

**Aportes de los activismos feministas y LGBT+ en Argentina a la
construcción de una salud feminista**

Lucila Szwarc¹

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

lucilaszwarc@gmail.com

Florencia Maffeo²

Centro de Estudios sobre Democratización y Derechos Humanos

(CEDEHU) - UNSAM

maffeoflorencia@gmail.com

Sandra Salomé Fernández Vázquez³

Universidad Nacional de Avellaneda

sandrasalo.fernandez@gmail.com

Resumen

La salud es un campo en el que diversos actores, el Estado, las corporaciones médicas y farmacéuticas, organismos internacionales, movimientos sociales, entre otros, disputan la hegemonía. Los feminismos y los movimientos LGBT+ han tenido un papel crucial en

¹ Becaria post-doctoral del CONICET. Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA), Magister en Género, Política y Sexualidad por la École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) y Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Ha investigado y participado en diversos proyectos sobre morbi-mortalidad materna, aborto, prevención de cáncer cervicouterino y otros temas de salud sexual y reproductiva.

² Becaria doctoral de CONICET/UNSAM. Licenciada en Sociología (UBA), Profesora de Enseñanza Secundaria, Normal y Especial de Sociología (UBA), Diplomada en Gestión de las Políticas de Salud en el Territorio (UNGS). Cursa el Doctorado en Ciencias Sociales (UBA). Investiga sobre políticas públicas, salud, violencia por motivos de género, y movimientos sociales. Docente de nivel superior no universitario.

³ Politóloga por la Universidad de Santiago de Compostela, Magister en Ciencia Política (Universitat Autònoma de Barcelona) y Doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires), bajo la dirección de la Dra. Josefina Brown. Ha sido becaria doctoral y posdoctoral de CONICET.

Argentina en el cuestionamiento al Modelo Médico Hegemónico, principalmente, a alguno de sus baluartes, como el biologicismo.

En este artículo, a partir de una metodología de *bricolage*, tomamos diversas experiencias de los movimientos feministas y LGBT+ en Argentina, y reconstruimos los aportes de estos movimientos al campo de la salud y las estrategias que han desarrollado para construir y reconfigurar las políticas públicas de un modo acorde a sus demandas, así como redefinir los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado e, incluso, qué entendemos por salud y enfermedad. Asimismo, a partir de estos aportes y estrategias presentamos una propuesta teórico-conceptual a través de la que sintetizamos las principales características de la salud feminista.

Palabras clave: Salud; Movimiento feminista, Movimiento LGBT+; Salud feminista

Contributions of feminist and LGBT+ activisms in Argentina to the construction of feminist health

Abstract

We understand health as a field of dispute in which various actors, the State, medical and pharmaceutical corporations, international organizations, social movements, among others, dispute hegemony. Feminisms and LGBT+ movements have played a key role in Argentina in questioning the Hegemonic Medical Model, mainly, some of its bastions, such as biologicism.

In this paper, based on a bricoleur methodology of various experiences of feminist and LGBT+ movements in Argentina, we reconstruct the contributions of these movements to the field of health and the strategies they have developed to build and reconfigure public policies in accordance with their demands, as well as to redefine the processes of health-illness-care and even what we understand by health and illness. Likewise, based on these contributions and strategies, we present a theoretical-conceptual proposal through which we synthesize the main characteristics of feminist health.

Keywords: Health; Feminism movement; LGBT+ movement

Recibido: 2 de septiembre de 2022

Aceptado: 22 de noviembre de 2022

1. Introducción

El ámbito de la salud es un espacio social en el que se disputan legitimidad diversas concepciones sobre los procesos de salud-enfermedad-atención. En esta disputa, el Modelo Médico Hegemónico (en adelante, MMH), biologicista, individualista y ahistórico, ha tenido preeminencia en las instituciones de salud y en las políticas públicas, promoviendo la normatización y el control sobre los cuerpos y los géneros.

Desde que el antropólogo E. Menéndez, referente de la corriente de salud colectiva latinoamericana, propuso el concepto de MMH, el campo de la salud, así como las relaciones “médico-paciente”, se han modificado de manera sustancial.⁴ Por un lado, han surgido pacientes que, cuestionando su rol dentro del sistema de salud, han tomado progresivamente un papel más activo, en términos de información, toma de decisiones y autonomía, entre otros aspectos.⁵ Por otro lado, diversas disciplinas y movimientos sociales han buscado cuestionar y complejizar los enfoques hegemónicos en salud.

Los feminismos y los movimientos LGBT+ han contribuido en este sentido. Estos movimientos, desde sus inicios, han cuestionado la neutralidad de la racionalidad médica moderna y visibilizado el carácter cultural y socialmente construido de categorías supuestamente basadas en la biología y la naturaleza. Un aporte invaluable es el de la epistemología feminista⁶ y la perspectiva de género en salud, que pusieron en evidencia el androcentrismo en la construcción del conocimiento, así como el rol de la ciencia en la conformación de un régimen patriarcal cisheterosexual.

⁴ Eduardo Menéndez, “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias” *Salud colectiva*, N° 16, 2020.

⁵ Josefina Brown, Mario Pecheny, Cecilia Tamburrino, y Soledad Gattoni, “Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: El aborto y otras situaciones sensibles” *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, Vol. 2, N°12, 2013, pp. 37-50.

⁶ Donna Haraway, *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reivindicación de la naturaleza*, Madrid, Cátedra, 1991.

Los cuestionamientos al modelo biomédico desde los feminismos son diversos, disímiles y, en ocasiones, contradictorios, por lo que es difícil encontrar una definición de salud feminista. El objetivo de este trabajo es analizar los recorridos, las trayectorias y cruces entre salud y movimiento feminista y LGBT+ y definir qué entendemos por salud feminista. La búsqueda de esta definición surge a partir de nuestras trayectorias como investigadoras, docentes y activistas feministas y LGBT+. Desde aquí, planteamos la pregunta por una salud feminista, entendiéndola como un enfoque teórico, de investigación, de incidencia y de práctica política. Nuestra pretensión no es dar respuestas definitivas, sino abrir debates. Nos interesa analizar los puntos en común de distintas experiencias activistas en salud, resaltando cómo, a partir de estas prácticas, se cuestionan la hegemonía biomédica y los conocimientos y tecnologías cishetero centradas.

