpGZ6>

Según los datos publicados por el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (2024), se observa que aproximadamente el 32% de los establecimientos de salud del país son públicos, sin embargo en el NOA y en el NEA los establecimientos públicos alcanzaron proporciones que superan este promedio, con 42% y 53% respectivamente. Las regiones del NEA y NOA fueron las de mayor relación de establecimientos públicos por habitantes. Estas regiones, a su vez, tuvieron la mayor frecuencia de CAPS.

**Indicadores de profesionales de salud cada 1000 habitantes, seleccionados por región.**  
Año 2017. República Argentina.



**Razón de CAPS cada 100.000 habitantes según región.**  
Año 2017. República Argentina.



Fuente: Elaboración ASIS 2018.

\*Se incluye Lic. en enfermería, enfermeros y auxiliares de enfermería.

## Niveles de complejidad

Los servicios de salud se clasifican según su nivel de complejidad. Hay sin y con internación. De los últimos se desprenden tres niveles:

- 1 Corresponde a la atención primaria de la salud. Recibe pacientes de bajo riesgo. No tiene salas de parto.
- 2 Dispone de internación general y especializada. Recibe a pacientes de mediano riesgo. Tiene salas de parto.
- 3 Brinda servicios de medicina general y especializada. Realizan cirugías e interconsultas. Recibe pacientes de máximo nivel de riesgo. Tiene salas de parto y terapia intensiva.

## El sistema de salud en Argentina

Los porcentajes del gráfico varían a lo largo de la vida de las personas y se incrementa con la edad. Poco más de la mitad de la población de 0 a 14 años posee obra social o prepaga, mientras que para la población de 65 años y más esta cobertura es prácticamente universal, de acuerdo con los datos del último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2022). También varía de acuerdo con la zona geográfica. En el NOA y el NEA la población que se atiende en el sector público asciende a 44% y 51%, respectivamente.

subsistema público	nacional, provincial, municipal	35,8% de la población + 3,3% que cuenta con programas o planes estatales de salud
subsistema de seguridad social	obras sociales	
subsistema privado	medicina prepaga	60,9% de la población

# salud sexual y reproductiva en la vida rural

# 2

# salud sexual y reproductiva en la vida rural

## Prevenir

La **vida sexual y reproductiva** abarca muchos años. Por eso las políticas públicas y comunitarias para acompañarla van desde los controles y la información en el desarrollo adolescente, los controles ginecológicos o urológicos preventivos, el asesoramiento en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el acompañamiento en la gestación y el parto, el acompañamiento en la interrupción del embarazo, así como también los controles post parto. En las comunidades con las que realizamos esta investigación el Estado dispuso puestos sanitarios móviles o “camioncitos de salud” para garantizar que puedan atenderse. Sin embargo, su recorrido no siempre es constante ni frecuente. En Quimilí, Santiago del Estero, el camioncito se acercó por última vez en 2019, antes de la pandemia del COVID-19 y los resultados de los estudios nunca fueron entregados. En Bernardo de Irigoyen, Misiones, a pesar de que pasa una vez al año y realiza los estudios de papanicolau, colposcopia y mamografía, tiene la misma particularidad que Quimilí: los resultados nunca llegan y las mujeres se quedan sin saber su estado de salud.

La efectividad de la unidad sanitaria móvil depende muchas veces del trabajo conjunto entre agentes de salud, el Estado provincial y la propia comunidad. El rol de las promotoras de salud –la mayoría son mujeres– es primordial para garantizar la salud de la comunidad de la que en general forman parte, ya que actúan como puente con las instituciones. Uno de los objetivos de todas las partes es promover la salud preventiva.

Carolina, promotora de salud de Mujeres de La Tierra, en La Plata, demanda al Estado que el camioncito se acerque una vez al mes porque “el campo siempre se tiene que acercar”, nunca pasa al revés. “Que acerque métodos anticonceptivos, mamografías, controles ginecológicos y también capacitaciones”, dice. El

trabajo de las promotoras de salud es vital en cada territorio. Por ejemplo, tanto en Jujuy como en Mendoza hay trabajadores y trabajadoras “golondrina”, por lo que los chequeos de salud son difíciles e inconsistentes y necesitan un abordaje sanitario específico. En Jujuy los centros de salud recomiendan usar anticonceptivos de larga duración como Implantes subdérmicos, DIU o ligaduras tubarias y en Mendoza se articula el seguimiento con las promotoras de salud de los CAPS.

La última campaña para hacerse mamografías que recuerdan en Maimará se hizo en diciembre de 2022 en San Salvador de Jujuy. Se difundió por la radio y sacaban el turno por teléfono. Fue multitudinaria y llegaron desde las comunidades más recónditas: “Ese día pudieron atendernos a todas y fue genial porque a veces vamos hasta San Salvador y nos dicen que nos pueden atender recién en uno o dos días”, cuenta Sandra.

Con la creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable el Estado está obligado a garantizar el acceso gratuito y federal en hospitales y centros de salud a los métodos anticonceptivos disponibles: pastillas combinadas o de una sola hormona, anticonceptivos inyectables, dispositivo intrauterino (DIU), anticonceptivos orales de emergencia, ligadura tubaria, vasectomía, implante subdérmico y preservativos –el único que previene Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)–. La implementación y el seguimiento del programa se gestiona en cada provincia, cada una con sus particularidades, capacidades instaladas e idiosincrasia.

Algunas provincias redujeron la variedad de métodos anticonceptivos y la disponibilidad muchas veces no es constante. Cada escenario repercute en el abanico de posibilidades de las usuarias, quienes se ven en la obligación de ajustar sus tratamientos en función de la oferta. En Quimilí, las mujeres dejaron de elegir los anticonceptivos inyectables mensuales o las pastillas anticonceptivas, aunque los prefieran, porque en las salitas de la zona no pueden asegurar su continuidad. Entonces la decisión sobre el método no es la que consideran óptima sino la que no pone en riesgo su planificación familiar. Por eso el DIU o el implante subdérmico son los métodos más elegidos, además que tienen el plus de cubrir por más tiempo. Algo similar sucede en el resto de las provincias. En los centros de salud de la Quebrada de Humahuaca los anticonceptivos inyectables no están disponibles y no encuentran profesionales que sepan colocar el DIU que, de igual modo, no es el preferido. Con lo que cuentan es con preservativos y anticonceptivos orales. En Jocolí, Mendoza, los preservativos no están al alcance,

sino que hay que pedirlos al efector de salud de forma personal, bajo la denominación de “caramelos”. Eso disuade a muchos jóvenes por pudor, ya que las y los trabajadores de salud suelen ser sus vecinos.

