



HACIA LOS FEMINISMOS DESCOLONIALES, NEGROS Y COMUNITARIOS PARA DESCOLONIZAR LOS ESTUDIOS DE GÉNERO Y SALUD

ODETH SANTOS MADRIGAL*

El objetivo de este trabajo es realizar una breve revisión sobre los fundamentos epistémicos desde donde se desarrollaron los denominados estudios de género y salud en Latinoamérica y el Caribe; y a su vez caracterizar las posibles aportaciones e intersecciones críticas de los feminismos decoloniales (Lugones, 2011) al pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur en el siglo XXI (Basile, 2022).

La propuesta de análisis en este artículo entonces forma parte de una necesaria revisión del conocimiento situado en el Sur sobre determinadas corrientes teóricas feministas eurocéntricas y anglosajonas reproducidas como universales y únicas que se entrelazaron a los engranajes dominantes en el campo de la salud desde la biomedicina clínica moderna, la salud pública funcionalista, la medicina social y las geopolíticas de la doctrina panamericana sanitaria con la contemporánea salud global liberal reproduciendo un conjunto de conceptos, tesis, mandatos, consignas y agendas globales sobre la *salud de las mujeres* desde el pensamiento científico moderno y sus dinámicas de colonialidad del poder, del saber y del conocer (Quijano, 2000).

Nos proponemos entonces revisar cómo hemos aprendido las determinaciones de los procesos de salud y sus intersecciones de clase, raza, género y sexualidad, cómo estas múltiples opresiones se entrelazan y acumulan -no de forma "aditiva"- en las herencias coloniales del capitalismo periférico dependiente, la racialización de cuerpos, territorios y vidas como órdenes jerárquicos raciales de dominación, subordinación y deshumanización que impactan en los modos de (sobre)vivir, trabajar, enfermar y morir de las naciones indígenas originarias, de los pueblos y poblaciones negras, de las diversidades sexuales, como en términos generales de las clases populares de Latinoamérica y el Caribe.

En definitiva, este texto es una primera aproximación en la actualización de los marcos de comprensión en el estudio de los problemas de salud pública y en búsqueda de una epidemiología crítica desde y para las mujeres en el Sur global que requiere cambios significativos en las teorías, las políticas y prácticas sanitarias en América Latina y el Caribe, entendiendo que las soluciones a nuestros procesos de vida y cuidado integral de la salud y la vida no provienen solo de los sistemas de conocimientos del campo técnico-sanitario, mucho menos si insistimos en reproducir epistemologías y prácticas que naturalizan las matrices de opresión desde los feminismos eurocentrados dominantes del Norte global.

Así tenemos la importante tarea de replantear unas epistemologías de la Salud desde el Sur (Basile, Iñiguez, 2023), que hacen necesaria la descolonización epistémica, teórico-conceptual, técnico-práctica y metodológica sobre los denominados *estudios de género en salud* para problematizar de manera dinámica y compleja la ecología de saberes y conocimientos de los feminismos decoloniales, negros, comunitarios para volver a pensar, reconfigurar y actuar en la salud de las mujeres y pueblos del Sur (Viveros, 2023).

Abrir fuertes interrogantes resulta sustancial para la propia actualización de las teorías críticas latinoamericanas caribeñas en salud en el siglo XXI: ¿Qué marcos teóricos han gobernado las investigaciones en género y salud?, ¿cómo estas se utilizan como evidencia científica para formular e implementar políticas públicas y prácticas en salud pública, en epidemiología, en respuestas de cuidado o diagnóstico-tratamiento?, ¿cómo la generalización de una categoría excluye, invisibiliza y naturaliza las matrices de opresión que se reproducen en la biomedicina clínica, la salud pública funcionalista, la medicina social, la salud global liberal y el panamericanismo sanitario como expresiones que, en distintos grados, reproducen el racismo epistémico, la colonialidad del saber y del ser, con la mercantilización de la salud?

Para discutir, comprender o problematizar estos interrogantes en el campo de la salud, en la epidemiología, en las políticas y sistemas de

salud, en programas y estrategias promocionales-preventivas, en la gestión y gobierno en salud pública, entre otros espacios y campos técnico-político sanitarios; primero es necesario realizar una caracterización de las implicancias epistémicas y prácticas del valor de uso de la categoría "género".