Seguimos una metodología a modo de *bricolage*,⁷ que supone acercarse a un fenómeno a partir de fragmentos preexistentes, buscando ordenar lo complejo de determinados fenómenos de estudio. Esta estrategia metodológica permite analizar una problemática a partir del cruce de fragmentos diferentes que, al unirse, construyen un sentido sobre lo que se quiere investigar.⁸ A través de la apelación a diferentes fuentes, nos proponemos realizar una propuesta teórico conceptual, a modo de ensamblaje de los aportes de los activismos feministas y LGBT+,⁹ en conjunción con la corriente crítica de salud colectiva y la perspectiva de género en salud. Las experiencias que analizamos son activismos en salud feministas y LGBT+ de Argentina, desde el retorno de la democracia en la década de 1980, a esta parte: los colectivos de personas viviendo con VIH en los '80 y '90, el activismo travesti y trans desde los 2000, las nuevas tecnologías de reproducción impulsadas por lesbianas y bisexuales en la década de 2010, así como los contemporáneos movimientos de lucha y acompañamiento en aborto con medicamentos, observando cómo estos colectivos se

⁷ Eva Illouz, *El consumo de la utopía romántica: El amor y las contradicciones culturales del capitalismo*, Buenos Aires, Katz, 2009.

⁸ Maximiliano Marentes, Mariana Palumbo y Martín Boy, “Me clavó el visto”: los jóvenes y las esperas en el amor a partir de las nuevas tecnologías”, *Astrolabio*, N°17, 2016, pp. 307–330.

⁹ Hablamos de movimientos LGBT+ para hacer referencia a las organizaciones y activistas lesbianas, gays, bisexuales, travestis, trans, intersex, y otras identidades por fuera de las cis-heterosexualidad. El uso del signo “+” pone en evidencia que se trata de una sigla en permanente cambio y ampliación.

inspiran en experiencias de los movimientos por la salud de las mujeres y de personas LGBTQ+ de Estados Unidos y Europa de los años '70 y '80.

Un antecedente a esta propuesta es la descripción de la salud desde una perspectiva *queer*, realizada por Moira Pérez, que señala que un cambio de paradigma en salud – en referencia a movimientos y propuestas como la teoría *queer*, el activismo por la diversidad corporal y funcional, la neurodiversidad, el movimiento intersex, entre otros– no significa rechazar a la medicina como institución, ni desestimar todas sus funciones sociales, sino que requiere “repensar su lugar y rol en nuestra cultura, poniéndola al servicio del bienestar de las personas, en lugar de que ellas se adapten a los requerimientos de las concepciones hegemónicas de la salud”.¹⁰

Este artículo se estructura en cuatro partes. En primer lugar, describimos el modelo médico hegemónico y la corriente de la salud colectiva latinoamericana, una concepción de la salud opuesta al enfoque biomédico que ha tenido una importante influencia en la intersección entre feminismos y salud en América Latina. En segundo lugar, retomamos los aportes de la perspectiva de género en salud como punto de partida en el cuestionamiento de los feminismos al modelo médico hegemónico. En tercer lugar, analizamos diversas experiencias de los activismos feministas y LGBTQ+ cuyas prácticas en salud han contribuido a construir lo que denominamos salud feminista. Finalmente, presentamos nuestra propuesta conceptual caracterizando los ejes que definen a la salud feminista.

2. Modelo médico hegemónico y salud colectiva

El enfoque de la medicina social o salud colectiva latinoamericana surge en América Latina en los años '70 como un cuestionamiento a los enfoques empírico-funcionalista de los países centrales, donde lo social es reducido a una variable más de análisis.¹¹ Laurell y otros autores demuestran que los patrones de morbimortalidad varían entre una sociedad y otra, y al interior

¹⁰ Moira Pérez, “Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva *queer*”, en Fundación Soberanía Sanitaria, *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización*, CABA, Tinta Limón, 2019, p. 38.

¹¹ Hugo Spinelli, Marcelo Urquía, María Bargalló, y Marcio Alazraqui, “Equidad en salud: teoría y praxis”, Ciudad de Buenos Aires, Serie Seminarios salud y política pública, CEDES, 2002

de las mismas, y responden al modo general en el que se organiza la producción y se distribuye la riqueza.^{12 13} Se proponen entonces los conceptos de “desigualdades” o “diferenciales” en los procesos de salud-enfermedad, ligados a clases sociales, con sus distintas formas de reproducción social.^{14 15} De esta manera, se sostiene que la salud y la enfermedad no son conceptos naturales y ahistóricos, sino que su definición misma está determinada por aspectos sociales, económicos, políticos y simbólicos.

En lugar de concebir la salud y la enfermedad como dos polos opuestos, la salud colectiva sostiene que se trata de un proceso dinámico que debe pensarse como un continuo, inescindible de los aspectos sociales.¹⁶ Esta corriente sugiere, además, que las formas de atención son parte de los modos en los que la salud y la enfermedad se presentan en diferentes contextos y poblaciones¹⁷, proponiendo el concepto de “proceso de salud-enfermedad-atención” (PSEA). Abordajes más recientes sostienen que la noción de “atención”, basada en el enfoque de la racionalidad médica moderna, no resulta del todo adecuada para describir las prácticas en salud en toda su complejidad e incluyen el concepto de “cuidado”. Michalewicz y otros¹⁸ llaman la atención sobre la multiplicidad de usos para este vocablo en el campo de la salud y señalan que dos de sus usos más difundidos resultan acordes a los planteos de la salud colectiva: el que apunta a la integralidad en la atención -entendida como un proceso biopsicosocial- y el que propone la reorganización de los servicios tomando como eje a los “usuarios”. Así, se propone la expresión “proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado” (PSEAC) para referir a procesos que incluyen el componente de la atención y cuidado de la salud, tanto desde modelos hegemónicos como alternativos.

Uno de los aportes más significativos de la salud colectiva es el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH). Este modelo, predominante en las sociedades occidentales, se

¹² Asa Cristina Laurell. “La salud y la enfermedad como proceso social”. *Revista Latinoamericana de Salud*, N°2, 1982, pp.7-25.

¹³ Roberto Castro, *Teoría social y salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2011.

¹⁴ Asa Cristina Laurell, “La salud y la enfermedad...”. Ob. Cit.

¹⁵ Hugo Spinelli, Marcelo Urquía, María Bargalló, y Marcio Alazraqui, “Equidad en salud...”, ob. Cit.

¹⁶ Asa Cristina Laurell, “La salud y la enfermedad...”. Ob. Cit.

¹⁷ Eduardo Menéndez, “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciência y saúde coletiva*, N°8, 2003, pp.185-207.

¹⁸ Alejandro Michalewicz, Claudia Pierri, Sara Ardila-Gómez, “Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización”, *Anuario de Investigaciones*, Vol. XXI, 2014, pp. 217-24.

caracteriza por “su biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación”¹⁹. El proceso de legitimación y expansión de la racionalidad médica moderna se traduce en exigir la adaptación cultural de sujetos, grupos y clases sociales a las reglas médicas de “normalidad”.²⁰ La matriz de cisheteronormatividad no es ajena a estos procesos, en los que el modelo biomédico juega un rol central en la delimitación de los cuerpos, los géneros y las identidades. Este sistema de pensamiento justifica, en nombre de la salud y de un conocimiento científico supuestamente neutral, objetivo y universal, distintas formas de violencia sobre los cuerpos “anormalizados”.²¹ Se trata de una concepción universal, a-histórica y abstracta de la salud, que promueve una participación subordinada y pasiva del paciente, y excluye sus conocimientos y experiencias.²² Más recientemente, Castro propone el concepto de *habitus* médico autoritario para referirse a las prácticas biomédicas que incorporan, en forma de *habitus*, las relaciones de poder asimétricas entre médico/as y pacientes, y entre diferentes profesionales de la salud.²³

Por último, la salud colectiva incorpora la perspectiva de género como una determinación social estructural de los procesos de salud-enfermedad, entendida como una mirada sobre las desigualdades socialmente construidas entre los géneros, ligadas a significados diferenciales y jerarquizados, culturalmente asignados a lo femenino y a lo masculino.²⁴ Profundizaremos en este aspecto.