El acceso a la salud preventiva depende de la distancia a los centros de salud, de profesionales y turnos disponibles, de acceder a información sobre tratamientos y autocuidado. Una serie de factores que en la ruralidad muchas veces se dificultan. Para la mayoría de las mujeres rurales con las que conversamos el traslado a un centro de salud se realiza solo cuando una dolencia es grave, hay dolor o le resulta inhabilitante. Si es algo leve buscan resolverlo en el domicilio o consultando a familiares o amigas.

En San Antonio varias nos mencionaron que nunca se hicieron estudios de PAP y mamografía. Las que los realizaron tuvieron que trasladarse a Andresito o Brasil porque no les envían a su localidad los resultados. Otro obstáculo es la imposibilidad de delegar tareas domésticas o de cuidado, lo que contribuye a la demora en la consulta médica. Dora comparte que nunca se hace el tiempo para ir al hospital si el problema es propio. Traslarse hasta allí le demanda tanto tiempo y costo económico, que prioriza la visita si involucra la salud de sus familiares: “nosotras nos dejamos para lo último”. Sus compañeras asienten. La disponibilidad de profesionales de la salud varones supone, también, un nuevo obstáculo: el pudor.

Algo similar sucede en el resto de las provincias que visitamos, la atención primaria de la salud es el primer acercamiento de las personas con el cuidado y la prevención, por eso es indispensable. Para las comunidades debe resultar también accesible, cultural, geográfica y económicamente. En nuestro país, el 54% de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) son de administración provincial y el 45% municipal. La mayoría recibe los medicamentos del programa REMEDIAR y tienen a su cargo la promoción de la salud y la prevención de un promedio de 3.200 personas cada uno<sup>1</sup>. Este programa garantiza el acceso y cobertura de medicamentos esenciales y cubre la demanda del 80% de las consultas del Primer Nivel de Atención. Con la asunción de un nuevo gobierno en diciembre de 2023 y la política sin certezas en la cartera de Salud, muchas provincias dejaron de recibir los medicamentos del programa o los reciben sin garantía de continuidad.

---

1 Stolkiner, A., Comes, y Garbusy, P. (2011) Otros Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva* [enlace](#)

**En Mendoza**

En Jocolí, los preservativos hay que pedirlos de forma personal, como "caramelos". Eso disuade por pudor, ya que quienes trabajan en salud suelen ser vecinos.

## Educación

En algunos hospitales de Misiones tienen naturalizada la presencia de co-gestantes adultos (mayores de 30 años) con adolescentes embarazadas. En 2019 la provincia elaboró una guía de atención junto con UNICEF para menores de 15 años. Actúa como protocolo de intervención para el personal de salud<sup>2</sup>.

Desde 2017 contamos con el Plan de Prevención de Embarazo no intencional en la Adolescencia (ENIA) a partir de una política articulada entre los –hasta diciembre de 2023– ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social de la Nación. El acceso a métodos anticonceptivos y la Educación Sexual Integral en las escuelas son otras de las herramientas de prevención del embarazo adolescente y los abusos sexuales en la infancia<sup>3</sup>. Según el informe ENIA 2022, la mayoría de las y los adolescentes que buscaron asesoramiento en salud sexual son de género femenino (74,0%), de entre 15 y 19 años (el 60,9%) y van a la escuela (88,5%)<sup>4</sup>. A partir de la implementación del Plan ENIA los embarazos adolescentes bajaron un 57%. Sin embargo, aún quedan 9 provincias con índices superiores al del promedio nacional y Misiones tiene la segunda tasa más alta, con el 52,4 por mil<sup>5</sup>. La continuidad del Plan ENIA está en riesgo<sup>6</sup> y en marzo de 2024 fue recortado drásticamente.

Cada provincia a su vez, traza estrategias para acompañar a los y las adolescentes en su salud sexual y reproductiva. En Mendoza, junto con el plan ENIA, identificaron que la consulta virtual es mucho más efectiva que la presencial, principalmente en comunidades chicas. Por medio de líneas telefónicas o videollamada se despejan dudas o se informan con la guía de consejeras o promotoras de salud.

El MoCaSE desarrolló una línea de trabajo en donde articulan con la Fundación Huésped la promoción y el acompañamiento en salud sexual. En la escuela agrícola realizan campamentos de jóvenes en donde se ocupan de acercarles los lineamientos básicos de la Educación Sexual Integral, ya que detectaron que en las escuelas de la zona no se habla del tema y la población presenta resistencia. La preocupación además es por la gran cantidad de jóvenes sin escolarización

2 Entrevista a Franco Azula, Director del Hospital de San Antonio.

3 UNICEF. (2019). Guía de atención integral de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de la provincia de Misiones.

4 ENIA (2023). Informe Anual de Monitoreo 2022. Ministerio de Salud Argentina [enlace](#)

5 Idem

6 Mortimer, V (14 de marzo 2024). El programa que redujo el embarazo adolescente en la Argentina en casi un 60% hoy corre peligro. LatFem [enlace](#)

que quedan por fuera de cualquier tipo de formación en este ámbito, allí es donde la tarea de las organizaciones resulta vital para contener a este grupo. De igual modo, su fuerte inserción territorial ha logrado vínculos de confianza con profesionales de la salud locales, lo que permite responder más ágilmente las demandas de la comunidad.

La implementación de la ESI en las escuelas de Jujuy también tiene resistencia de algunas familias. Las integrantes de Maquiwan contaron para esta investigación que los temas de sexualidad deben hablarse en la casa, aunque reconocen que no todas las madres ni los padres se animan. “Hay que tener coraje para hablar con los hijos”. En San Antonio, Misiones, las compañeras campesinas no recuerdan haber hablado de sexualidad o anticonceptivos con sus madres por el gran tabú que existía. Hoy en día tratan de hablar más con sus hijas e hijos.

## Parir

Entre las diferencias que hay entre la vida en la ciudad y en el campo, también sumamos las formas de acceso a la salud reproductiva. La disponibilidad del mismo tratamiento anticonceptivo, la frecuencia de los controles ginecológicos, el seguimiento de un embarazo o las posibilidades de su interrupción, el momento del parto. Todo eso se transita distinto y con distintas estrategias. Entre lo que dice la ley, que es un paraguas amplio, y las maneras en que esos derechos se garantizan, hay un trecho. “Los derechos están pero poder acceder a esos derechos es una tortura” dice Leti, de Quimilí.