CRÍTICA A LOS ESTUDIOS DE GÉNERO Y SALUD: DESCOLONIZARNOS DE LOS FEMINISMOS EUROCÉNTRICOS EN EL CAMPO SANITARIO

Para el proceso de descolonización y actualización del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur es sustancial revisar críticamente los estudios de *género y salud* a través del aporte de los feminismos decoloniales y la crítica a la razón feminista eurocentrada (Espinoza Miñoso, 2022).

La categoría *género* (*gender* en inglés) que propuso el feminismo eurocéntrico anglosajón dominante, volcó la mirada y la discusión a unas dinámicas del patriarcado en el Norte global como forma de poder estructurante de una producción de relaciones sociales asimétricas (productivas y reproductivas) en el seno de las sociedades del capitalismo del Centro global. Importante que este Norte o Centro globales en su constitución como sistema mundo contemporáneo proviene de ser metrópolis que transitaron la conquista, la colonización, el colonialismo y estructuraron un orden Superior-Inferior de humanidad que se fue readecuando luego en un orden económico del capitalismo industrial de mercado y al capitalismo financiero extractivo. Así la corriente feminista eurocentrada universalizó e instituyó una forma de comprender la opresión entre sexos en una división: mujeres y hombres.

En este caso, el concepto *patriarcado* es central dentro de la crítica racionalista moderna eurocéntrica en estas sociedades que, como regla general, hace el feminismo eurocentrado. Antes de ser reformulado por la teoría feminista, el significado de este término se correspondía exactamente con su etimología: la palabra "patriarca" se compone de las palabras griegas "ἄρχω" (mandar) y "πατήρ" (padre), y desde la antigüedad denominó a la organización social que otorga la primacía a la parte masculina de la sociedad e institucionaliza la influencia del padre de familia. A su vez, la perspectiva conceptual de género surge de las propuestas de diversas corrientes del feminismo eurocéntrico anglosajón que buscaron comprender las desigualdades que afectan a las mujeres en lo que respecta a sus injusticias y derechos humanos en la Zona del Ser (Grosfoguel, 2012); así como, asumir una posición política en la equidad entre las mujeres y los hombres.

En este sentido, las aportaciones de la nigeriana Oyewùmi (2017) son claves, para nuestro análisis ya que se pregunta si el patriarcado es una categoría universal válida. Al proponer esta interrogante, no contrasta al patriarcado con el matriarcado, sino que propone que "el género no era un principio organizador en la sociedad yoruba (Nigeria) antes de la colonización occidental"; es decir, no había un sistema de género institucionalizado ni las relaciones socioculturales estaban organizadas en la comunidad yoruba bajo estas asimetrías de sexo-género. Así, Oyewùmi entiende que el género es introducido por Occidente, como una herramienta de dominación que designa dos categorías sociales que se oponen en forma binaria y jerárquica. La asociación colonial entre anatomía y género es parte de la oposición binaria y jerárquica, central a la dominación de las anahembras e introducida por la Colonia.

En síntesis, este marco de comprensión auto percibido *universal* consolidó las categorías de género y patriarcado al plantear a "una mujer" de corte moderno, universalista y esencialista, que produjo este saber feminista en un contexto situado singular, bajo unas relaciones productivas-reproductivas puntuales y con unos órdenes jerárquicos coloniales naturalizados e invisibles bajo los ojos de Occidente o del Norte global (Mohanty, 1991).

Como lo expresa Yuderky Espinoza (2022), la idea de feminidad y masculinidad asociadas a la categoría de "género" no corresponden a la experiencia y la situación de las mujeres y varones *raciali-*

* México. Integrante del Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria. ORCID: 0000-0001-8528-3000

zados, deshumanizados y anclados en la zona del No Ser (Grosfoguel, 2012). Así el género no es una categoría independiente del sistema de conocimiento de dónde surge: del pensamiento moderno y de las situaciones observadas en contextos del Norte global.

