

CAPÍTULO 1

Campo de la salud y transfeminismos

*Marina Cabral, Mercedes Contreras, Clara Weber Suardiaz
y Laura Zucherino*

Introducción

La esperanza no apunta solo o siempre hacia el futuro,
sino que nos ayuda a seguir adelante cuando el terreno es difícil,
cuando el camino por el que vamos nos hace más complicado avanzar.
La esperanza nos apoya cuando tenemos que trabajar
para que algo sea posible.

Sara Ahmed, VIVIR UNA VIDA FEMINISTA

Con este material queremos compartir con ustedes algunas ideas que permiten analizar el campo de la salud desde una posición transfeminista.

Para iniciar, queremos remarcar que la perspectiva transfeminista no se agota en los abordajes y la accesibilidad en torno a 1) las personas de las disidencias sexo genéricas y 2) las prácticas sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que es un planteo más amplio que permite un cuestionamiento y análisis pormenorizado para transformar cualquier práctica sanitaria.

Esta postura epistemológica, entonces, incluye la producción de conocimiento, la epidemiología, la organización de un sistema, las relaciones laborales y el valor que se le da a algunas prácticas y dispositivos por sobre otros, el tratamiento que reciben las mujeres, las diversidades y los varones en el campo de la salud. La mirada transfeminista tiene que ver con la potencia que nos permite interpelar el campo y sus instituciones desde la tensión de la heterocisnormatividad-capacitismo- productivismo- androcentrismo¹, la expropiación del deseo frente la autonomía, el cuidado y los derechos como ejes centrales.

¹ Para estos conceptos retomamos los planteos de Moira Perez, quien explica que los procesos en salud generalmente se asientan en la reducción al cuerpo, una reducción a una parte muy específica del cuerpo que se identifica como "deficiente", "anormal" o necesitada de corrección. (Como ser la capacidad motriz, la talla, la forma de vivir, el género, etc.). En el campo de la salud el modelo médico hegemónico prepondera ese aspecto hiperbolizado del cuerpo de les

Este texto abordará la conformación del proceso de salud- enfermedad- atención- cuidado ligado al Modelo Médico Hegemónico, incluyendo las principales problemáticas del campo: medicalización, mercantilización, patologización-normalización, cuidados. Así como los aportes de las perspectivas transfeministas para pensar el campo de la salud también influenciado / condicionado por el patriarcado como sistema de opresión, en especial respecto de los cuerpos, los deseos, la autonomía y la soberanía en salud.

Figura 1.1



Nota: Imagen extraída de Pixabay. (<https://pixabay.com/es/>)

El recorrido de este texto introductorio supone entonces:

- 1) Identificar las características principales del campo de la salud.
- 2) Contribuir al fortalecimiento de competencias para la intervención crítica en el campo de la salud, mediante la recuperación de aportes teóricos, epistémicos y experienciales propuestos por las teorías transfeministas.

Campo de la salud

Lejos, lejos de casa
No tengo nadie que me acompañe
a ver la mañana
Ni que me dé la inyección a tiempo
Antes que se me pudra el corazón
Ni calienten estos huesos fríos, nena

Charly García, EITI LEDA

sujetos, donde se articula la hipercorporización con la patologización y el trabajo de “corrección” de los cuerpos para llevarlos nuevamente al terreno de lo “saludable” a fin de alcanzar la normalización. (Perez, M. 2019, p. 32)

Una primer premisa de la que partimos es el reconocimiento del carácter complejo del campo de la salud producto de la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Spinelli 2010, p. 276). Así como de su determinación sociohistórica que impacta en la configuración de saberes y prácticas articulados a los procesos de salud, enfermedad y atención - cuidado. El concepto de proceso salud-enfermedad-atención fue desarrollado inicialmente por el antropólogo argentino, Eduardo Menéndez y luego se incluyó la noción de cuidados. El mismo se refiere a:

El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causas específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos. (Menéndez, 2005, p. 2)

Para comprender la complejidad del concepto de campo tomamos los aportes de Pierre Bourdieu, quien plantea al campo como un espacio social estructurado de posiciones opuestas e interacciones objetivas centradas en la producción, distribución y apropiación de un capital común y específico. Les agentes que constituyen el campo poseen intereses específicos y comunes, que luchan dentro del mismo por la apropiación del capital, bajo reglas específicas. Es decir el campo de la salud se estructura a partir de las luchas de los diferentes actores definidos por diversos intereses muchas veces contradictorios: corporaciones médicas y profesionales, laboratorios, usuarios, políticas públicas, poder judicial, entre otras. Esta perspectiva es relacional y dinámica, donde hay límites y estructuras las cuales no son estáticas sino que se van configurando históricamente.