3. *La perspectiva de género en salud*

¹⁹ Eduardo Menéndez, “Modelo médico hegemónico...” Ob. cit. p. 2.

²⁰ Madel Luz, *Natural, racional, social. Razón médica y racionalidad científica moderna*, Buenos Aires, Lugar, 1997.

²¹ Moira Pérez, “Salud y soberanía...”, ob. cit.

²² Eduardo Menéndez, “Modelo Médico Hegemónico...”, ob. cit.

²³ Roberto Castro, “Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”, en Roberto Castro y Alejandra López Gómez (ed.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina Avances y desafíos en la investigación regional*, Montevideo, 2010, pp. 49-72.

²⁴ Roberto Castro, *Teoría social y salud*. Op. Cit.

La perspectiva de género en salud busca evidenciar el carácter androcéntrico de la medicina hegemónica, que implica la invisibilización de las mujeres y la asimilación de éstas a un universal masculino.²⁵ El MMH reduce la diferencia entre varones y mujeres a un plano sexual y reproductivo,²⁶ lo que implica desestimar e infrainvestigar las especificidades vinculadas a la salud de las mujeres que no refieran a la salud sexual y (no) reproductiva.²⁷

La perspectiva de género también incorpora el modo en el que las asimetrías sociales ligadas al género determinan los PSEAC y producen vulnerabilidades e inequidades diferenciales en salud,²⁸ que se originan, en parte, en los roles sociales diferenciales femeninos y masculinos. Las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras en los hogares, lo que genera una sobrecarga de tareas, mayor desgaste y, por lo tanto, una mayor carga de malestares y morbilidades, y, si bien consultan más y más tempranamente al sistema de salud que los varones, debido al androcentrismo del sistema, la atención y distribución de recursos no se adecúa a las necesidades de éstas.²⁹ Los varones, por su parte, aspiran a cumplir el rol de proveedores económicos y sociales, y, desde la socialización primaria, tienden a inhibir la capacidad de registro de sus propios malestares, lo que da lugar a un perfil epidemiológico caracterizado por la sobrecarga laboral y una menor adherencia al sistema de salud.

Pero el género no remite sólo a las diferencias entre varones y mujeres. El enfoque relacional de género rechaza el pensamiento categórico desde una clasificación dicotómica de los cuerpos y entiende a los géneros como una construcción que se produce a través de prácticas corporales, sociales e institucionales.³⁰ La perspectiva de género cuestiona no solamente las diferencias jerárquicas entre varón y mujer, sino también, la matriz binaria de constitución de los sexos/géneros, bajo el mandato de la cisheterosexualidad obligatoria. Esta matriz remite al marco social, político y jurídico que divide de forma dicotómica y excluyente a las personas en dos sexos (varones y mujeres) y en dos géneros (masculino y femenino), y

²⁵ Clara Benedicto, “Malestares de género y socialización: El feminismo como grieta”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol.38, N°134, 2018, pp.607-625.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Débora Tajer, *Género y Salud. Las Políticas en acción*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ Clara Benedicto, “Malestares de género...”, *ob. Cit.*

³⁰ Pilar Serrano Gallardo, “La perspectiva de género como una apertura conceptual y metodológica en salud pública”, *Revista Cubana de Salud Pública*, N°38, 2012, pp.811-822.

establece la heterosexualidad como la identidad sexual del deseo esperable. En el ámbito de la salud, el MMH y el *habitus* médico autoritario³¹ han contribuido a sostener el estandarte de la cisheterosexualidad, con consecuencias nocivas para la salud de quienes son excluidos/as de ese marco de interpretación: las personas lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transexuales, intersex, no binaries, y con otras identidades sexo-genéricas. Las consecuencias principales son la falta de investigaciones sobre cuestiones vinculadas a la salud de estas personas, la consiguiente imposibilidad de brindarles una adecuada atención y su exclusión del sistema de salud. Además, el MMH ha jugado un rol central en la patologización y estigmatización de las personas no cisheterosexuales, que han sido históricamente perseguidas en nombre de la salud, sobre todo las personas trans e intersex.³²

Pese a su origen activista, se ha producido cierta despolitización de la perspectiva de género, a partir de su institucionalización en organismos civiles y estatales. Estos abordajes buscan eficacia pragmática y responden a motivaciones ajenas a la transformación de las desigualdades, como las presiones de los Estados o de las agencias de cooperación internacional, que financian los proyectos, lo cual da lugar a acciones fragmentarias y limitadas a mostrar resultados, que no son acompañadas por políticas transversales y pueden resultar funcionales a una concepción positivista de la salud-enfermedad.³³ Además, las formas hegemónicas de organización y de investigación de las instituciones de salud siguen respondiendo, en gran medida, al MMH y al *habitus* médico autoritario, que limitan la potencia de los sujetos y su capacidad de decisión. Nos preguntamos, entonces, ¿qué aportes del activismo feminista y LBGT+ apuntan a modificar las dinámicas desiguales en la toma de decisiones del modelo biomédico?

4. *Militancias feministas y LBGT+ y prácticas colectivas en salud*

Frente a la escasa respuesta por parte del sistema sanitario, la exclusión y la falta de conocimientos y formación de quienes lo componen, los movimientos feministas y LBGT+

³¹ Roberto Castro, “*Habitus profesional...*”, ob. Cit.

³² Moira Pérez, “*Salud y soberanía...*”, ob. Cit.

³³ Gabriela Pombo, “La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género”, *Revista Margen*, N°66, 2012.

han desplegado diversas estrategias, como la construcción de espacios alternativos de salud, o la formación de personas no profesionales en aspectos técnicos para dar respuesta y cuidado a situaciones de salud y enfermedad que los sistemas de salud no resolvían.

