



Nuestra salud sexual y no reproductiva también es una urgencia (con o sin pandemia)

Por Milena Amira Molaheb¹

Resumen

El presente artículo intentará registrar una experiencia de una asesoría en salud sexual integral en un centro de salud en Florencio Varela, atravesada en su totalidad por la contingencia COVID-19 y los múltiples discursos que se vienen articulando desde el inicio de la cuarentena. De esta manera, el acompañamiento de las interrupciones y la concretización de los derechos sexuales y no reproductivos en mujeres y personas no gestantes en plena pandemia nos interpela a reconsiderar cómo pensamos “las urgencias” en salud y el lugar que tiene el primer nivel de atención para pensar una estrategia territorial de salud colectiva, repensando nuestros procesos de intervención profesional. A su vez, también se rescatan los aportes del movimiento feminista para pensar nuestro ejercicio profesional y las potencias de construir prácticas en salud colectiva.

Palabras claves: Derechos sexuales y no reproductivos, Accesibilidad, Salud colectiva, Conurbano.

Introducción

Escribo este ensayo con el objetivo de intentar correrme de lo “académicamente correcto” y animarme a dejar interpelar(me) por las preguntas o reflexiones que fueron surgiendo en los últimos días en mi práctica profesional. Afirmarme como parte de un

¹ Lic. en Trabajo Social (UNLP). Residente de Ministerio de Salud PBA, inserta en el primer nivel de atención en la residencia PRIM Florencio Varela desde 2017. Adscripta en la materia Salud Colectiva (FTS-UNLP). aamira.molaheb@gmail.com

equipo de salud interdisciplinario que trabaja en el primer nivel de atención en salud pública en Florencio Varela me obliga a pensar a la salud desde una mirada de totalidad, donde la categoría de género impregna y otorga sentido a los procesos de intervención profesional junto a las categorías de clase y etnia. Pero también el coronavirus y su irrupción en nuestro país (y sus múltiples transformaciones en la vida cotidiana de todes) hace que les feministas tengamos que nombrar con más fuerza aquello que el patriarcado quiere silenciar: los abortos clandestinos, los femicidios o la distribución desigual de las tareas de cuidado en los hogares. Por eso, mis reflexiones van a estar atravesadas por mi trayectoria como trabajadora de la salud pero, a la vez, en contacto con un análisis macro ya que no puedo desconocer las estructuras patriarcales y capitalistas que organizan nuestra vida social.

Espero que este escrito pueda reflejar algunos de los debates, interrogantes o reflexiones incipientes que venimos construyendo con mis compañeres en Florencio Varela. Hablo en plural porque nunca un discurso o una práctica profesional son aislados de todo el bagaje y la impronta que traen nuestras trayectorias personales (que reflejan nuestras experiencias colectivas). Una de las enseñanzas que me llevó de la pandemia es la apuesta (y la imperiosa necesidad) de empezar a construir otros procesos de conocimiento que se alejen de las verdades inamovibles, absolutas (producto de la modernidad) y animarnos a construir conocimiento colectivo, un conocimiento que parta de nuestra propia experiencia y trayectoria; que no son más que expresiones de experiencias y trayectorias colectivas dentro del feminismo.

Es por eso que me resulta interesante esbozar algunas líneas en lo que viene siendo nuestra experiencia como equipo de salud en torno a generar la *accesibilidad*² de los derechos sexuales y (no) reproductivos de mujeres o personas gestantes en el corazón del Conurbano bonaerense, teniendo como marco el avance de una pandemia y en una lucha a contrarreloj para garantizar que el sistema público de salud pueda absorber la demanda acuciante. Pensándolo desde una epistemología feminista, es necesario pensar nuevas respuestas o encontrar alternativas dentro de los discursos hegemónicos y nombrar aquello que el patriarcado quiere ocultar: aún hoy, las mujeres y personas gestantes seguimos abortando en la clandestinidad o nuestras cuerpos siguen estando expuestas a la violencia machista.

² Esta categoría la pienso a la luz de los aportes de Comes et al. (2006) cuando suponen la *accesibilidad* como una relación entre los servicios y les usuaries en la que, dicha relación, tienen posibilidad o imposibilidad de encontrarse.