Hasta aquí y con la definición de campo que compartimos ¿Podés ubicar algunos elementos del campo de la salud actual? ¿Qué se disputa? ¿Cuáles son los actores principales? La noción de campo nos permite interrogar los momentos históricos específicos para caracterizarlos en profundidad.

Una segunda premisa es considerar a la salud como un derecho humano. Esto quiere decir que la misma es reconocida como tal en los corpus legales e internacionales. Asimismo, configura marcos de interpretación y de obligación hacia los estados. Su inscripción en la agenda pública - estatal requiere acciones positivas en materia de políticas públicas efectivas e integrales que incidan y transformen los accesos a la salud de las personas. En cuanto a su comprensión, desde la Declaración de ALMA ATA (1978) y la Carta de Ottawa (OMS, 1986) se insiste en que la salud se constituye como un producto social en la medida en que es un resultante y depende de esas acciones que realizan (a favor o en contra) los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones. Es decir que los procesos de salud-enfermedad- atención- cuidado son dinámicos y relacionales.

En continuidad con estas reflexiones, se entiende que sustentar las intervenciones socio-profesionales desde la perspectiva de derechos humanos, implica ofrecer condiciones de protección y acogida de todas aquellas personas que, por diversas razones, son objeto de discriminación, segregación y exclusión que lejos de favorecer su dignidad precarizan su vida. En esta dirección resulta indispensable cuestionar y remover las fronteras -barreras- lingüísticas, territoriales, étnicas, sociales, económicas y políticas. Es decir, es importante que las intervenciones socio-profesionales se funden en un análisis y argumento situacional e interseccional, que atiendan y se direccionen por la particularidad de los padecimientos y vulneraciones de derechos, no de forma universal ni homogeneizante.

Los principales problemas que acarrea la perspectiva hegemónica son: a) basar las intervenciones sobre los estereotipos vinculados a la capacidad/discapacidad; b) a pesar de los avances en legislaciones basadas en perspectiva de derechos aún existe una deuda al acceso a los derechos sexuales y reproductivos; c) la exposición e invisibilización de situaciones de violencia a las que son sometidas las personas consideradas diferentes, incluso en los medios institucionales que deberían cuidarlas; d) la no decisión sobre los propios cuerpos y la imposibilidad de retomar sus propias narrativas para pensar intervenciones situadas.

Es decir, se impone una praxis que trascienda el límite de lo jurídico y de la ética humanista que los funda de forma incondicional, para avanzar en una deconstrucción siempre en movimiento, interpelada por los acontecimientos y las formas de subjetivación contemporáneas frente a los diversos padecimientos, de esto se trata pensar intervenciones situadas.

Para concluir este apartado, también introducimos la noción de modelo médico hegemónico como constructo que estructura el campo de la salud y que veremos que colisiona con los planteos transfeministas. Si bien este es un concepto medianamente conocido, suele interpretarse de manera simplificada. Veamos algunas de sus elementos principales: biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, exclusión del saber del paciente. (Menendez, 2005)

Tiene cuatro funciones básicas: a) curativo/preventiva, b) normatizadora, c) de control y d) de legitimación. La función curativo/preventiva es reconocida por el saber médico y por los conjuntos sociales como la única función biomédica, ya que es la más frecuente y con la cual se identifica la práctica médica.

El resto de las funciones deberían operar a través de la curación y de la prevención. Las funciones de normatización y de control forman parte del trabajo con les “pacientes”, el establecimiento de un diagnóstico y la aplicación de medidas preventivas normatizan y controlan comportamientos.

La función, de la legitimación, se constituye en un proceso ideológico que se basa en la aplicación de políticas, recursos y actividades gestionadas desde el Estado a través de los servicios de salud y a la adquisición de medicamentos. Es decir, por un lado sostiene al sistema de salud pero a su vez toda una serie de actividades de atención a los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada, pese a ser frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población.