Durante los años '70, en la llamada segunda ola del feminismo, surgen los movimientos de autoayuda o autocuidado³⁴, que se organizan alrededor de la salud de las mujeres a través de la concientización, la autoeducación y un conjunto de intervenciones que buscan disputarle conocimiento al sistema médico. Algunos de estos grupos, surgidos en Estados Unidos, Francia e Italia, intervienen colectivamente para promulgar el uso de métodos anticonceptivos, el disfrute de la sexualidad, los autocontroles ginecológicos, los partos y abortos no medicalizados, así como acompañamiento en situaciones de violencia. En California, en 1971, dos activistas feministas desarrollan el “dispositivo de extracción menstrual” Del-Em, un dispositivo con una jeringa y una cánula flexible, inspirado en el equipamiento portátil que empleaban los/as médicos/as que realizaban abortos. Esta tecnología permite que mujeres no profesionales puedan formarse y realizar abortos de manera segura, sin necesidad de intervenciones médicas, en ese entonces clandestinas. Se trata de la reapropiación feminista de una tecnología originalmente diseñada para una práctica profesional que, en un marco de clandestinidad, se llevaba a cabo de un modo lucrativo. Es una intervención política, que pretende “restaurar la autonomía corporal de personas que se sentían desempoderadas en sus interacciones con el *establishment* médico y se veían excluidas del proceso de toma de decisiones”.³⁵

Para Helen Hester, este movimiento de autoayuda puede ser leído como un proyecto “xenofeminista”, que cuestiona la división naturaleza/tecnología y promueve una reapropiación de la tecnología desde un feminismo trans y *queer*. Según esta autora, los proyectos activistas que enmarca como xenofeministas se caracterizan por: 1) la circunvalación de las autoridades, a partir de un cuestionamiento al paradigma biomédico y de fomentar la autonomía pensada en colectivo; 2) la condición de herramienta de refuncionalización, es decir, “adueñarse de ciertos dispositivos potencialmente útiles y

³⁴ Helen Hester, *Xenofeminismo: tecnologías de género y políticas de reproducción*, Buenos Aires, Caja Negra Editora, 2018.

³⁵ *Ibíd.*, p. 83

separarlos de los contextos en los que habían sido desarrollados”³⁶, para fines políticos y feministas; 3) la inmersión en discursos sobre escalabilidad, que promuevan la autonomía y puedan ser fácilmente replicados, a partir de protocolos sencillos; y 4) el potencial para un uso interseccional, buscando modificar no solo condiciones desiguales de género, sino también, de otros determinantes sociales. En definitiva, el xenofeminismo, según esta autora, se caracteriza por ser tecnomaterialista, al proponer esta reapropiación de las tecnologías, antinaturalista, porque cuestiona lo natural como inmutable, y abolicionista del género y de todas aquellas variables que originan las asimetrías de poder.

Hester inscribe al feminismo de autoayuda de los Estados Unidos en una genealogía que incluye al movimiento por el VIH-Sida de los '80 y la lucha por el derecho a la salud de las personas trans a partir de los '90. A nivel internacional, la lucha contra el VIH/Sida en los años '80/'90 ha sido motorizada en gran parte por los movimientos de gays, lesbianas y travestis, con una gran población afectada por este virus. Esta lucha ha sido tomada como propia por el movimiento LGBTQ+, debido, además, a la enorme estigmatización que se ha hecho de las personas con identidades disidentes a la norma cisheterosexual y a quienes vivían con el virus. Las campañas que enfatizaban los casos de hemofílicos y de transmisión vertical alcanzaron una mayor aceptación social, pero ocultaban la realidad de la comunidad LGBTQ+. También ha sido central la organización colectiva para el acceso a la medicación, como el caso de ACT UP, en Francia, conocida por la radicalidad de sus intervenciones en los años '90, con el objetivo de interpelar al Estado y a las farmacéuticas que lucraban con los medicamentos, y los “clubes de compradores” en Estados Unidos, en los que personas con VIH organizaban *pulls* de compra en el exterior de este país.

En Argentina, la lucha contra el VIH/Sida también surge a fines de los '80, impulsada por organizaciones de gays, lesbianas y travestis, y ya en los años '90, se conforman organizaciones de personas seropositivas. Esta alianza, compuesta por organizaciones como la CHA (Comunidad Homosexual Argentina), ATTA (Asociación de Travestis y Trans de Argentina), Gays DC, Nexo, ACT-UP Buenos Aires, FBAS (Fundación Buenos Aires SIDA) y Fundación Huésped, puso en la agenda política la necesidad de políticas de salud por la

³⁶ *Ibíd.*, p. 77

epidemia, lo que dio lugar a la sanción de la ley de VIH/Sida. Asimismo, esta alianza fue parte de procesos de investigación y divulgación científica y sus referentes, que no son científicos ni médicos, devienen expertos en la temática,³⁷ cuestionando la autoridad epistémica de la comunidad médica y disputando las definiciones sobre lo “normal” y lo “patológico”.

En el caso de los activismos de las personas trans y travestis en Argentina, fueron los propios colectivos quienes inicialmente pusieron de manifiesto las precarias condiciones de vida y de salud que enfrentaba su población. Una investigación coordinada por la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT), realizada en el marco de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires en 2005, demostró que: 1) esta población enfrenta grandes dificultades para acceder al sistema de salud, por los obstáculos burocráticos y administrativos, y la discriminación por parte del personal de salud; 2) debido a lo anterior, las personas trans y travestis son empujadas a experimentar sobre sus propios cuerpos el uso de tratamientos no aprobados, como la utilización de pastillas anticonceptivas para hormonización o las inyecciones de aceite y silicona no aprobadas para esos fines.³⁸ Varios años después, nuevamente el activismo trans, esta vez desde el Bachillerato Popular Trans Mocha Celis, junto al Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad de Buenos Aires,³⁹ relanza un estudio para conocer la situación a partir de la sanción de la ley de Identidad de Género y los avances médicos y tecnológicos para tratamientos de afirmación de género. Allí queda de manifiesto que hay mejoras en el trato en los centros de atención y el acceso de travestis y mujeres trans a instituciones de salud pública para tratamientos de hormonización y controles regulares, así como un aumento entre quienes estudian y un mayor acceso al alquiler de vivienda. Sin embargo, esto no se traduce en un mayor nivel educativo y siguen prevaleciendo alarmantes situaciones de persecución policial. Una de las conclusiones

³⁷ Emiliano Marelló, “Coproducción, ciencia y activismo: empoderamiento epistémico y retórico de activistas seropositivos en la Argentina” en Roberto Marafioti y María Martini (edit), *Pasajes y paisajes: reflexiones sobre la práctica científica*, Moreno, UNM Editora, 2016, pp. 53-94.

³⁸ María Alicia Gutiérrez, “La imagen del cuerpo. Una aproximación a las representaciones y prácticas en el cuidado y la atención de la salud” en Lohana Berkins y Josefina Fernández (coord.), *La gesta del nombre propio*, Buenos Aires, Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2013.