El discurso de “quédate en casa” muchas veces supone convivir con quién nos agrede, generando una “romantización” del hogar como espacio privilegiado para atravesar la cuarentena donde queda demostrando que para muchas mujeres representa una trampa mortal. También tenemos que nombrar las prácticas inseguras o clandestinas que circulan en los barrios y que fuerzan a mujeres y personas gestantes a poner en jaque sus cuerpos ante el deseo de interrumpir una gestación no deseada. Este escenario se nos presenta en tiempos donde las calles las controlan las fuerzas de seguridad a toda hora para “nadie salga de sus casas” o ejercen abuso de autoridad en cada ocasión que pueden mostrando el carácter clasista, racial y sexista de sus prácticas de control y disciplinamiento. Es notorio que la militarización de la vida cotidiana haga que denuncies a tu vecine porque “rompe la cuarentena”, pero si escuchas gritos o situaciones de violencia en tu vecindario lo remitas a una cuestión “privada”.

¿Qué pasa con las mujeres o disidencias sexuales que el discurso “quédate en casa” les expone más a la violencia hereropatriarcal o a la vulneración de derechos? ¿Qué medidas pueden construirse desde el Estado para alojar esta problemática? ¿Qué estrategias podemos construir desde los territorios para dar “respuesta” a problemáticas que son estructurales? ¿Cómo hacer para sostener acompañamientos de abortos o situaciones de violencia en el primer nivel de atención en salud? Es necesario enunciar estas preguntas para (re)pensar algunas líneas de intervención ya que hoy en día la política pública actual vuelve a caer en una mirada *esencialista* de la problemática de género (el problema es de quién le acontece), reforzando el discurso de lo privado/lo íntimo sobre “lo que pasa en cada casa”, desconociendo que la violencia patriarcal es estructural en nuestra sociedad y viene pisoteando nuestros derechos y autonomía, donde en estas coyunturas se recrudece su mecanismo de ejercicio del poder; ya que cada vez que hablamos de género intrínsecamente vamos a estar hablando de poder. De este modo, proponernos en sostener espacios de escucha y acompañamiento ante situaciones de violencias en el primer nivel de salud y exigir presupuesto a políticas pblicas concretas resulta fundamental para garantizar el acceso a derechos básicos, aún en tiempos de pandemia porque el patriarcado no se toma vacaciones durante esta coyuntura.

Desde que arrancó la cuarentena, se registraron 36 femicidios en todo el país dejando expuesta la falta de alternativas para quiénes están en una situación de violencia por fuera de los llamados telefónicos o el botón antipánico. Como si fuera sencillo mantener una línea paga de telefonía móvil cuando el 75% de las personas en Florencio

Varela viven de trabajos informales y no pueden salir a trabajar por la cuarentena, y la mayoría de quienes registran estos empleos precarios son mujeres. Es necesario que se destine presupuesto para sostener refugios y políticas públicas que apuntalen la autonomía económica de las mujeres en situación de violencia. De esta manera, retomando a Ana María Fernández (2009), es necesario que desnaturalicemos aquellos invisibles sociales que permiten y legitiman la violencia contra las mujeres y disidencias porque *las violencias cotidianas también son violencias políticas*.

Miércoles 18 de marzo del 2020. Hace tres días, el presidente de nuestro país decreta el distanciamiento social preventivo como medida de prevención de masividad de contagio del COVID-19 y se cerraron las escuelas, universidades, espectáculos públicos, bares, restaurantes, se restringió la circulación en la calle y los negocios que quedaron abiertos imponían medidas de tránsito restringido. Los centros de salud en Florencio Varela se transformaron en espacios de asamblea permanente entre sus miembros y la primer premisa que baja la Secretaría de Salud del municipio a los equipos es “*acotar/restringir la circulación de personas en las instituciones*”, anulándose los dispositivos grupales o los espacios de atención para darle lugar solamente a “*las urgencias*”.