Esta estructuración del modelo médico hegemónico posibilita la exclusión o secundarización de lo político e ideológico de las problemáticas de salud/enfermedad. En este marco, tomar los conceptos de proceso de salud-enfermedad-cuidado y modelo médico hegemónico nos permite entender que:

- Tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos generan representaciones y prácticas y estructuran saberes.
- Reconocimiento de los sujetos y los grupos sociales como productores de sentido en dicho proceso.
- Esta perspectiva se opone a pensar a los sujetos como entes pasivos y consumidores de los servicios de salud.

Debates de los transfeminismos en el campo de la salud

Tu dolor es amor transformándose en mundo,
todo lo de buscar ya fue encontrado,
creciendo vengo desde antiguo informe
y una caja es mi cuerpo donde el dolor no cesa.

Miguel Abuelo

Desde este marco, se propone fortalecer las lecturas críticas sobre el campo sanitario, tradicionalmente estructuradas mediante las categorías de modelo médico hegemónico y determinantes sociales de la salud, promoviendo la apropiación de saberes y experiencias transfeministas. Ahora bien, como ya hemos señalado en el apartado anterior, es importante incorporar la noción de campo de disputas y correlación de fuerzas presentes en salud y también en el campo de los feminismos y diversidades, que hacen que no exista una sola definición. En este sentido estamos en presencia de un concepto polisémico que en realidad se convierte en un prisma teórico metodológico para analizar las situaciones. Examinemos algunas de las cuestiones planteadas por los autores:

Nosotros hablamos otra lengua. Ellos dicen representación. Nosotros decimos experimentación. Dicen identidad. Decimos multitud. Dicen lengua nacional. Decimos traducción multicódigo. Dicen domesticar la periferia. Decimos mestizar el centro. Dicen deuda. Decimos cooperación sexual e interdependencia somática. Dicen desahucio. Decimos habitemos lo común. Dicen capital humano. Decimos alianza multiespecies. Dicen diagnóstico clínico. Decimos capacitación colectiva. Dicen disforia, trastorno, síndrome, incongruencia, deficiencia, minusvalía. Decimos disidencia corporal. Un tecnochamán de la Pocha Nostra vale más que un psiconegociante neolacaniano y un fisting contrasexual de Post-Op es mejor que una vaginoplastia de protocolo. Dicen autonomía o tutela. Decimos agencia relacional y distribuida. Dicen ingeniería social. Decimos pedagogía radical. Dicen detección temprana, terapia genética, mejora de la especie. Decimos mutación molecular anarcolibertaria. Dicen derechos

humanos. Decimos la tierra y todas las especies que la habitan tienen también derechos. (Paul Preciado, 2013, p. 10)

Aquí vemos, que lo transfeminista implica descentrarnos de algunos conceptos tradicionales para pensar los procesos sociales. Comprendemos los aportes transfeministas como resultantes de los procesos políticos que se encarnan en movimientos y organizaciones de mujeres y disidencias; articuladas también al desarrollo de una matriz teórica, ético - política y metodológica para hacer frente a la denuncia y transformación de las desigualdades y violencias producto de la vigencia de ordenamientos hetero cis patriarcales. Estos desarrollos se caracterizan por su construcción dialógica y en tensión con otros movimientos progresistas y con el pensamiento social crítico. En tanto proceso abierto, el mismo comprende y es revisado por distintos desarrollos situados que se fortalecen ante la discusión sobre “le sujeto del feminismo, la producción de conocimiento, las reivindicaciones que estructuran sus agendas y las estrategias”, para subvertir el orden de opresión y desigualdad estructurado a partir del entronque capitalismo – patriarcado - colonia.

Desde este punto reconocemos su potencia para abordar tres dimensiones articuladas para la intervención social en el campo de la salud.