Marina vive en Misiones. El Hospital de Agudos Bernardo de Irigoyen le queda más cerca de Piñalito, el paraje donde tiene su casa, pero al entrar en trabajo de parto hizo los 125 km hasta el hospital de El Dorado. En el Irigoyen pueden parir solo si no queda alternativa y entra como emergencia. En cambio, Gabriela, al igual que su madre y sus tías, suele recurrir a su doble ciudadanía y realizarse los controles de salud en Brasil, donde además de estar más cerca, siente más amabilidad en el trato y mayor profesionalismo en la atención. Similar es la historia de Debora en Jocolí, Mendoza, quien, sin ser enfermera ni personal de salud, llegó a asistir dos partos de camino al Hospital Lagomaggiore, a 60 km de su comunidad.

En La Plata, la abuela Yola es famosa y requerida cada vez que un bebe viene de imprevisto. Ha acompañado varios nacimientos y para las mujeres de la zona es una compañera que “siempre está cuando se la necesita”. En Quimilí las mujeres dicen que la figura de las parteras tradicionales se ha ido perdiendo con los años y para Guadalupe, de Red Puna, el avasallamiento del modelo médico es el principal causante de eso.

Para algunas mujeres rurales programar su parto por cesárea es un recurso que les permite tener previsibilidad y recuperar autonomía. María, vecina de Quimilí, en Santiago del Estero, prefiere organizar su parto de ese modo porque vive muy lejos del hospital, no tiene vehículo y se le dificulta volver a realizarse los controles, entonces una internación de varios días le resulta más conveniente. No es que no haya hospital público en Quimilí, pero derivan todos los partos a la capital provincial. La cesárea, que debería aparecer como una práctica médica extraordinaria, se impone muchas veces por la complejidad logística.

Para la OMS el porcentaje ideal de cesáreas es entre el 10 y el 15% sobre el total de los nacimientos<sup>7</sup>, pero en nuestro continente y en nuestro país estos porcentajes no paran de crecer. La Argentina llegó a triplicar los valores recomendados<sup>8</sup>. Tan solo en 2019, el 37% de los partos realizados en el sistema de salud público fueron quirúrgicos<sup>9</sup> y, si bien no hay datos precisos, se estima que en el sector privado alcanza el 70% de los nacimientos<sup>10</sup>.

Las políticas públicas se materializan a través de personas, muchas veces atravesadas no por la normativa de los protocolos, sino por sus criterios y sesgos. Miriam decidió ante el nacimiento de su quinto hijo solicitar una ligadura tubaria. Su intención era aprovechar el parto para realizar la intervención. Sin embargo, en el hospital de El Dorado se la negaron sin motivo y le ofrecieron en su lugar colocarle un DIU en dos meses. A Mónica, de Bernardo de Irigoyen, el ginecólogo le pidió la autorización de su esposo para realizarla y a Laura se la negaron porque “aún era joven y podía arrepentirse”.

En Quimilí las mujeres de la comunidad campesina cuentan que la falta de anestesistas en el hospital Dr. Bernardo Houssay hace que las ligaduras tubarias

---

7 Organización Mundial de la Salud (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento [enlace](#)

8 Hayon, A. (23 de noviembre de 2019). Los riesgos de la epidemia de cesáreas. Página 12 [enlace](#)

9 Observatorio de las Violencias y Desigualdades de Género (2022). Violencia Obstétrica: análisis de los registros de la línea 144 [enlace](#)

10 Navarra, G. (23 de febrero de 2023). Especialistas advierten la persistencia de cesáreas innecesarias. Telam [enlace](#)

sean reprogramadas por tiempo indeterminado y los partos derivados a La Banda. Quienes deseen atenderse en su localidad y no cuenten con obra social no tienen más remedio que recurrir a la medicina privada. Demorar el tiempo de parto ignorando la experiencia del cuerpo de las mujeres es otra de las prácticas que muchas veces se imponen en los hospitales. A Mercedes la hicieron esperar 6 horas en la sala de la guardia en La Plata porque según los médicos aún no estaba para subir al quirófano, a pesar de que su experiencia en otros partos le decía que ya estaba por nacer. Contra todo pronóstico médico su bebé nació allí, en la guardia, asistida por las otras personas que estaban esperando ser atendidas. Se trata de situaciones cotidianas de violencia obstétrica, en donde el poder médico y las instituciones de salud se imponen a las usuarias.

A pesar de la Ley de Parto Humanizado y de Protección Integral, la atención médica se concentra principalmente en el proceso fisiológico, sin atender los sentimientos, percepciones, experiencias y saberes sobre el propio cuerpo, que muchas veces resultan ignorados durante el proceso de pre y post parto. Maltrato verbal o físico, deslegitimación, restricción de información sobre los procesos y las decisiones que pueden tomar, medicalización al momento del parto y escaso acompañamiento fueron algunos de los temas que se repitieron. El 79% de la violencia obstétrica es de tipo psicológica, el 40% es física y el 14,7% de las personas que se comunicaron a la línea 144 informaron haber sufrido violencia sexual<sup>11</sup>.

La violencia obstétrica persiste en muchas clínicas y hospitales. Ser mujer, marrona y campesina es un orgullo para Susana pero en el hospital de La Plata donde se atiende son sesgos de discriminación: “te ven con esa tonada de que sos de provincia y te dejan de lado”. Más si son mujeres empobrecidas. Sucedió también con la hija de Marta en Santiago del Estero, a quien le negaron la internación cuando comenzó su trabajo de parto. Su bebé falleció; a ella le realizaron un legrado y le dieron el alta. Leonor, en cambio, pasó la noche parada en el pasillo del Hospital de La Banda con su hija recién nacida y luego de una episiotomía<sup>12</sup> porque faltaban camas y no había más colectivos para volver a Quimilí. A dos de cada tres personas gestantes primerizas en nuestro país les hacen episiotomías<sup>13</sup>

---

11 Observatorio de las Violencias y Desigualdades de Género (2022). Violencia Obstétrica: análisis de los registros de la línea 144 [enlace](#)

12 Incisión menor en el perineo que ensancha la abertura de la vagina durante el parto.

13 Organización Panamericana de la Salud (2018). Segundo informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión. Avances en la implementación a escala nacional del sistema de información en salud de la mujer y perinatal orientado a la gestión (SIP-Gestión) en Argentina [enlace](#)

a pesar de que no haya evidencia de sus beneficios como intervención de rutina, antes bien, hay evidencia de consecuencias desfavorables<sup>14</sup>.

La sensación ante estas situaciones para Mariana, referente de salud del MoCaSE, es de desamparo: “¿Dónde reclamas eso?, ¿quién se hace cargo?”. Las comunidades campesinas quedan sin respuesta, sin escucha, sin justicia ante los malos tratos y la vulneración de sus derechos. “Lo que termina sucediendo -dice Mariana- es que la madre se siente culpable, además de la pérdida enorme, siente que hizo las cosas mal. Además, no conocemos qué derechos concretos tenemos para accionar en caso de mala praxis”.