³⁹ Ministerio Público, *La revolución de las Mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio*, Buenos Aires: Ministerio Público de la Defensa de CABA, 2017.

centrales de dicha investigación es la importancia de trabajar en pos de la aceptación de las infancias trans para alcanzar una ciudadanía plena. Otra investigación comparativa muestra que, antes de la sanción de la ley de Identidad de género, más de la mitad de las mujeres trans y un tercio de los varones trans, habían realizado tratamientos hormonales por su cuenta, y a dos años de la sanción de la ley, al menos un tercio de la población trans había consultado en el sistema de salud por estos tratamientos.⁴⁰ Es importante destacar que, como en el caso de la ley de VIH/Sida, la sanción de la ley de identidad de género responde, entre otros aspectos, a la perseverante organización de diversos colectivos trans y travesti, que también realizan un seguimiento del cumplimiento de la ley,⁴¹ lo que constituye una clara acción política de incidencia en las políticas sanitarias.

En el caso de las lesbianas, la construcción de la salud (hetero)sexual y reproductiva, como la nombra Mertehikian,⁴² que resulta en una tipificación de las mujeres como heterosexuales y madres, ha supuesto que lesbianas y bisexuales establezcan estrategias de circunvalación encaminadas a buscar o crear espacios relativos a su salud. Así, los espacios de militancia emergen como soportes informales ante la desinformación y la exclusión que prima desde los servicios de salud, sobre todo en lo que respecta a métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), como lo muestran las experiencias de La Fulana, organización de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Las Safinas, en Rosario, con veinte años de trayectoria. Otro ejemplo es el proyecto “Preservativo para vulvas” que, desde mediados de la década del 2010, viene trabajando en diferentes ciudades de Argentina en la difusión de métodos de barrera para la prevención de ITS y ha logrado una articulación con el sistema científico para la fabricación de un profiláctico para personas con vulva.⁴³ Asimismo, a partir de formas de maternidad alternativas al modelo biológico heterosexual, las lesbianas y

⁴⁰ Ines Arístegui, Virginia Zalazar, *Ley de Identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*, Buenos Aires, Fundación Huésped, 2014.

⁴¹ Melina Antonucci y Natacha Mateo, “Acceso a la salud del colectivo trans: entre las estrategias de inclusión e integralidad”, *Revista Unidad Sociológica*, Vol.7, N°2, 2016, pp. 9-17.

⁴² Yazmín Mertehikian, *La salud (hetero) sexual y reproductiva en debate: experiencias de jóvenes mujeres lesbianas y heterosexuales de sectores medios con los servicios de ginecología en el Área Metropolitana de Buenos Aires*, Tesis de Maestría, UNGS, 2018.

⁴³ Agustina Ramos, “Argentina impulsa investigación para crear preservativos para vulvas”, Agencia Presentes, 2/7/2021, disponible en <https://agenciapresentes.org/2021/07/02/argentina-impulsa-investigacion-para-crear-preservativos-para-vulvas/>

bisexuales han contribuido a reconfigurar sentidos y significados sobre el ser madre, a través de la apropiación de las tecnologías de reproducción asistida y de la práctica de métodos como la Recepción de Óvulos de la Pareja (ROPA), que habilita la existencia de una madre biológica –gestante– y otra madre genética –portadora de los óvulos–.⁴⁴ En Argentina, organizaciones de lesbianas, como Lesmadres, han tenido una fuerte incidencia en la ley nacional N° 26.862 de reproducción asistida (2013) y han logrado que se garanticen estas prestaciones para parejas no cis-heterosexuales y mujeres sin pareja, así como el reconocimiento de hijas/os en familias co-maternales.

Retomando las experiencias de gestión y autogestión del aborto, la expansión del uso de medicamentos para abortar en América Latina ha permitido a los feminismos por el derecho al aborto la apropiación de una tecnología farmacológica diseñada para otros usos.⁴⁵ La circunvalación de las autoridades, siguiendo con el concepto de Hester, no fue solo desarrollada por feminismos organizados, sino también por mujeres de sectores populares y por profesionales de la salud, a quienes les había sido vedada la práctica del aborto. Según Diniz, fueron las mujeres brasileñas de sectores populares las que descubrieron el uso abortivo del misoprostol, experimentando con sus propios cuerpos, deviniendo así “científicas y conejillos de india como resultado de una necesidad de salud”.⁴⁶ La recepción de esta información llega a Argentina de la mano de la organización internacional *Women on Waves*, que fue clave en la conformación y el lanzamiento en 2009 de la línea “Más información, menos riesgos”, del colectivo de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, y del manual “Cómo hacerse un aborto con pastillas”, en 2010. Este material contribuyó a difundir información de la Organización Mundial de la Salud sobre aborto con medicamentos, en un lenguaje claro y sencillo, fomentando además la despenalización social de esta práctica. Por otro lado, desde el año 2012, organizaciones

⁴⁴ Noelia Trupa, *Experiencia(s) y Comaternidad(es): Un estudio de caso(s) sobre parejas lesbianas usuarias de Tecnologías de Reproducción Asistida del Área Metropolitana de Buenos Aires durante el período 2010-2015*, Tesis de Doctorado, UBA, 2018.

⁴⁵ Si bien la mifepristona o RU-486 fue diseñada como un fármaco abortivo, no se contemplaba un uso independiente del sistema de salud. En el caso del misoprostol, su disponibilidad en el mercado se orientaba al tratamiento de úlceras gástricas.

⁴⁶ Traducción propia. Debora Diniz, “Harm reduction and abortion”, *Developing World Bioethics*, Vol.12, N°3, 2012, p. ii.

feministas, que integraban la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, conforman Socorristas en Red (feministas que abortamos), para acompañar a las personas durante el proceso de aborto, a partir de encuentros presenciales centrados en una pedagogía feminista. Estas organizaciones enfocadas en la difusión del aborto con medicamentos fueron clave en la promoción de una nueva herramienta tecnológica y en su utilización para desarrollar una estrategia de intervención, que se fue institucionalizando de manera progresiva, hasta convertirse en política pública. Dos hitos de este proceso son la publicación del Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo en 2015, que da un marco de legitimidad a los/las profesionales de la salud, muchos/as de ellos/as parte de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, que garantizaban el acceso a abortos seguros, y la promulgación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2020, que establece que toda persona gestante tiene derecho a acceder a una interrupción voluntaria del embarazo hasta las 14 semanas de gestación.

Las experiencias descriptas son disímiles. Sin embargo, todas ellas nacen de necesidades no cubiertas por el sistema de salud, en las que personas, prácticas o padecimientos son fuertemente estigmatizados y criminalizados. Asimismo, en estas experiencias, la autogestión de los PSEAC interpela con sus acciones al sistema de salud y se potencia como resistencia y cuestionamiento al MMH, en múltiples planos: se produce evidencia científica en base a la práctica autogestiva de las organizaciones, a partir de la apropiación de tecnologías farmacológicas y médicas; se cuestionan las concepciones de lo legal y lo legítimo, lo normal y lo patológico, en relación a prácticas de salud y más allá de ellas; y se fomenta la construcción de redes comunitarias para el acompañamiento y la promoción de los PSEAC.