Como lo muestra en su trabajo Oyewùmi (2017), sin duda que el género es una construcción sociocultural de las sociedades, pero es primero una construcción del Norte global o del sistema mundo contemporáneo en “sus” sociedades y en sus bases de humanidad jerárquica.

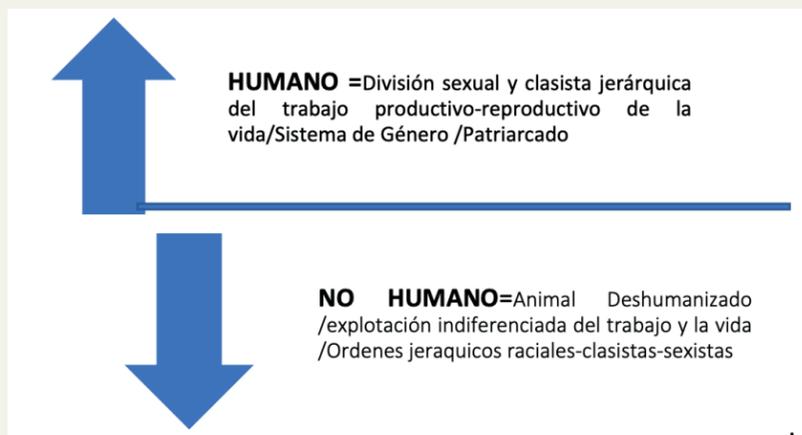
Es por esto que María Lugones (2008), como otras autoras latinoamericanas caribeñas y del Sur global, plantean que existe un sistema de género moderno/colonial con la imposición de un sistema de género constitutivo de la colonialidad del poder; y como la propia colonialidad (que significa órdenes jerárquicos que trae la colonización y se mantienen vigentes) fue y es constitutivo de este sistema de género. Este sistema constituye el significado mismo de “hombre” y “mujer” en el sentido moderno/colonial. Este sistema de género (o *genderización*) realiza una equiparación ficcional de la situación de la mujer blanca occidental, como “la mujer” bajo las subordinaciones y desigualdades con el “hombre” eurocéntrico, blanco y occidental. Esto ya nos marca las inmensas diferencias entre ser “mujer” o ser “negra” o “indígena” (Lugones, 2010).

Ahora bien, el proceso de vida, trabajo, sobrevivencia y humanidad racializado y engenerizado simultáneamente, implica la inferiorización de las mujeres colonizadas, racializadas, deshumanizadas e inferiorizadas bajo otro sistema de opresiones diferente al establecido por Occidente desde la *genderización*.

Como la raza es una invención mítica de la colonización (clasificación racial), también lo es el género. La invención de la “raza” posiciona las relaciones de superioridad e inferioridad establecidas a través de la dominación colonial. Se considera la humanidad y las relaciones humanas a través de una ficción, en términos biológicos. Las mujeres burguesas blancas son consideradas como mujeres. Las hembras (esclavas, indígenas) excluidas -por y en esa descripción- no fueron solamente sus subordinadas, sino también fueron vistas y tratadas como animales, subhumanas o inferiores. Por eso, Lugones hace una importante contribución al anunciar el concepto de *colonialidad del género* y denunciando junto con otras feministas decoloniales, que tanto al género como el patriarcado sólo tienen sentido en las epistemológicas occidentales del Norte global. Esta trampa de la llamada unidad o sororidad entre mujeres oculta diligentemente los intereses de clase y raza de aquellas que se enuncian como representantes de “las mujeres” en términos universales (Espinoza, 2022). Y esto también encubrió *violencia epistémica* y etnocentrismo de una teoría feminista que invisibilizó las experiencias de las mujeres no blancas y sus aportes teóricos y epistémicos.

Lugones (2008) desde su concepto de sistema colonial de género, criticó la lógica categorial dicotómica y jerárquica central para el pensamiento capitalista colonial moderno que devino de la separación entre lo humano y no humano, donde lo humano ha sido representado en el hombre blanco, moderno, europeo, burgués, colonial, heterosexual, cristiano, asumido como civilizado; y asimismo la categoría universal de “la mujer” generalizada por Occidente dicotómica y subordinada en lo productivo-reproductivo a ese “hombre” en el Norte global, mientras negaba humanidad a mujeres negras, indígenas y otras mujeres racializadas y oprimidas en la Zona del No Ser (Grosfoguel, 2012) o del Sur global.