## Interrumpir

Para las comunidades rurales que colaboraron con esta investigación, al igual que en muchos grupos diversos a lo largo del país, la interrupción del embarazo es un tema que genera debate y aún está rodeado de estigmatización y sesgos. Sin embargo, el aborto sucede en la realidad cotidiana y las organizaciones comunitarias son las que acompañan. En La Plata, Mujeres de la Tierra tiene protocolos propios, como el que indica qué hacer ante una interrupción. También realiza consejerías pre y post aborto y articula con el Hospital “Alejandro Korn” de la localidad de Melchor Romero para realizarlas. Carolina agenda un turno para los análisis preliminares y luego las acompaña.

Las compañeras de la UST Mendoza han realizado asambleas para hablar del aborto y de las experiencias traumáticas de la clandestinidad. Muchas aseguran que no pasarían por una interrupción del embarazo, pero se organizan colectivamente para acompañar a las que deciden no gestar. Si bien en Mendoza el área de salud sexual y reproductiva trabaja desde 2018 con una resolución propia para asegurar la interrupción legal del embarazo<sup>15</sup> y organizó una red que articulaba con la red de profesionales por el derecho a decidir, en localidades como San Rafael, Malargüe o General Alvear aún resulta difícil la institucionalidad de la norma. Por eso el Programa Provincial de Salud Reproductiva adoptó como estrategia la articulación individual con la población mediante la línea 0800 y las capacitaciones presenciales recurrentes con el personal de

14 Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2010). Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud Argentina [enlace](#)

15 Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes (2018). Guía técnica para la Atención de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Gobierno de Mendoza [enlace](#)

salud, ya que la demanda espontánea no siempre era bien atendida y el monitoreo virtual resultaba insuficiente<sup>16</sup>.

En Quimilí la presencia del MoCaSE ha permitido el acceso a la interrupción de muchas mujeres, a través de consejerías o talleres de género. En palabras de una de las referentas del área de salud de la organización, “hubo más uso de la ley que banderas”. A pesar del tabú que impera en la comunidad para mencionarlo, el aborto fue y es una práctica. Por otra parte, sus integrantes no dudan en acompañar a quienes lo necesiten articulando con Socorristas en Red o profesionales de la salud de confianza.

Al igual que en Mendoza, la oposición de efectores de salud y del número de objetores en el sector público hace que la solicitud de IVE/ILE sea mejor contenida a través de la línea 0800 de Nación o por las mismas organizaciones, antes que a través de una consulta en persona.<sup>17</sup> Hubo casos en que se encontraron con intentos de disuadir de la decisión de abortar, aun en casos de violación. Tal fue el caso de María<sup>18</sup> en 2020, una niña de 12 años quien solicitó una ILE en el UPA de Villa Griselda, La Banda, y se la negaron. Tras la intervención del área de Fortalecimiento Familiar de la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia se determinó que la médica había mentido en la edad gestacional y en la causal, para impedir que María ejerciera su derecho a ser niña, no madre<sup>19</sup>.

Previa a la sanción de la ley, en la provincia de Jujuy funcionó una gran red de militancia en las consejerías locales. En articulación con la Red de Profesionales por el derecho a Decidir y a la agrupación de Socorristas en Red, aseguraron la aplicación de la ILE en la mayor cantidad de zonas de ese territorio. Las mujeres de comunidades rurales mencionaron en los encuentros para esta investigación que prefieren que se les realice un AMEU<sup>20</sup> con internación antes que el aborto medicamentoso, ya que las grandes distancias y las deficientes vías de acceso a un centro de salud cercano son inconvenientes frente a una emergencia o el seguimiento de la intervención. El combipack<sup>21</sup>,

16 Entrevista a la Dra. Valentina Albornoz, titular del Programa Provincial de Salud Reproductiva.

17 Entrevista a Pedro Carrizo, director del Programa Materno-Infantil de Santiago del Estero.

18 El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la niña.

19 Carbajal, M. (20 de mayo de 2020). Le niegan la ILE a una niña de 12 en Santiago del Estero. Página 12 [enlace](#)

20 La aspiración manual endouterina (AMEU) es un método quirúrgico mediante el cual se puede realizar una interrupción de embarazo. De acuerdo con las semanas de gestación, se realiza la aspiración del contenido del útero de forma ambulatoria o con internación.

21 El combipack es un método medicamentoso mediante el cual se puede realizar una interrupción del embarazo. Está compuesto por un blister que combina mifepristona y misoprostol. Diez días posterior a su ingesta, se recomienda una revisión de seguimiento.

sin embargo, es el preferido por el personal de salud porque no deja restos en el cuerpo de las pacientes. La Red Puna considera que la decisión de no gestar es un derecho de la mujer y un asunto de salud pública pero dentro de la organización aún produce mucha tensión el debate.

En el Hospital de San Antonio, Misiones, el equipo de salud es objetor. Por lo tanto, quienes opten por interrumpir su embarazo deberán desplazarse hasta Pozo Azul, una localidad a 100 km de distancia. La vigencia y cercanía de la Ley 27.610 todavía está atravesada por sesgos morales y religiosos que, en algunos casos, obstaculizan la apropiación de derechos conquistados. Aun así las organizaciones sociales toman la decisión política de acompañar el plan de vida de sus integrantes.



# los agrotóxicos en la vida reproductiva

# 3

# los agrotóxicos en la vida reproductiva

Para las mujeres que conocimos en las localidades de Quimilí, Abasto, San Antonio, Bernardo de Irigoyen y Jocolí los abortos espontáneos, los nacimientos con malformaciones y el aumento de enfermedades graves son experiencias conocidas. No en Jujuy.

En 2015 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia advirtió que “existen vínculos documentados entre la exposición prenatal a sustancias químicas ambientales y los resultados adversos para la salud”<sup>1</sup>. En agosto de 2023 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos recibió un informe del Centro de Derechos Reproductivos y otras organizaciones en el que se señala la evidencia científica sobre las consecuencias de la exposición al glifosato y otros pesticidas. Los impactos en la salud humana, especialmente en la salud reproductiva, incluyen “trastornos de fertilidad, abortos involuntarios, nacimiento de niños y niñas con bajo peso, riesgo de parto prematuro, preeclampsia, aumento de hospitalizaciones post parto por infecciones en mujeres, malformaciones congénitas, infecciones y hasta aumento en la probabilidad de muerte de recién nacidos”<sup>2</sup>.