Los movimientos que analizamos articulan sus demandas en torno al concepto de ciudadanía sexual⁴⁷, que incluye una amplia tipología de derechos que remiten a la aceptación de diferentes prácticas sexuales, el derecho al placer y a la autonomía sexual y reproductiva, a la autodefinition y el desarrollo de la identidad, al reconocimiento institucional de diversos vínculos erótico-afectivos y familias, así como el acceso a prácticas en salud que enmarquen

⁴⁷ Diane Richardson, *Constructing sexual citizenship: Theorizing sexual rights. Critical social policy*, vol. 20, N°1, 2000, pp. 105-135.

y consideren estos derechos. La consideración de estos derechos vinculados al ejercicio de la ciudadanía, y no como asuntos privados, implica incluirlos en el marco de los derechos humanos y legitima su reivindicación en el ámbito público. En definitiva, en lo que entendemos por salud feminista se entrecruzan reivindicaciones por el ejercicio de la ciudadanía, prácticas de resistencia y cuestionamientos al MMH.

5. *La salud feminista en cuestión*

La perspectiva de género en salud y las prácticas que denominamos xenofeministas son enfoques que pueden hacer sinergia, a partir de sus cuestionamientos al MMH. Entendemos la salud feminista como un enfoque teórico-práctico, una praxis y una ética, cuya definición no es estática, sino dinámica, y se encuentra en permanente construcción. A partir de los aportes teóricos de la perspectiva de género en salud y la salud colectiva latinoamericana, y las experiencias de organización de los movimientos feministas y LGBT+, proponemos algunos aspectos que consideramos clave para la construcción de una salud feminista.

En primer lugar, un enfoque feminista en salud debe tener una concepción política y social de la salud, tal como lo plantea la salud colectiva, es decir, concebir los PSEAC como inescindibles de la realidad social y política, como lo ponen en evidencia los movimientos descriptos en el apartado anterior, que buscan desestabilizar un estado de cosas dado. Ciertos enfoques en salud recuperan el concepto de “determinantes sociales”, pero los toman como “factores de riesgos” deshistorizados, sin tener en cuenta el origen de su determinación. Omiten así el carácter político y conflictivo de las limitaciones estructurales,⁴⁸ y de la delimitación de la salud-enfermedad.⁴⁹ Un enfoque de salud feminista, al concebir estos procesos como sociales, históricos y políticos, pone el foco en su posible cambio y en que la alternativa para el cambio es, necesariamente, política.

⁴⁸ Rafael González Guzmán, “La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud”, *Medicina Social*, Vol.4, N°2, 2009, pp. 135-143.

⁴⁹ Andrea Paz, Carlota Ramírez, “Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable”, en Fundación Soberanía Sanitaria, *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización*, CABA, Tinta Limón, 2019.

Desde los feminismos y los movimientos LGBT+, como se observa en las experiencias analizadas, también se ha cuestionado la delimitación entre cuerpos sanos y enfermos, en tanto la vulnerabilidad y la enfermedad son propias de lo humano, mientras que el binarismo “salud-enfermedad” ha contribuido al proceso de normalización de los cuerpos y las personas⁵⁰. Asimismo, desde un enfoque de salud colectiva, se concibe a la “salud-enfermedad” como un proceso dinámico, relativo a condiciones y momentos de la vida, no como estados mutuamente excluyentes.⁵¹

En segundo lugar, entendemos que un enfoque feminista en salud debe ser integral en diversos sentidos. Los movimientos feministas y LGBT+ que analizamos demuestran que las respuestas a los problemas de salud-enfermedad son parte de las problemáticas, tanto a nivel de los sistemas e instituciones de salud como de los Estados responsables de la garantía de derechos, por lo que es necesario pensar respuestas que integren los distintos niveles. A su vez, en padecimientos o prácticas fuertemente estigmatizadas, como el VIH o el aborto, estos movimientos dan cuenta de la centralidad de los aspectos simbólicos como una parte inescindible de los aspectos biológicos.

En tercer lugar, los estudios y experiencias feministas y LGBT+ demuestran la interseccionalidad⁵² de diversos aspectos, es decir, las desigualdades de género, raza, clase, condición migratoria, imagen corporal, entre otras, no son aspectos que se adicionan unos a otros, sino que son consubstanciales –expresan experiencias que no pueden ser divididas secuencialmente sino para efectos analíticos– y coextensivas –se coproducen mutuamente. Esto se observa, por ejemplo, en las investigaciones activistas que presentamos, que muestran el entrecruzamiento en las condiciones de vida de las personas travesti trans en cuanto a acceso a vivienda, educación, empleo y sistema de salud.⁵³

En cuarto lugar, un enfoque feminista en salud propone una articulación de demandas, derechos y reivindicaciones, dado que la agenda feminista se ha ido nutriendo de una

⁵⁰ Moira Pérez, “Salud y soberanía...”, ob. Cit.

⁵¹ Asa Cristina Laurell, “La salud...”, ob. Cit.

⁵² Danièle Kergoat, “Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux”, en Elsa Dorlin, *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*, París, PUF, 2009, pp. 111–126.

⁵³ Ministerio Público, *La revolución de las Mariposas*. Ob. Cit.

multiplicidad de reivindicaciones de otros movimientos, y viceversa.⁵⁴ Entendemos la salud feminista ligada a los devenires de los movimientos LGBT+, pero también a otros movimientos que, en alianza, han hecho aportes invaluableles al campo de la salud: el movimiento loco y su crítica a la patologización de la salud mental; las organizaciones de personas con discapacidad; los movimientos intersex contra las intervenciones de sus cuerpos; el movimiento gordo, contra la hiperpatologización, entre otros. Todos ellos ponen de manifiesto la arbitrariedad y la violencia de las delimitaciones de lo que se considera sano y enfermo, bregan por mecanismos de despatologización y denuncian la responsabilidad de organismos, corporaciones e instituciones biomédicas en las violencias perpetradas. Fomentan prácticas en la línea de una salud feminista: buscan recuperar la autonomía de personas que han sido excluidas de la toma de decisiones sobre su salud, mediante un proceso político colectivo, y desmonopolizar la autoridad epistémica mediante una recuperación crítica del conocimiento científico.

En quinto lugar, un aspecto común de los movimientos analizados refiere a una apropiación crítica de tecnologías médicas y científicas, con el objetivo de responder a las demandas y garantizar los derechos en salud de quienes han sido excluidos/as de ellos. Ejemplo de ello son la organización de las personas trans por acceso a tratamientos hormonales, los movimientos de las personas viviendo con VIH, las nuevas configuraciones en las maternidades lésbicas o los movimientos de difusión del aborto seguro con medicamentos.