Gráfica del sistema sexo-género al sistema moderno colonial de género



Fuente: Lugones, 2010

El pensamiento desarrollado por las feministas decoloniales y antirracistas es radicalizar la crítica a esta pretensión de universalismo de esta producción de la teoría feminista eurocentrada. Las concepciones feministas decoloniales desde pensadoras y activistas como María Lugones (2010), Lélia González (1984), las afrocaribeñas Ochy Curriel (2021), Yuderky Espinoza Miñoso (2022), Julieta Paredes Carvajal (2022), Mara Viveros (2023), Karina Ochoa Muñoz (2021), Aura Cumes (2014), Breny Mendoza (2021), entre muchas otras; no pueden situarse sin los sistemas de conocimientos y ecología de saberes ancestrales negros, indígenas, populares y territoriales desde donde dan existencia, encarnadura y territorialidad a nuestros feminismos en el Sur.

Como la teoría clásica feminista y la categoría género no sirve para interpretar la realidad y la opresión de las mujeres racializadas, porque esta categoría (género) no explicaría de forma adecuada la

manera en que fueron sometidas “las mujeres” de los pueblos no europeos del Norte global. Es decir, en definitiva, buscamos describir que hay un racismo que esconde la pretensión de universalidad de la categoría “mujer” de los feminismos eurocéntricos y blancos desde donde se nutrieron y nutren aún muchas de las corrientes feministas en el Sur global en general, y especialmente en Latinoamérica y el Caribe en particular. Este concepto de “mujer”¹ de los sistemas de conocimientos emanados de estos feminismos blancos no comprende, *folkloriza* o inferioriza a las mujeres negras, indígenas, campesinas, migrantes, lesbianas y sexo diversas; anula las interseccionalidades opresivas de raza, colonialidad y explotación de clase que no son simples “aditivos” o un eslogan de “lo interseccional” en el siglo XXI (Lugones, 2008). La interseccionalidad de imbricaciones, articulaciones y flujos de condicionantes y adversidades estructuradas sobre las mujeres racializadas no nació con las tesis simplificadas de Crenshaw (1990) -utilizadas para un caso judicial- que actualmente fueron universalizadas y reducidas a unas enunciaciones en clave de consignas vacías y coartadas para mantener las hegemonías feministas clásicas (Lugones, 2010). De esta manera se fragmentaron en categorías homogéneas, que crean posiciones fijas y estáticas, focalizadas, y así se sustentan las bases teóricas para el surgimiento de agendas de demandas y respuestas de políticas de *inclusión social* neoliberal por fragmentos (Lugones, 2005).

Como lo identifica Vigoya Viveros (2016) al convertirse la interseccionalidad en la metáfora feminista más difundida hoy en Europa y los Estados Unidos, muchos de los trabajos escritos sobre interseccionalidad actualmente perdieron conexión con los contextos latinoamericanos y caribeños negros, indígenas, populares que le dieron origen e ignoraron contribuciones importantes hechas por fuera de los contextos universitarios del Norte global y escritos en lenguas distintas al inglés.

De ahí que la crítica al patriarcado universal y al sujeto mujer universal caracterizado por las hegemonías blanco-burguesas-hetero de las prácticas y la teoría feminista (Espinoza Miñoso, 2022) sea fundamental para los movimientos feministas negros, decoloniales, comunitarios que surgieron en el Caribe, Latinoamérica, África y Asia o Estados Unidos.

Ahora bien, ¿por qué traer estos marcos de comprensión y giros epistémicos hacia el campo de la salud desde el Sur? Porque este marco categorial de los feminismos eurocéntricos anglosajones hegemonizó también el campo sanitario, de la salud pública y la epidemiología, y las corrientes de medicina social europea y latinoamericana, la salud colectiva, entre otros. Esta construcción de género tuvo y tiene repercusiones importantes en los procesos de comprensión de la vida, la salud, subjetivación y sociabilidad, pero también marcadamente en el propio diseño de las investigaciones, de la formación, de la gestión, políticas y programas públicos de salud, en la cooperación internacional en salud que se reproducen en Latinoamérica y el Caribe. Negarlo o resistirse a abordarlo, no implica su no existencia.