- 1) Por un lado explorar las exclusiones, prácticas y tratamientos y servicios instituidos e instituyentes hacia las mujeres y las personas de las disidencias sexo – genericas. Aquí si bien contamos en nuestro país con diversas legislaciones que apuntan a los derechos de las mujeres y diversidades, debemos reconocer que en el plano de la salud integral, los obstáculos con los que se encuentran las mismas aún son numerosos. Las nuevas legislaciones producidas en la mayoría de los casos por la movilización colectiva y la lucha de distintos movimientos, nos plantea un horizonte esperanzador y más inclusivo y obliga a les profesionales de la salud a incorporarlos en sus prácticas. No obstante hay muchas dificultades para establecer estas perspectivas, que escapan de la previsibilidad del control médico y del orden judicial y por supuesto societal. La respuesta más previsible ante estos cambios son la patologización y medicalización de lo diferente, que se agrava cuando se trata de los sectores más pobres de la población, que hacen uso del sistema público de salud. De allí la urgencia de poder trabajar en este eje de accesibilidad para estos colectivos. Otro de los mayores obstáculos es la atención fragmentada por "servicios" hacia la población no cis que complejiza su acceso y cuidado de su salud en forma integral y que eso se agudiza, por ejemplo, cuando se encuentran bajo tratamientos hormonales.
- 2) Lo hegemónico se caracteriza por la invisibilización para funcionar y es lo que estructura nuestro sistema de salud. Un ejemplo de ello puede pensarse en relación con el control prenatal y la maternidad que son abordados en general desde una perspectiva cis. Las personas que no tienen hijos en general quedan fuera del radar de la prevención de cáncer de cuello de útero o de mama, el VIH se controla más por el control prenatal que por una política que incluya a todas las poblaciones,

expresiones y orientaciones sexo genéricas. Los varones cis², que no van a la consulta sexual o prenatal y son siempre los que llegan más tarde en relación con los temas de salud. Son algunos de los ejemplos de cómo se piensa la salud desde un sistema heteropatriarcal. (Pecheny , 2021)

- 3) Asimismo, las perspectivas transfeministas se constituyen entonces en un motor de pluralismo para el campo de la salud ya que las voces trans aportan vivencias específicas. La propuesta de pensar una salud transfeminista apunta a incidir en les profesionales de la salud, posibilitando la capacidad de problematizar la forma en la cual las subjetividades trans son abordadas por las experticias psi y los saberes biomédicos.

Esta perspectiva incluye lo interseccional, lo transdisciplinar y la necesidad de abordajes situados y relacionales como tres elementos que permiten complejizar e incorporar a lecturas diferentes no solo sobre la (in) accesibilidad de las personas trans y disidentes, sino también interrogar la producción de prácticas en salud en general promoviendo la (trans)versalización de una perspectiva crítica de género para repensar los dispositivos sanitarios y transformar su funcionalidad con la manutención de desigualdades y violencias. Acordamos junto con Dora Barrancos que la cuestión de la autonomía es uno de los estatutos básicos de salud, por esta razón el fenómeno de la violencia atraviesa los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y debe ser abordado en esta clave.

¿O es extraña a la salud la violencia que padecen las mujeres y les diverses? Los padecimientos, las humillaciones y las exclusiones debidos a las marcas de género se traducen como fenómenos al menos contra sanitarios. Agréguese que la marca patriarcal de la medicina apenas se ha atenuado y que sus concepciones asisten casi sin fisuras al fórceps antiemancipatorio (2019, p. 8)

Figura 1.2



Nota: Imagen extraída de Pixabay. (<https://pixabay.com/es/>)

² “La atención en la salud está genéricamente construida desde hace décadas y siglos. Y los efectos percuten hasta en los privilegiados, los varones blancos, heterosexuales y adultos se mueren más jóvenes no en relación con la población travesti- trans, pero sí en relación con las mujeres. Y no es sólo por razones biológicas sino también por razones sociales (tipos de riesgo, tipos sociales, tipos de stress, tipos de violencia, etc.)” (Pecheny, 2021:28)

¿Qué quiere decir que el modelo médico tiene una perspectiva patriarcal y colonialista? Significa que configura limitaciones a la hora de pensar la diversidad en el campo de la salud y no recupera los arreglos que hacen las propias poblaciones para generar bienestar. En relación a esto, los feminismos antirracistas, feminismos negros (EEUU), feminismos indígenas, anticolonialistas y latinoamericanos plantean una preocupación por la dominación colonial persistente y han permitido identificar realidades concretas en las que diversas opresiones toman jerarquías distintas. Por ejemplo, visualizar que mujeres racializadas, lesbianas, pobres, pueden ser objeto de lo que podríamos mencionar como una doble medicalización, no solo por su condición de género sino también por su sexualidad, clase y/o raza. Los aportes y contrapuntos mencionados hasta aquí señalan la necesidad de ampliar los análisis sobre las condiciones de vida de las mujeres que afectan su salud mental, estableciendo diálogos entre los distintos elementos que constituyen la posición social y las experiencias cotidianas de los sujetos en una sociedad. En este sentido, reflexionar sobre la interseccionalidad de las opresiones permite evitar ciertas universalizaciones que ocultan el modo en que los distintos dispositivos de poder que producen desigualdades. (Amigot Leache, P y Pujal i Llombart, M., 2009)