Casi sin problematizar sobre qué implicaba una urgencia, la primer pregunta qué nos empezamos a formular día anteriores fue: “¿Qué hacemos con asesorías, que tenemos ya citadas a 4 mujeres para el grupo y explicarles el procedimiento?”. Cómo equipo decidimos sostener ese espacio porque las gestaciones estaban avanzadas y queríamos encuadrarlas en el protocolo ILE para que las interrupciones se llevarán de forma ambulatoria, para comodidad y facilidad de las usuarias³. Luego, en qué iba a devenir el funcionamiento de dispositivos y de los acompañamientos en curso era todo una incógnita a resolver el miércoles con todo el equipo. Sostener los acompañamiento en las decisiones de autonomía en mujeres y personas gestantes siempre fue una premisa del equipo, ahora nos tocaba elaborar cómo llevarlo adelante en medio de una pandemia y un discurso socio-sanitarista donde prima “*la urgencia*” y parece ser que no existen otras problemáticas de salud (o que “*hacen*” a la salud como lo es la vivienda, la alimentación, la falta de una red de agua potable, la informalidad en el trabajo, entre otros).

³ En este momento, me refiero al grupo referido con el género femenino porque se auto perciben como mujeres cis, cuestión que siempre intentamos rastrear entre les usuaries cuando tenemos la primer entrevista con ellos.

La llegada al centro de salud ese miércoles tuvo una impronta particular: puertas cerradas, llovizna y nubes grises, varias personas (la mayoría mujeres) esperando afuera a ser atendidas, la circulación dentro del centro restringida al equipo de salud, incertidumbre de cómo manejarnos entre nosotres, mucho chiste como para desdramatizar la cuarentena y amortiguar el miedo. Cuando nos reunimos el equipo de asesorías, llegaron 4 situaciones nuevas con embarazos no deseados y que estaban esperando ser atendidas, sin que la cuarentena preventiva las limitará. Como equipo, quedamos un poco desconcentradas porque si ese iba a ser el ritmo de atención en plena cuarentena/pandemia iba a ser complejo de sostener todos los acompañamientos ya que las directivas de la Secretaria de Salud se renuevan a cada día y la incertidumbre y la ansiedad comienzan a ser compañeras cotidianas en el trabajo.

Parte de la mañana se nos fue armando red con las pocas asesorías en Varela para ver si ellas sostenían la atención, qué modalidad iban a tomar; otras atendíamos a las mujeres por una ventanilla dando órdenes de ecografías o mirando ecografías para derivar con todos los datos. Una compañera que estaba hablando con otra colega de otro centro de salud para realizar una derivación cuidada a dos de las mujeres y escuchó:

"Claro, sólo los centros quedan para atender urgencias y nosotres tomamos a las asesorías como un trabajo en urgencias porque acompañamos a mujeres que no aborten de forma insegura o poniendo en jaque su vida y eso es algo que no puede esperar, es una urgencia".

No hubo más que seguir argumentando para que nos dispusiéramos a organizar cómo iba a ser la atención del dispositivo durante el periodo de cuarentena y qué medidas de autocuidado y de cuidado de les usuaries iba a tomar el equipo de salud, en función de la coyuntura.

Desde acá, podría ponerme a reflexionar de la forma en que opera el patriarcado e invisibiliza, en los discursos y prácticas estatales, la vulnerabilidad de nuestra salud sexual y (no) reproductiva mostrando formas eficaces de violencia hacia mujeres y disidencias o cómo fueron las organizaciones sociales (en este caso, la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir) quiénes impulsaron la política de sostener la atención de las asesorías y luego el Ministerio de Salud se acopló a nosotres para luego dejar abierto algunos interrogantes y concluir. Pero la mañana en el CAPS transcurrió y nos dejó otra marca al equipo, que nos muestra por dónde es el camino cuando

hablamos de la potencia que tiene el feminismo para (re)pensar nuestras prácticas concretas y cómo es imperioso construir otras formas de intervención profesional.