En sexto lugar, el enfoque de salud feminista se caracteriza por el reconocimiento y la jerarquización de los saberes “legos”, médicos y no médicos, en la construcción de conocimientos en salud. En el MMH, la autoridad epistémica pertenece a “la industria médica y farmacéutica, las agencias estatales e internacionales de salud pública y los espacios académicos de investigación y enseñanza”.⁵⁵ Desde los movimientos feministas y LGBT+, en cambio, los sujetos involucrados son partícipes de las definiciones de salud y enfermedad, y de cuáles son las mejores respuestas a sus padecimientos. En ocasiones, estos movimientos

⁵⁴ Grecia Guzmán Martínez, Margot Llombart, Enrico Mora Malo, Dau García Dauder, “Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: Un análisis histórico-crítico”, *Salud Colectiva*, N°17, 2021.

⁵⁵ Moira Pérez, “Salud y soberanía...”, ob. Cit., p. 36

construyen conocimientos por fuera de lo reconocido, que más tarde son reinterpretados y recuperados por las instituciones médicas, y personas no profesionales llegan a constituirse en “legos expertos”,⁵⁶ disputando el lugar de saber-poder del profesional de la salud. Los movimientos feministas y LGBT+ históricamente han construido y difundido saberes por fuera de los canales reconocidos, como compartir datos sobre espacios en los que sus derechos sean respetados, hasta construir saberes desde la experimentación con sus propios cuerpos, como es el caso de las hormonización en las personas trans o las experiencias de abortos con medicamentos. Muchas de estas prácticas, además, se basan en saberes aprendidos a partir de la observación y la formación no institucionalizada, en ocasiones ligados a saberes tradicionales y ancestrales.

En séptimo lugar, reivindicamos una salud feminista que busque transformar relaciones asimétricas de poder entre médicos y pacientes. A partir de un *habitus* médico autoritario, los/as usuarios/as son entendidos/as desde el campo médico como objetos, “recidipiendarias pasivas de servicios”⁵⁷. Este posicionamiento jerarquizado redundando en prácticas de atención violentas, en limitaciones a la autonomía y a la capacidad de agencia de los/as personas e, incluso, en graves violaciones de los derechos humanos. En contraposición, los feminismos y movimientos LGBT+ en salud han destacado la condición de sujetos de derecho y han puesto la ciudadanía en el centro del debate, entendida ésta, no sólo como un catálogo de derechos, sino como el deber del Estado de garantizar su ejercicio.

El octavo aspecto a destacar se vincula con una reivindicación de la autonomía, pensada en colectivo. Los movimientos feministas y LGBT+ han puesto el foco en reivindicar la autonomía de las personas sobre sus cuerpos y decisiones, pero no se trata de una perspectiva liberal o individualizada, que presupone la racionalidad y la responsabilidad del sujeto, ampliamente cuestionada desde la teoría política feminista.⁵⁸ Por el contrario, se trata de la constatación de la existencia de un orden simbólico y material que constriñe dicha autonomía. Desde allí, reivindicamos, por un lado, la interdependencia y la vulnerabilidad como potencia, y por el otro, el reconocimiento y la garantía por parte del Estado de la condición

⁵⁶ Emiliano Marelló, “Coproducción, ciencia...”, ob. Cit.

⁵⁷ Roberto Castro, “Habitús profesional...”, ob. Cit., p. 56

⁵⁸ Patricia González Prado, *Aborto y la autonomía sexual de las mujeres*, Buenos Aires, Didot, 2018.

de sujetos capaces de tomar decisiones libres, para reducir los efectos de esas limitaciones. En esta línea, los movimientos feministas y LGBT+ por la salud promueven vías alternativas para difundir información clara y accesible, vinculada a prácticas comunitarias, y fomentar la toma de decisiones autónoma sobre estos conocimientos.

En noveno lugar, entendemos que es necesario promover una relación dialógica entre instituciones de salud, colectivos de la sociedad civil y Estado, a partir de la participación de los colectivos organizados en la planificación, diseño, implementación, evaluación y monitoreo de las políticas públicas. Así, no solo se transforman las demandas desde la sociedad civil, sino que se institucionalizan nuevas definiciones acerca de lo que es la salud, los modos de abordarla y los actores que intervienen en su atención. La presencia de personal estatal militante, o *insider activists*,⁵⁹ que abordan las cuestiones de salud desde los feminismos y otros movimientos, es una forma de intervención en el seno del Estado, tanto en la atención de servicios de salud, como en la elaboración de protocolos y capacitaciones. Un ejemplo es la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir que, con anterioridad a la legalización del aborto en Argentina, nucleaba a profesionales que promovían y garantizaban el acceso a la interrupción del embarazo en el marco de las causales de no punibilidad.

En último lugar, sostenemos la centralidad de las prácticas comunitarias en la promoción y la atención de la salud. Prácticas como la difusión de información entre pares, la distribución de folletos y talleres informativos, hasta charlas en los servicios de salud y el armado de redes de acompañamiento, permiten romper la dicotomía del sistema de salud entre actividades extra o intra muros, y articular acciones con espacios laborales, educativos y sindicales, entre otros. Estas acciones forman parte del acervo de construcción feminista y LGBT+, a partir de los grupos de autoconsciencia de los años '70, que se resignifican a lo largo de las experiencias descriptas.

6. Reflexiones finales

⁵⁹ Julia McReynolds-Perez, "Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context", *BMC pregnancy and childbirth*, Vol.17, N°2, 2017.

Los puntos desarrollados en este artículo responden a una propuesta teórico-conceptual de salud feminista elaborada a partir del análisis de distintos movimientos feministas y LGBT+, movimientos por los derechos de pacientes, la salud colectiva latinoamericana y la perspectiva de género en salud. No buscamos cristalizar este término ni atarlo a una corriente o movimiento, sino entenderlo como un enfoque cambiante, una praxis, un modo ético-político de abordar la salud, crítico del androcentrismo y de las prácticas que reproducen lo que, en términos analíticos, entendemos por MMH y *habitus* médico autoritario. A lo largo de este texto abordamos las conceptualizaciones sobre el MMH, los PSEAC, el *habitus* médico autoritario, propuestas por la corriente de salud colectiva, y cómo estas se han articulado con la perspectiva de género en salud. Luego, analizamos diversas experiencias de los movimientos feministas y LGBT+ de Argentina como prácticas xenofeministas que producen evidencia científica desde los márgenes, fomentan la construcción de redes comunitarias en salud y reivindican como legítimas prácticas e identidades estigmatizadas.

Sobre esta base, desarrollamos una conceptualización de la salud feminista que nos permite analizar los PSEAC como procesos complejos, en los que inciden no sólo los sistemas de salud, sino también una amplia red de actores y movimientos, inescindibles de los feminismos situados, histórica y geopolíticamente. Nos interpela la construcción de una salud que no niegue el carácter parcial del conocimiento científico, sino que, a partir de saberes situados, tome un posicionamiento ético-político comprometido con los derechos humanos y reconozca la larga trayectoria de los activismos, las investigaciones, las disputas y los consensos que se dan dentro y fuera del campo de la salud, y dentro y fuera de los feminismos. Hoy, que algunas de las proclamas del feminismo son retomadas desde el *status quo* y desde espacios neoliberales y conservadores, nos parece fundamental reivindicar su carácter político crítico, recuperar sus trayectorias y definir algunos de sus aspectos nodales, reconociendo la interseccionalidad de las desigualdades estructurales y su potencialidad en el ejercicio de la ciudadanía y los derechos humanos. Desde aquí, formulamos algunos aspectos que consideramos clave en una propuesta de salud feminista: una concepción política, integral e interseccional de la salud; la apropiación crítica de tecnologías científicas y la jerarquización de los saberes “legos”; la transformación de relaciones asimétricas de poder entre médicos y pacientes; la reivindicación de una autonomía pensada en colectivo;

la centralidad de las prácticas comunitarias; y el diálogo entre diversos actores del campo de la salud.