---

1 FIGO (20 de octubre de 2015) Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia contra tóxicos químicos ambientales. REDUAS [enlace](#)

2 Centro de Derechos Reproductivos (11 de agosto de 2023). Comisión Interamericana de Derechos Humanos recibió evidencia de las violaciones a derechos humanos en América Latina por el uso de glifosato y otros pesticidas [enlace](#)

Los marcos regulatorios que deben proteger a la población de las fumigaciones terrestres o aéreas son débiles o no suelen ejecutarse, aunque hay resoluciones en algunas provincias y municipios que restringen la fumigación por zonas como en Bariloche o Gualaguaychú<sup>3</sup>. Dos provincias prohibieron el uso de glifosato en todo su territorio: mientras que la Ley de Promoción de Producción de Bioinsumos sancionada en Misiones promueve la producción de productos biológicos naturales y prohíbe el glifosato a partir de 2025, Chubut lo prohibió desde 2020.

En la Argentina, las personas gestantes expuestas a los agrotóxicos “tienen el 75% más de probabilidades de sufrir un aborto involuntario durante el primer trimestre de la gestación”. Se usan en nuestro país “340 ingredientes para la formulación de plaguicidas y 120 no están aprobados por la Unión Europea”<sup>4</sup>.

En los inicios de la producción en base a transgénicos en el país ingresaban 3 litros de glifosato por hectárea por año. En la actualidad el promedio es de 15 litros por hectárea por año y para el algodón hasta 40 litros<sup>5</sup>. El incremento está ligado estrechamente a la expansión de la frontera agrícola a través de desmonte y monocultivo<sup>6</sup>. La exposición a agrotóxicos es inevitable: directa en las áreas rurales e indirecta en zonas urbanas o periurbanas<sup>7</sup>.

Según un estudio presentado por el Instituto de Salud Socioambiental (InSSA) en el VII Congreso Internacional de Salud Socioambiental de Rosario en 2023, los abortos espontáneos se triplicaron en la región agroindustrial Centro y Sur de Santa Fe entre 1996 y 2018 (plazo contemplado por el estudio) y escalaron de 6 a 17 por año. “Es importante destacar que los abortos espontáneos en los primeros tres meses de gestación son los que en la bibliografía científica están más vinculados a la exposición a tóxicos presentes en el ambiente”, señaló Facundo Fernández, uno de los investigadores del Instituto.<sup>8</sup>

---

3 Mapa Legal CREA, declarado de interés por el Honorable Senado de la Nación. Recuperado del [enlace](#)

4 Idem.

5 Marino, D. (10 de junio de 2019) Científicos de la UNLP advierten que el glifosato está en todos lados. Investiga Ciencia y Tecnología UNLP [enlace](#)

6 Informe del INTA sobre uso de agrotóxicos: la producción por encima de la salud y el ambiente (3 de noviembre de 2022). Agencia de Noticias Tierra Viva [enlace](#)

7 Rosende, L. (29 de octubre de 2023) No es solo algo rural: el glifosato ya llegó a los habitantes de CABA. Tiempo Argentino [enlace](#)

8 Página 12 (17 de junio de 2023). En pueblos fumigados los abortos espontáneos se triplicaron [enlace](#)

## Santiago del Estero

Santiago del Estero es una provincia eminentemente rural con una población urbana por debajo de la media nacional<sup>9</sup>. Con la aridez característica, la agricultura industrial se realiza en unidades medianas y grandes establecimientos dedicados al cultivo de oleaginosas. Las familias campesinas se dedican a la cría de ganado caprino y porcino mientras sostienen pequeñas huertas para su consumo cotidiano.

La expansión de la frontera sojera por parte del empresariado agrario sobre los terrenos de las familias campesinas e indígenas derivó en una serie de conflictos por la tenencia de la tierra que dieron origen a la organización del MoCaSE, hace más de 30 años. Miles de familias organizadas “comenzaron a frenar las topadoras, enfrentar guardias privados y se transformaron en un actor social que enfrentó a los empresarios, al poder judicial y político”<sup>10</sup>. Parte de sus demandas hoy se vinculan con el uso indiscriminado de agrotóxicos en zonas urbanas y periurbanas, como es la localidad de Quimilí, que se encuentra rodeada por plantaciones de soja, maíz y algodón.

Una ley provincial le da la razón al MoCaSE, ya que restringe las fumigaciones aéreas a 3.000 metros de esas zonas y a 500 metros para la fumigación terrestre<sup>11</sup>. También hay un decreto reglamentario que avala el otorgamiento de excepciones, salvo cuando en las inmediaciones existan centros educativos, de salud, recreativos o habitacionales<sup>12</sup>. Las organizaciones vienen denunciando su incumplimiento. En respuesta conformaron la Mesa Provincial de Agrotóxicos y Salud integrada por el Comité de Emergencia para Atención de Casos de Conflictos de Tierra, el MoCaSE, integrantes de la Universidad de Santiago del Estero y del Conicet, la UTT y familias campesinas autoconvocadas<sup>13</sup>.

Las fumigaciones permanentes han llevado el glifosato y otros plaguicidas a las plazas, las escuelas y las napas de la comunidad. “Pasan las avionetas fumigando y se siente un olor muy fuerte”, dice Dora, una de las enfermeras de la

9 Dirección Nacional de Población. (2020) Reporte de estadísticas demográficas y sociales de Santiago del Estero. Ministerio del Interior Argentina [enlace](#)

10 Aranda, D. (4 de agosto de 2010). El Mocase, un hito en la defensa de la tierra. Página 12.

11 Ley Provincial de Santiago del Estero N. 6.312

12 Decreto Reglamentario Serie “A” N° 003 de la Provincia de Santiago del Estero.

13 La Vaca (20 de marzo de 2020). Santiago del Estero, sin aislamiento social: en plena pandemia siguen fumigando con venenos [enlace](#)

salita. Como organización, el MoCaSE ha analizado el suelo de las plazas del centro, el agua y la sangre y los resultados fueron alarmantes. Los niveles superan el mínimo permitido pero la municipalidad subestima el asunto. Al ser una intoxicación silenciosa y prolongada, el personal de salud no suele asociar los síntomas a los agrotóxicos cuando la población acude por cefaleas, desregulaciones endocrinas o pérdidas de embarazo y tampoco se realizan análisis para definir el origen de esas afecciones. Las cabras nacen con malformaciones. En los animales empezaron a ver primero los efectos. Después, en sus hijos e hijas. Los abortos espontáneos de embarazos casi a término son realidades que en los hospitales explican como “parte de la vida”<sup>14</sup>.

En el Programa Materno Infantil de la provincia no registran datos vinculados a agrotóxicos ya que, indican, es competencia del Área de Medioambiente del Ministerio de Salud provincial<sup>15</sup>. Sin embargo, el MoCaSE menciona que las denuncias que han presentado en la justicia están todas frenadas.