Realizamos un subrayado que queríamos realizar sobre salud mental y perspectiva de género, podemos comenzar diciendo que a las mujeres con diagnóstico de discapacidad o padecimiento subjetivo severo, se entiende a priori que no pueden ejercer funciones de cuidado y no se les brindan los apoyos que pudieran requerir para ejercer ese rol. Incluso en muchos casos, se las separa de sus hijes con un criterio de peligrosidad sin pensar en otras apoyaturas posibles.

En el caso de las personas trans dentro del paradigma heteropatriarcal, también encarnan la figura depositaria del mandato del cuidado, cuando no son excluidas de sus familias y dependen del cuidado comunitario de sus pares. (Tajer, 2020)

Esta reticencia a reconocer el elemento cultural de nuestras nociones sobre la (dis)capacidad, incluso dentro del ámbito académico, está entre las principales diferencias respecto del sistema de heterosexualidad compulsiva, uno de los puntos nodales de la teoría queer: La identidad capacitada es, en este punto, incluso más naturalizada que la identidad heterosexual. Al menos, muchas personas que no simpatizan con la Teoría Queer concederán que las formas de ser heterosexual son producidas culturalmente y culturalmente variables, incluso si y cuando entienden a la identidad heterosexual como algo completamente natural. No puede decirse lo mismo, en términos generales, de la identidad capacitada (Perez, Moira, 2019, p. 40)

Figura 1.3

Nota: Ilustración de Marisa Cuello. (<https://elresaltador.com.ar/derribar-el-capacitismo-en-la-politica-desde-los-feminismos/>)

En este punto se homologan las trayectorias de las mujeres con padecimiento mental, consumo problemático y en situación de discapacidad (física/mental), a pesar de tratarse de cuestiones diferentes que no obstante pueden entrecruzarse. Lo que las une desde el campo de la salud más tradicional, es el proyecto capacitista, el cual plantea que quienes no pueden cumplir con el atributo de la capacidad normativa, serán considerados enfermos, discapacitados, negando la diversidad y sin hacer foco en lo que sí pueden hacer. El proyecto capacitista entonces se posiciona desde el lugar de que aquello que no cuadre en la normalidad, se debe intentar capacitar, arreglar o curar. (Kumari Campbell, Fiona, 2015)

Moirá Pérez, también nos plantea en esta dirección que en el caso de la capacidad/discapacidad es difícil que las personas reconozcan que el cuerpo (“capacitado” o “discapacitado”) tiene elementos que no son “naturales” o “biológicos”, sino culturales.

También desde la perspectiva *queer*, esta autora advierte que el concepto de salud en sí mismo, ha funcionado históricamente como instrumento legitimado para el ejercicio de la violencia sobre ciertas corporalidades consideradas como “anormales” (2019, p. 32), desde distintos procesos particulares como la hipercorporización (la reducción de su existencia a un aspecto de su cuerpo), la reducción de la noción de salud a la dicotomía “sano-enfermo”, la consideración de los padecimientos a algo pasajero y obligatoriedad de la aspiración a la salud o bienestar como parte de las responsabilidades individuales. Este ángulo de visibilidad propuesto permite reconocer otros aspectos sumamente invisibilizados desde la “autoridad epistémica” del modelo médico hegemónico en términos de transversalidad: no se trata de pensar una salud específica para los colectivos estigmatizados y discriminados, sino de reconocer los aportes epistemológicos que las perspectivas transfeministas ofrecen para pensar el campo.

Por tanto hacemos referencia a la potencia de los aportes transfeministas para interrogar la dimensión estructural del campo de la salud materializada en lógicas hetero cis normativas sobre cuerpos y sexualidades en clave reproductiva; capacitistas y rehabilitadoras de funcionalidades requeridas para la producción; y androcéntricas en lo relativo a la producción de conocimiento,

la gestión organizacional y la expropiación de autonomías y del valor del cuidado como estructurantes de las prácticas sanitarias.