IMPLICANCIAS DE LA CATEGORÍA GÉNERO EN EL CAMPO DE LA SALUD EN EL SUR

Las repercusiones de este marco categorial de los feminismos eurocentrados en el campo de la salud y la epidemiología no fueron menores y mantienen una significativa colonialidad en el conocimiento sanitario en Latinoamérica y el Caribe (Quijano, 2000). La biomedicina clínica moderna como la salud pública -en todas sus expresiones incluso críticas- reproduce omisiones graves en su comprensión de la salud y la ecología de saberes sanitarios de las naciones indígenas, poblaciones negras, campesinas, populares, en sus modos de vivir, trabajar, enfermar y morir, por considerarlos simplemente dentro de categorías universales en las remanidas clasificaciones internacionales de enfermedades, o en las matrices de abordaje de una salud pública o salud colectiva desde una perspectiva de género.

Revisar la categoría de género en el campo de la salud visualizando la vigente definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puede darnos unas primeras aproximaciones:

“El género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas...” (OMS 2018)

Con esta conceptualización de género es posible observar una serie de trabajos, en investigación clínica y de salud pública que operacionalizan y comprenden al *género* como categoría universal para estudiar, accionar o responder a problemas de salud-enfermedad y cuidados de las mujeres y los varones en las sociedades, comunidades, territorios y territorialidades del Sur. Innumerables estudios epidemiológicos, reducen la categoría género a distribuciones y frecuencias de morbi-mortalidades por sexo (OPS, 2022). Estas fueron las evidencias científicas que llevaron a instaurar una política de formación de profesionales de la salud con la premisa máxima de “*inclusión de género*”, “*perspectiva de género*”, “*equidad de género*” en la atención clínica y en los progra-

¹ En su forma clásica, las mujeres aparecen como un grupo homogéneo anclado sobre una base material (el sexo cromosómico y hormonal), esta base teórica las llevaría a unir las en un mismo destino. (Espinoza Miñoso 2022, pág. 82)

mas verticales de salud pública según las matrices epistémicas del Norte global, que se reprodujeron y reproducen en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU 2015), en las agendas de Población y Desarrollo (CEPAL 2022) y actualmente no podría faltar “gender” en la agenda de gobernanza de la salud global liberal tan difundida en las escuelas y gestoras de salud pública (Basile, 2018).

En la revisión de literatura también ubicamos a los estudios de género y salud reproduciendo toda la epistemología feminista eurocentrada operacionalizada en la salud de las mujeres:

“promover la equidad de género en salud implica contribuir a la acumulación por parte de las mujeres de capital social, humano y cultural, a contra corriente del proceso de desapropiación que este histórico social patriarcal les imprime...En forma concomitante, cabe destacar que existe suficiente evidencia para poder afirmar que la diferencia entre los géneros, es decir la división social por sexo del trabajo y el poder, establece una estrecha vinculación entre los perfiles epidemiológicos de una población y las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud” (Tajer et al, 2007).

A esto también se le ha llamado *perfiles epidemiológicos de género* (OPS 2009), los cuales han hecho una especie de superposición aditiva de las categorías como género, clase social o etnia-raza en las denominadas desigualdades de género en salud, que además desde la epidemiología social anglosajona (Borrell, 2015; Dahlgren y Whitehead, 1991) y en la epidemiología de riesgo (Breilh, 1998) vigentes tanto en la academia como en la gestión y gobierno sanitario transformaron: género=sexo; clase social=nivel socioeconómico y etnia-raza=color de piel. Esto se acumula en unas bioestadísticas sobre individuos (caso=persona) como fenómenos individuales de conteos por sexo-género de enfermedad-muerte, ubicados en un lugar como distribución, adicionados en escalas artificiales por sexo-género, nivel socioeconómico y color de piel.