Cada una de las mujeres campesinas con las que conversamos puede relatar una historia cercana de enfermedad que vinculan con los agrotóxicos. Romina cuenta que tienen “compañeras con muchísimos años de formación, que después de mucho tiempo han comenzado a sospechar de las causas de malformación de sus hijos o nietos”. También vinculan fallecimientos a causa del cáncer, con situaciones muy concretas de exposición a los venenos, en la zona de Pinto y en la zona de Quimilí.

La posibilidad de la denuncia es un problema para los y las trabajadoras de la tierra, ya que en muchos casos tienen un patrón y temen perder sus puestos laborales si cuestionan el uso de agrotóxicos o si exigen mejores condiciones de protección. Para Nicolás, referente de la organización, los quimilenses han optado por la resignación o la “negación estructural” de la realidad que los invade “porque en la práctica somos todos parte de esta realidad: mis hijos juegan en la misma plaza que está contaminada y no puedo no llevarlos”.

Leticia dice que las fumigaciones son una forma de desalojarlos de sus territorios. Porque, si bien muchas de las familias campesinas practican la siembra agroecológica y a pequeña escala, la presencia de soja en los sembradíos

14 Agencia Tierra Viva (23 de febrero de 2021). Santiago del Estero: convivir con el glifosato [enlace](#)

15 Entrevista a Pedro Carrizo, director del Programa Materno-Infantil de Santiago del Estero.

cercanos y su posterior fumigación atenta contra la vida de sus huertos, de sus animales y la calidad del agua que consumen.

## Buenos Aires

El Cinturón Hortícola Platense es la franja productiva del periurbano de la ciudad de La Plata. Allí se producen más de 72 tipos de hortalizas que alimentan al conurbano bonaerense y otras regiones<sup>16</sup>. Dentro de ese territorio convive la producción con uso de pesticidas y agrotóxicos y la producción agroecológica sustentable. La organización Mujeres de La Tierra se dedica a esta última. Sus integrantes han sido floricultoras y frutihortícolas toda su vida, por lo que conocen de cerca las consecuencias de aplicar “remedio”<sup>17</sup> en las plantas.

Lorena, recuerda cómo su papá necesitaba ingerir un litro de leche fresca luego de “curar”, porque era lo único que le quitaba la sensación de sequedad en la garganta. “Antes venía un grupo a controlar en los campos que tuviéramos las medidas de seguridad para trabajar con agrotóxicos, pero depende del quintero” menciona Mariana. La mayoría sostiene que son los varones quienes “curan”, pero muchas veces lo hacen con la asistencia de sus compañeras y de los hijos o hijas de la familia. Mónica iba con su papá a fumigar cuando tenía 12 años.

## Misiones

“Se prohíbe la utilización del glifosato, sus componentes y afines en toda la provincia. Se establece que esta prohibición entra en vigencia luego de dos años desde su publicación oficial a los efectos de una transición progresiva del cambio cultural de los sistemas productivos”, se lee en el artículo 7 de la Ley de Promoción de Producción de Bioinsumos. El límite es 2025. A partir de ese año, la provincia de mayor producción industrial de yerba mate y té a nivel nacional y segunda productora de tabaco habrá hecho su transición hacia una agricultura sustentable.

---

<sup>16</sup> PRODERI (diciembre de 2020). Fortalecimiento productivo, comercial y organizacional de productores familiares de La Plata. Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca Argentina [enlace](#)

<sup>17</sup> Término coloquial utilizado entre las campesinas entrevistadas. Hacen referencia al pesticida que utilizan.

El director del Hospital de San Antonio, Franco Azula, sabe cuándo es temporada de recolección: “recibimos muchos casos de intoxicación cuando van a sacar tabaco o cuando van a manipular tabaco con humedad. Esos agrotóxicos ingresan al cuerpo y tenemos intoxicaciones severas, que justo se correlacionan con las épocas de cosecha. Y sabemos a qué se debe. Es parte de la rutina plantar tabaco y tener eso”<sup>18</sup>.

Las mujeres de Bernardo de Irigoyen, integrantes del MNCI, son en su mayoría trabajadoras registradas de empresas tabacaleras, pero no trabajan cuando están embarazadas. Saben que los agrotóxicos podrían dañar al bebé. Como empleadas registradas tienen el beneficio de la Obra Social del Tabaco. La percepción en la comunidad es que las instituciones tabacaleras trabajan en dos frentes, con la población y con la producción. Frente a la población, tienen una enorme influencia sobre la percepción del riesgo de la producción de tabaco. Pero lo que queda es el daño.

## Mendoza

Lorena se dedica a la agricultura a escala familiar. Su experiencia es compartida por otras mujeres de la zona: no tuvieron formación previa sobre el cuidado de la salud a la hora de fumigar, ni instrucciones sobre el uso de equipo o protección. Un estudio del departamento de Geografía de la Universidad Nacional de Cuyo reveló que el 83% de quienes cultivan en las zonas productivas de Mendoza dijo saber que los agroquímicos pueden ser peligrosos para la salud pero solo el 33,9% utiliza elementos de protección y el 16,9% expresó que se coloca mascarilla o guantes “a veces”. Asimismo, el 96% de quienes respondieron la encuesta utiliza agroquímicos peligrosos y el 64% declaró haberse intoxicado mientras fumigaba<sup>19</sup>.

Las mujeres de Jocolí, trabajadoras rurales, mencionan experiencias de enfermedad, malformaciones y abortos espontáneos en la zona. Hasta hace dos años recuerdan haber visto pasar avionetas. Ahora, solo el “mosquito”<sup>20</sup> es el que

18 Entrevistado para esta investigación.

19 Gordillo, V. (26 de diciembre de 2022) El 96% de quienes cultivan en una zona productiva de Mendoza utiliza agroquímicos peligrosos. Universidad [enlace](#)

20 Término coloquial con el que se hace referencia al tractor fumigador.

distribuye agrotóxicos sobre las fincas grandes. Sin embargo, el Estado provincial y los centros de salud no tienen evidencia de la relación entre los abortos espontáneos y las fumigaciones<sup>21</sup>.

Los efectos colaterales del modelo agroindustrial y la introducción de este tipo de agrotóxicos en el suelo, el agua, el aire y, principalmente, sus impactos sobre la salud de las personas fueron apareciendo con los años. En general, “los trabajadores saben que se están enfermando, pero con tal de resguardar el trabajo no exigen ni preguntan nada”, dice Mercedes, quien lleva adelante una huerta comunitaria en su finca.