Una salud transfeminista

y sin embargo yo quiero a ese pueblo
porque mi incita a la rebelión
y porque me da infinito deseos
de contestarles y de cantarles
mi novedad, mi novedad

Miguel Cantilo, YO VIVO EN UNA CIUDAD

La salud transfeminista desde estas premisas nos propone abrir espacios y campos discursivos a todas aquellas prácticas y sujetos que quedan fuera de lo hegemónico y criticar la reconversión neoliberal de los postulados críticos de los feminismos, reconversión que hoy conocemos como políticas de género biologicistas o políticas de cis-mujeres, que no cuestionan los nudos críticos de las desigualdades trabajadas en este texto. Retomamos el siguiente planteo:

Por este motivo, el transfeminismo tiene como principal objetivo repolitizar y des-esencializar a los movimientos feministas g-locales, en contraofensiva al discurso gubernamental y de las ONGs que capturan y estandarizan el lenguaje de los feminismos y lo usan como estrategia de desactivación política de los movimientos feministas, reduciéndolos a una crítica ortopédica que es reappropriada por los circuitos del mercado y el estado neoliberal. (Valencia, 2018, p. 27)

En este análisis destacamos lo siguiente:

Una contradicción/ tensión en direcciones opuestas que recorre el campo de la salud transfeminista: por un lado la imposibilidad(x su propia estructura) de una teoría acabada sobre el transfeminismo y a su vez el derecho a la salud que debe ser garantizados por los Estados. Estados que a su vez no terminan de garantizar los derechos de las diversidades y transfeminismos. Esta contradicción sobre la que se asienta es también su condición de posibilidad de transformación, de pensar nuevas intervenciones en salud que puedan consolidarse como derechos.

En este sentido, Paul Preciado nos da unas pistas respecto a esto:

Necesitamos inventar nuevas metodologías de producción del conocimiento y una nueva imaginación política capaz de confrontar la lógica de la guerra, la razón hetero- colonial y la hegemonía del mercado como lugar de producción del valor y de la verdad. No estamos hablando simplemente de un cambio de régimen institucional, de un desplazamiento de las élites políticas.

Hablamos de la transformación de «los dominios moleculares de la sensibilidad, de la inteligencia, del deseo. (2013, p. 12)

Para reflexionar

En base a estas últimas afirmaciones podemos hacernos las siguientes preguntas: ¿Cómo pensar la salud en clave transfeministas? ¿Cómo transversalizar las perspectivas de género y diversidad en la agenda sanitaria? ¿Cómo incorporar las demandas de los movimientos transfeministas en la construcción de políticas públicas en salud? ¿Cómo pensar intervenciones sociales desde esta perspectiva?

Figura 1.4



Nota: Imagen extraída de www.abortolegal.com.ar

Es vital comprender que no partimos de cero, algunas de estas construcciones se vienen disputando hace décadas en el campo político y sanitario. Algunas de las cuestiones que podemos mencionar en perspectiva histórica son:

Las campañas por la despenalización del aborto (diversos colectivos asociados a esta lucha), los Encuentros Nacionales de Mujeres, los movimientos LGTBI+; la lucha de movimientos gays por el acceso a tratamientos de HIV, la creación de nuevas instituciones como el Ministerio de las Mujeres Géneros y Diversidad a nivel nacional y de la provincia de Buenos Aires, Direcciones de género y diversidad en una multiplicidad de instituciones públicas, entre otras. Estos movimientos dan cuenta que a lo largo de décadas se ha intentado visibilizar las problemáticas del campo de la salud que habían sido invisibilizadas, y que producto de estas luchas, van instalándose de distintas formas, ya sea en nuevas legislaciones, protocolos, en los medios de comunicación, y en la agenda pública.

Les invitamos a ver una síntesis de estos recorridos históricos en algunas de las organizaciones de referencia:

<http://www.abortolegal.com.ar>

<https://otdchile.org/tag/salud-trans/>

<https://www.huesped.org.ar/institucional/nuestra-historia/>

Síntesis

Para cerrar este capítulo proponemos una síntesis de las ideas centrales.