Proponer una definición de salud feminista no consiste en promover una mirada ingenua, armónica o idealista del campo de la salud, sino, por el contrario, reconocer las disputas y jerarquías que lo atraviesan, con el fin de establecer mecanismos que contribuyan a orientar las concepciones, las prácticas y las respuestas a los problemas de salud-enfermedad, a partir de los saberes, experiencias, deseos, perspectivas y decisiones de las personas y los grupos organizados, dentro y fuera de los sistemas de salud. Sostenemos que es posible pensar una salud feminista que vaya más allá de las dicotomías médico-paciente, salud-enfermedad, medicalización-antimedicalización, naturaleza-tecnología, y que permita construir modos híbridos de abordar los PSEAC, a partir del cuestionamiento de la biología como destino y de un anclaje en la autonomía desde una dimensión colectiva.

Bibliografía

Arístegui, Inés, Zalazar, Virginia, *Ley de Identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*, Buenos Aires, Fundación Huésped, 2014.

Antoniucci, Melina, Mateo, Natacha, “Acceso a la salud del colectivo trans: entre las estrategias de inclusión e integralidad”, *Revista Unidad Sociológica*, Vol. 7, N°2, 2016, pp. 9-17.

Benedicto, Clara, “Malestares de género y socialización: El feminismo como grieta”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol.38, N°134, 2018, pp- 607-625

Brown, Josefina, Pecheny, Mario, Tamburrino, Cecilia, y Gattoni, Soledad, “Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: El aborto y otras situaciones sensibles”, *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, Vol.2, N°12, 2013, pp. 37-50.

Castro, Roberto, “Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”, En Castro, R. y López Gómez, A. (ed.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los*

profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina Avances y desafíos en la investigación regional, Montevideo, UdelaR, 2010, pp. 49-72.

Castro, Roberto, *Teoría social y salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2011.

Diniz, Debora, “Harm reduction and abortion”, *Developing World Bioethics*, 12(3), 2012.

González Guzmán, Rafael, “La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud”, *Medicina Social*, Vol.4, N°2, 2009, pp. 135-143.

González Prado, Patricia, *Aborto y la autonomía sexual de las mujeres*. Buenos Aires: Ed. Didot, 2018.

Gutiérrez, Ma. Alicia, “La imagen del cuerpo. Una aproximación a las representaciones y prácticas en el cuidado y la atención de la salud” en Berkins, Lohana, Fernández, Josefina (coord.) *La gesta del nombre propio*. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo, 2013.

Guzmán Martínez, Grecia, Llombart, Margot, Mora Malo, Enrico, García Dauder, Dau, “Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: Un análisis histórico-crítico”, *Salud Colectiva*, N°17, 2021.

Haraway, Donna, *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reivindicación de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, 1991.

Hester, Helen, *Xenofeminismo: tecnologías de género y políticas de reproducción*, Buenos Aires, Caja Negra Editora, 2018.

Illouz, Eva, *El consumo de la utopía romántica: El amor y las contradicciones culturales del capitalismo*, Katz editores, 2009.

Kergoat, Danièle (2009). Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. En Dorlin, Elsa (Ed.). *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*, París, PUF, pp. 111–126.

Laurell, Asa Cristina, “La salud y la enfermedad como proceso social”, *Revista Latinoamericana de Salud*, N°2, 1982, pp. 7-25.

Luz, Madel, *Natural, racional, social. Razón médica y racionalidad científica moderna*. Buenos Aires, Lugar, 1997.

Marello, Emiliano, “Coproducción, ciencia y activismo: empoderamiento epistémico y retorico de activistas seropositivos en la Argentina”, en Marafioti, Roberto y Martini, María (edit) *Pasajes y paisajes: reflexiones sobre la practica científica*, Moreno, UNM Editora, 2016, pp. 53-94.

Marentes, Maximiliano, Palumbo, Mariana, y Boy, Martín. (2016). “Me clavó el visto”: los jóvenes y las esperas en el amor a partir de las nuevas tecnologías. *Astrolabio*, N°17, pp.307–330.

Ministerio Público. *La revolución de las Mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio*, Buenos Aires, Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017.

McReynolds-Perez, Julia, “Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context”, *BMC pregnancy and childbirth*, Vol.17, N°2, 2017.

Menéndez, Eduardo, “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”, *Salud colectiva*, N°16, 2020, e2615.

Menéndez, Eduardo, “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciência y saúde coletiva*, N°8, 2003, pp. 185-207.

Mertehikian, Yazmín, *La salud (hetero) sexual y reproductiva en debate: experiencias de jóvenes mujeres lesbianas y heterosexuales de sectores medios con los servicios de ginecología en el Área Metropolitana de Buenos Aires*, Tesis de Maestría, UNGS, 2018.

Michalewicz, Alejandro, Pierri, Claudia, Ardila-Gómez, Sara. “Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización”, *Anuario de Investigaciones*, Vol. XXI, 2014, pp. 217-24.

Paz, Andrea, Ramírez, Carlota, “Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable”, en Fundación Soberanía Sanitaria, *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización*, CABA, Tinta Limón, 2019

Pérez, Moira, “Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer” en Fundación Soberanía Sanitaria, *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización*, CABA, Tinta Limón, 2019

Pombo, Gabriela, “La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género”, *Revista Margen*, N° 66, 2012.

Richardson, Diane, Constructing sexual citizenship: Theorizing sexual rights. *Critical social policy*, Vol. 20, N° 1, 2000, p. 105-135.

Serrano Gallardo, Pilar, “La perspectiva de género como una apertura conceptual y metodológica en salud pública”, *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol.38, 2012, pp.811-822.

Spinelli, Hugo, Urquía, Marcelo, Bargalló, María, y Alazraqui, Marcio, “Equidad en salud: teoría y praxis”, Ciudad de Buenos Aires, Serie Seminarios salud y política pública, CEDES, 2002.

Tajer, Débora, *Género y Salud. Las Políticas en acción*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

Trupa, Noelia, *Experiencia(s) y Comaternidad(es): Un estudio de caso(s) sobre parejas lesbianas usuarias de Tecnologías de Reproducción Asistida del Área Metropolitana de Buenos Aires durante el período 2010-2015*, Tesis de Doctorado, UBA, 2019.