## Jujuy

La Dirección Provincial de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de Jujuy señala que las comunidades rurales y originarias no recurren al uso de agroquímicos y que en lo que se refiere a prácticas de cuidado para mantener los cultivos y mejorar la actividad agrícola se recurre al uso de productos orgánicos y naturales<sup>22</sup>. Pero conviven distintos modelos en el campesinado familiar e indígena: “sostienen un manejo ecológico en la producción de los alimentos que destinan para autoconsumo y, al mismo tiempo, comercian en mercados, ferias y negocios de los pueblos”, estos últimos como parte del paquete transgénico<sup>23</sup>.

El colectivo de la Red Puna sostiene una agricultura para consumo familiar. Sus integrantes se dedican mayormente a la cría de llamas y alpacas para la explotación textil, por lo que no están en contacto directo con agroquímicos. Los abortos espontáneos suceden pero las mujeres lo explican como una consecuencia del exceso de fuerza en las tareas rurales.

---

21 Entrevista a Valentina Albornoz, directora del Programa Provincial de Salud Reproductiva.

22 Información brindada por la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia de la Provincia de Jujuy a través de un Pedido de Acceso a la Información ejecutado por CELS Argentina en el mes de julio de 2023.

23 Agencia Tierra Viva (18 de octubre del 2023). Radiografía de Jujuy: ingenios azucareros, agroecología y disputa por los territorios [enlace](#)



### En Jujuy

A diferencia de las comunidades de otras regiones, las mujeres de la Red Puna no están en contacto directo con agroquímicos. Los abortos espontáneos suceden pero ellas los atribuyen al exceso de fuerza en las tareas rurales.

# recomendaciones para la implementación de políticas públicas

# 4

# Recomendaciones para políticas públicas

El Estado Nacional tiene el rol de definir cómo se puede controlar, atender, tratar y curar la salud de las personas. Junto con las provincias y los municipios tienen la responsabilidad compartida de garantizar el derecho a la salud. Para aportar a ese objetivo, compartimos una serie de propuestas que fueron elaboradas con las comunidades campesinas que participaron de este informe.

## 1.

**Diseñar políticas públicas en salud desde una perspectiva integral focalizada en las particularidades de la población rural, que considere especialmente las distancias, el modo de vida y la cultura. En particular, el Estado debe:**

Reforzar las unidades itinerantes de atención a la salud para acercarse a las comunidades, como parte de una coordinación con el resto del sistema de salud que le permita a las personas tener controles preventivos para evitar enfermedades, así como seguimiento y tratamiento de sus afecciones, todo acorde a sus necesidades.

Diseñar un esquema de seguimiento y acompañamiento en la atención que permita continuidad en el control de la salud. Considerar la situación de las mujeres que trabajan estacionalmente en las localidades y facilitar una forma de registro de su historia clínica que les pertenezca y permita seguir con su atención en los lugares donde se desplacen.

Establecer procedimientos claros que resuelvan la unificación de circuitos dentro del propio sistema de salud entre los distintos niveles de atención.

Fortalecer los centros de salud del primer nivel de atención para el abordaje de la salud de forma preventiva.

Capacitar a los equipos de salud para trabajar en la escucha de las usuarias, como parte de un proceso de confianza y comunicación, que les permita llegar a un consentimiento informado, respetuoso de sus tiempos y sus derechos.

Garantizar insumos médicos, medicamentos y métodos anticonceptivos para efectivizar el derecho a la salud en el primer y segundo nivel de atención.  
Capacitar al personal de salud en AMEU.

Proporcionar un sistema de seguimiento para la salud sexual reproductiva que se ajuste a las necesidades de las mujeres y personas gestantes. Brindar información y asistencia, respetuosa de la confidencialidad médica.

Realizar campañas de información sobre acceso a derechos y capacitar a los equipos de salud sobre la ley de derechos del paciente y la ley de interrupción voluntaria del embarazo.

Continuar con la aplicación del Plan ENIA, una política pública ejemplar para la prevención del embarazo adolescente que se encuentra en riesgo al cierre de este informe.

Capacitar a los equipos de salud, promotoras de género y salud, referentes de las organizaciones sociales sobre derechos humanos.

Abastecer de parteras y obstetras a las comunidades, quienes prestan servicios en todas las instancias de los procesos obstétricos para garantizar que todas las personas puedan parir como elijan, respetándose sus tiempos y sus propias necesidades.

## 2.

**Articular con las organizaciones sociales y comunitarias que son, muchas veces, la condición de posibilidad de acceder a los derechos.**

Las organizaciones sociales funcionan como el puente para llegar al primer nivel de atención a la salud, al ANSES y a la justicia ante las situaciones de violencia. Muchas veces garantizan el plato de comida, así como dan apoyo escolar y juegos para niños y niñas. Son el telar de solidaridad y afecto en un tejido social cada vez más desintegrado. En ese contexto, es necesario:

Reconocer y fortalecer el rol de las promotoras de salud y de género.

Fomentar los canales de diálogo con las organizaciones, atendiendo a sus propios protocolos y sus procesos formativos.

Garantizar la representación de las organizaciones campesinas e indígenas en las mesas de trabajo y los espacios de definición de políticas públicas que afecten a sus comunidades.

### 3.

**Implementar un sistema integral de cuidados, donde se garantice que brindarlos y recibirlos pueda ejercerse independientemente de la condición social, económica, laboral, de género, de capacidad y de ubicación geográfica.**

Reconocer el rol de las cuidadoras comunitarias, cuyo trabajo militante surge por ausencia estatal. Es necesario tanto el reconocimiento a través de una remuneración para quienes ponen su fuerza de trabajo, como el presupuesto para el mantenimiento de los espacios e insumos necesarios para el desarrollo de esa labor.

### 4.

**Sensibilizar sobre la necesidad del autocuidado destinado a mujeres, promotoras de salud y de género y referentes sociales como condición fundamental para el goce del derecho a la salud.**

### 5.

**Implementar la normativa existente sobre uso de agrotóxicos y prohibición de fumigaciones en zonas pobladas, sancionando su incumplimiento.**

Relevar la incidencia del uso de agrotóxicos como factor determinante de la salud en la zona de pertenencia de la persona usuaria, para diagnosticar su efecto en patologías y enfermedades existentes.

Profundizar la investigación sobre la incidencia de los agrotóxicos en la salud de las poblaciones.

## **anexo**

# **leyes y convenios que protegen nuestro derecho a la salud**

## pactos y convenios internacionales

**PIDESC** (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). En su Observación General N° 14 indica que el derecho a la salud abarca e interrelaciona estos elementos: la disponibilidad y accesibilidad (tanto física como económica) de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, que deben ser aceptados culturalmente por la comunidad y respetuosos de la ética médica y deben ser de calidad.