En esa vorágine de derivaciones, turnos, llamados y cálculos del FUM, una de las mujeres a ser derivadas se descompone e ingresa al centro a tomarse la presión e ir al baño. Mientras esperaba en la puerta de enfermería, alguien de equipo se acerca y charla con ella para explicarle cómo iba a ser el tema de la derivación, a lo que nos pregunta si no podía atenderse allí con nosotres. Con todo nuestro pesar, le explicamos qué no podíamos admitirla porque se iba de nuestra área programática y ya teníamos bastante demanda en el dispositivo pero que le asegurábamos que la atendieran al otro día en otro centro de salud. Cuando sale otra compañera del baño, se vuelve a cruzar con esta mujer (que seguía esperando para que la atendiera enfermería) y le vuelve a preguntar por si no podía ser atendida con nuestro equipo, y ella le vuelve a explicar cómo veníamos funcionando pero también le pregunta si había algo en particular. Y en medio de un pasillo vacío, sin casi nada de circulación, ella nos cuenta que ese embarazo era producto de una violación en grupo hacia un mes por tres hombres en un boliche y que nunca había dicho nada sobre el asunto y el estar embarazada le daba vergüenza que se enterara su familia. Sin más para decir, cuando mi compañera vuelve al consultorio y cuenta la situación, no había área de influencia ni cronograma que nos haga negarle un espacio de escucha y acompañamiento con el equipo. Armamos las duplas de trabajo (todavía debíamos acompañar a otras 4 mujeres) y nos dispusimos a realizar las entrevistas, con todo este día sobre nuestras cuerpas.

Resulta difícil sintetizar algunas de las afectaciones que me fueron atravesando ese día, y cómo hoy en día, éstas se fueron resignificando con el trabajo en territorio. Ese día volví con una sensación de pesadez sobre mi espalda, registrando con crudeza la violencia a la que estamos expuestas todos los días solo por “ser mujeres” y hacer uso de nuestro derecho a salir a bailar o que nuestras cuerpas tengan la capacidad de gestar. También es cierto que la cuarentena no es la misma en el casco urbano de La Plata o en el Conurbano, y que las instituciones de salud muchas veces son el espacio de referencia y contención para muchas de estas trayectorias signadas por la violencia, la exclusión y el olvido.

Ese miércoles el registro y aprendizaje que tuvimos cómo equipo nos atravesó por las cuerpas, nos permitió reconocer la importancia que tiene la disponibilidad a la palabra y la escucha activa a otras problemáticas (por fuera del coronavirus) que hacen a la salud, como es el derecho a una vida sin violencias. También dimensionamos que el

patriarcado es un virus que está impregnado a nivel mundial, que se lleva nuestras vidas o nuestra autonomía y que acecha con más virulencia y ferocidad y que los estados callan o intentan invisibilizar; y es nuestra tarea romper con ese silencio cómplice en nuestras intervenciones profesionales. En tiempos donde se nos llama al aislamiento o la confinamiento individual, es fundamental romper con las lógicas que privatizan la violencia de género o niegan la posibilidad de decidir sobre nuestros cuerpos ya que expresan una problemática urgente de salud pública y no pueden ser delegadas a un segundo plano cuando siguen las prácticas clandestinas, matan a una de nosotras cada 30hs o la línea 144 explota de denuncias, pero solo se interviene en “la urgencia”. Por eso, las estrategias territoriales resultan un recurso imprescindible en la lucha contra la violencia porque nos dispone a tomar una posición activa en contra de los vínculos y prácticas sociales que nos inferiorizan, nos cosifican y vulneran nuestros derechos.

Porque para derrotar al patriarcado, como al coronavirus, va a ser necesario que construyamos redes de articulación territoriales para generar estrategias de salud colectiva dentro de los territorios pero a su vez, que exista un Estado que piense a la salud desde una mirada integral y no invisibilice nuestros derechos humanos básicos; garantizando su accesibilidad.

Bibliografía

- Cremona, F. (2013). ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? El género en la comunicación cotidiana, una articulación indispensable para la transformación social. En Revista *Discapacidad, Justicia y Estado*, N° 3, pp. 3-30. Disponible en <http://www.sajj.gob.ar/doctrina/dacf140019-cremona-que-hablamos-cuando-hablamos.htm>
- Fernández, A. M. (2009). *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. En *Anuario de Investigaciones*, N°14, pp. 201-209.