En primer lugar, reconocer que la epistemología dialógica, que nos proponen los transfeminismos, es respetuosa de la identidad de las personas pero a su vez es invisible a la formación de los trabajadores de la salud, con lo cual es un proceso que hay que ir transitando en los propios ámbitos socio-laborales.

En segundo lugar, la perspectiva transfeminista permite resituar algunas luchas históricas y reconocer nuevas. Lo cual implica reconocer la cuestión de la construcción de la subjetividad y de la corporalidad, la patologización de la transexualidad, la crítica al feminismo de estado y a los procesos de institucionalización del movimiento LGTBI+, las luchas contra el sida, las resistencias transmigrantes, la precarización de la vida, la feminización de la pobreza, el aborto, la sexualidad, el cuerpo, la violencia, el acceso al mercado laboral o el trabajo en el hogar, entre otras tantas. Y cómo esto se articula al campo de la salud.

En tercer lugar, reconocer que toda cuestión que se presenta como diferente en el sistema de salud tiende a ser patologizada, con lo cual debemos preguntarnos permanentemente respecto de los instituidos y los saberes cómodos en nuestras intervenciones. El encuentro de las diversidades con las prácticas y los saberes médicos hegemónicos generan la imposibilidad de pensar de manera singular y propositiva.

- Para analizar el campo de la salud requerimos contar con los conceptos de proceso salud y enfermedad- atención- cuidado y modelo médico hegemónico. Estos planteos anudados a la perspectiva transfeminista permite visualizar nuevas problemáticas y situar otras formas de intervenir.
- La perspectiva transfeminista no es una teoría acabada ni equívoca, sino que permite rescatar procesos, experiencias y testimonios que no cuadran en los estándares hegemónicos. La misma ha contribuido a profundizar la crítica del modelo hegemónico.
- Insistir en la formación de los trabajadores de la salud es una forma de desinvisibilizar ciertas problemáticas cruciales que permitirán construir un sistema de salud más inclusivo. Desde esta perspectiva se puede pensar a la salud integral que respete y promueva niveles de autonomía de usuaries y den un margen de no reproducción de las múltiples violencias machistas ejercidas desde las instituciones de salud pública donde se sitúan las prácticas atravesadas por el heteropatriarcado y las desigualdades.
- El rol estratégico del Estado plantea una relación contradictoria entre reconocimiento de derechos, reconocimiento de los distintos colectivos transfeministas y la eliminación de obstáculos al acceso a la salud.

Referencias bibliográficas

Figura 1.1 Imagen extraída de Pixabay. (<https://pixabay.com/es/>)

Figura 1.2 Nota: Imagen extraída de Pixabay. (<https://pixabay.com/es/>)

Figura 1.3 El resaltador. (3 de diciembre de 2021) Derribar el capacitismo en la política desde los feminismos. Ilustración de Marisa Cuello. (<https://elresaltador.com.ar/derribar-el-capacitismo-en-la-politica-desde-los-feminismos/>)

Figura 1.4 Imagen extraída de www.abortolegal.com.ar

Gutierrez N (2020) ¿Ponerse el ambo violeta? Feminismos, ética del cuidado y salud pública ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 4 (2020) Nro. 7 - ISSN 2591-5339

Menéndez, E. (2005) El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Salud Colectiva, La Plata, 1(1): 9-32, Enero - Abril, 2005. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>

Preciado P (2013) Introducción. En VVAA Transfeminismos Epistemes, fricciones y flujos (2013) Ed. Txalaparta. España.

Pecheny, M. (2021) en Cancellaro Gabriela y Mignoli Luciana. (2021) Apuntes para pensar la salud pública en clave de género. Dirección de Géneros y Diversidad. Ministerio de Salud. Argentina.

Spinelli, Hugo (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):275-293, Septiembre - Diciembre.

Valencia S. (2018) El Transfeminismo no es un Generismo en Pléyade 22 julio- diciembre (2018) / online issn 0719-3696 / issn 0718-655X / pp. 27-43

Pérez, Moira (2019) Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer en Salud feminista en Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización - 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón, 2019.

Tajer, Debora y otras (2018) Género y salud adolescente: imaginarios profesionales y prácticas que impactan en la calidad de atención en servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en Revista Papeles de Trabajo. Vol II. UNSAM. noviembre de 2018 disponible en <http://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/papdetrab/article/view/748/685>