**CADH** (Convención Americana sobre Derechos Humanos) y su protocolo adicional: “Protocolo de San Salvador”. En su Art. 10 expresa que todas las personas tenemos derecho a la salud, comprendiéndola como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Asimismo, refiere al compromiso que los Estados deben ejercer para reconocer a la salud como un bien público.

**CDN** (Convención de los Derechos del Niño). En su Art. 24 señala que los Estados deben reconocer el derecho de los niños y las niñas como el disfrute del nivel más alto de salud, y para ello esforzarse por asegurar que ninguno de ellos sea privado del acceso a los servicios sanitarios. Todas las medidas eficaces y apropiadas tienen que ser ejecutadas para abolir las prácticas tradicionales que puedan ser perjudiciales para su salud.

**CEDAW** (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer). En su Art. 12 insta a los Estados a adoptar las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar igualdad de género en el acceso a los servicios. En pos de conseguirlo, los servicios de salud reproductiva deberán ser garantizados por los Estados, proporcionando su gratuidad de ser necesario, así como una nutrición adecuada en las etapas de embarazo y lactancia. Además, en su Recomendación General N° 24 sobre la Mujer y la Salud, insiste en que la atención médica para la mujer debe tener en cuenta: factores biológicos; factores socioeconómicos; factores psicosociales; y confidencialidad de la información.

**Convención Belem do Pará** (Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres). En su Art. 1 define a la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. De forma complementaria, en su Art. 2 enuncia las distintas formas en las que puede expresarse este tipo de violencia, sea en el ámbito privado como en el público, contemplando expresamente los establecimientos de salud y sus agentes. La Convención también detalla las obligaciones inmediatas y progresivas de los Estados y obliga a incluir en los informes anuales que se envían a la Comisión Interamericana de Mujeres, información sobre las medidas adoptadas para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer. El Mecanismo que sigue su cumplimiento es el MESECVI.

## resoluciones y leyes nacionales

**Resolución Ministerial 844/2022 Programa Nacional de Salud Comunitaria.** Se propone ampliar y profundizar líneas de intervención de salud a nivel comunitario, promover la salud a través de la acción intersectorial y la prevención de enfermedades de la población.

**Resolución Ministerial 1036-E/2016 Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.** Fue creado para fortalecer la atención primaria de la salud en las comunidades indígenas a través del otorgamiento de becas de formación y capacitación a su población.

Resolución de la Procuración General de la Nación N°1617/17 Promotoras y promotores Territoriales en Género. RE.TE.GER. Consiste en un proyecto de formación de referentas barriales para la difusión de los derechos humanos de las mujeres y personas LGBTIQ+, y la problematización y prevención de la violencia machista en zonas de alta vulnerabilidad social.

**Ley 25.673 Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación.** Su principal objetivo consiste en garantizar el acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva. Propone disfrutar de

una vida sexual sin violencias, así como prevenir embarazos no deseados; contribuir en la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA; y patologías genitales y mamarias. En sus Arts. 6 y 7 (reformados por el Art. 8 de la Ley 26.130) establece la prescripción y suministro a demanda de la población de una amplia variedad de métodos anticonceptivos (MAC). La canasta MAC fue incluida en el Plan Médico Obligatorio (PMO) y su cobertura debe ser gratuita tanto por obras sociales como por prepagas nacionales.

**Ley 25.929 de Parto Humanizado.** Las obras sociales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, e incorporarlas al Programa Médico Obligatorio. La ley hace referencia a los derechos de las madres y padres, y de la persona recién nacida.

**Ley 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.** Establece que todas las personas menores a 18 años pueden ejercer en forma plena todos los derechos reconocidos por las normas nacionales y los tratados internacionales de derechos humanos, entre ellos: tener una identidad, acceder a la educación, vivir en familia, ser cuidados, no sufrir discriminación ni otras formas de violencia, ser escuchados y poder expresarse libremente.

**Ley 26.130 Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica.** Dispone que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de ‘ligadura de trompas de Falopio’ y ‘ligadura de conductos deferentes o vasectomía’ en los servicios del sistema de salud. Dichas intervenciones de contracepción quirúrgica deben ser realizadas bajo consentimiento del requirente y sin cargo en el caso del sistema público de salud.

**Ley 26.150 Educación Sexual Integral.** Las y los estudiantes tienen derecho a recibir educación sexual integral en las escuelas de gestión estatal y privada de las jurisdicciones: nacional, provincial, municipal y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se entiende como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

**Ley 26.485 Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.** Tiene como objetivo la erradicación de la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos. Para ello se propone el desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional que contemplen: la remoción de patrones socioculturales que promueven la desigualdad de género; el acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia; y la asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en la realización de actividades programáticas en los servicios especializados de violencia.

**Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.** En su Art. 2 dispone que los siguientes derechos esenciales constituyen la relación entre el paciente y el efector de la salud: la asistencia al paciente sin distinción alguna, su trato digno y respetuoso, resguardo de su intimidad y confidencialidad, autonomía de su voluntad, acceso a la información sanitaria necesaria, y la posibilidad de interconsulta sanitaria.

**Ley 27.610 Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.** Establece que las personas con capacidad de gestar tienen derecho a: decidir sobre la interrupción de su embarazo; requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud; recibir atención postaborto, sin importar si el aborto hubiera sido contrario a los casos legalmente habilitados; prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces. Los plazos se garantizan hasta la semana 14 del proceso gestacional, o hasta la semana 15 en caso de violación o de peligro de salud de la persona gestante.

**Ley 26.934 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos.** Sus principales objetivos son: prevenir los consumos problemáticos mediante la actuación directa del Estado; asegurar la asistencia sanitaria integral y gratuita a los sujetos afectados; e integrar y amparar socialmente a los sujetos que hayan sido afectados por algún consumo problemático.

**Organizarse para cuidar**

Para achicar distancias y responder a las ausencias, en las comunidades campesinas la ayuda mutua es protagonista de la salud de las mujeres y de sus familias.

## **campesinas** organización para la salud

### **coordinación**

Lucía de la Vega

### **investigación y escritura**

Daiana Aizenberg y Agustina Bender

### **asesoramiento metodológico**

Federico Ghelfi y Lucila Szwarc

### **edición**

Vanina Escales

### **diseño**

Mariana Migueles

### **diagramación**

Carolina Marcucci

### **edición de fotografía**

Jazmín Tesone

### **foto de portada**

Irupé Tentorio

### **fotografías interiores**

págs. 6, 21, 30 y 38

equipo de investigación

pág. 57

Matías Sarlo

## **cels.org.ar**

**Centro de Estudios Legales y Sociales**

Piedras 547, 1er piso

C1070AAK Buenos Aires, Argentina.

Tel/fax: +54 11 4334-4200

e-mail: [consultas@cels.org.ar](mailto:consultas@cels.org.ar)