Actualmente, esta perspectiva ha reconfigurado políticas y programas de salud *focalizados* en el marco de las oleadas de reformas neoliberales al sector salud y a los sistemas sanitarios, adecuando este sistema de sexo-género en la individualización de los riesgos individuales convertidos en sumatorias artificiales en las denominadas “*poblaciones o grupos vulnerables*” al mejor estilo del manejo del riesgo social neoliberal, por ejemplo, llamando “*perspectiva de género*” a contabilizar paquetes o acciones mitigatorias según cantidad de mujeres y niñas pobres, niñas/os y adolescentes; las cuales se ordenan, por el nivel de ingreso, el lugar, el sexo, la edad, y otras capas de datos acumulados en los sistemas de beneficiarios únicos de programas sociales y sanitarios dentro de una población determinada como sumatoria de agregación de individuos, y finalmente diseñando y volcando políticas públicas funcionalistas de prevención y atención de la enfermedad y estructurando territorialmente los precarizados sistemas de salud y seguridad social a paquetes de servicios e intervenciones de salud pública desde perspectiva de género bajo estas mismas premisas.

“Acelerar la igualdad de género e invertir en el empoderamiento genera grandes beneficios económicos. Ninguna sociedad se puede desarrollar de manera sostenible si no cambia y aumenta la distribución de oportunidades, recursos y opciones para los hombres y las mujeres de modo que tengan el mismo poder de dirigir sus propias vidas y contribuir a sus familias, comunidades y países” (Banco Mundial, 2023).

Estas conceptualizaciones no sólo no complejizan la interseccionalidad -*quizás las frivolizan*- sino tampoco toman en cuenta el devenir de las comunidades de vida (Colmenares, 2022), cómo atraviesan sus procesos de salud-enfermedad-cuidado históricamente condicionados por matrices de opresión múltiples. Solo contribuyen a la explotación de recursos epistémicos para justificar políticas encaminadas a la división, individualización y exterminio de la vida comunitaria y social de las comunidades de la vida (Colmenares, 2022).

Estos marcos categoriales tienen sus consecuencias más graves en las políticas que se definen actualmente como de “*población y desarrollo*” para Latinoamérica y el Caribe en permanente actualización y con flujos de financiamientos internacionales hacia ONGs locales, activistas y redes como también internacionalizadas por el propio sistema de Naciones Unidas.

Aquí las mujeres y hombres de comunidades negras e indígenas fueron y son sometidos a toda una agenda de “*control poblacional*” en sus propias tasas de natalidad y mortalidad bajo los enfoques de la transición epidemiológica y de teorización del desarrollo (Omran, 1971) desde unas premisas coloniales de la planificación familiar pasando por la esterilización forzada o bien en ciertas actualizaciones conceptuales de lo que a veces se denomina actualmente las premisas de salud sexual y reproductiva aunque continúa siendo en la práctica planificación familiar con rostro humano para poblaciones “pobres”.

Bajo enunciados de consensos, a través de indicadores económicos propuestos por la CEPAL para contribuir a los planes de desarrollo económico, se determinó que algunos países tenían que bajar sus tasas de fecundidad apoyados por el Plan de Acción Mundial sobre Población (CEPAL-PAMP 2000). En Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Ja-

maica, México, República Dominicana y Perú, su ejecución estuvo a cargo de los Ministerios de salud o Secretarías de Salud, o apoyada por organismos privados afiliados a la International Planned Parenthood Federation (IPPF), que proveían servicios de planificación familiar en áreas rurales y urbanas. Es decir, modificar procesos biológicos sin transformar en nada las condiciones materiales de vida de estas poblaciones y comunidades.

Necochea López (2008) lo describió bajo el marco de “*seguridad nacional en el Norte, anticonceptivos en el Sur*”. Tanto Unión Europea en sus múltiples agencias de cooperación al desarrollo como Estados Unidos continúan abordando el crecimiento demográfico y las migraciones y movilidad humana como un problema en los países del Sur global -*le llaman en vías de desarrollo*- y considerándolo como una amenaza a su seguridad nacional.

Pero es evidente que estas políticas, programas y prácticas de control de natalidad, de planificación familiar vertical fueron y son ejecutadas aún hoy por equipos y programas de salud pública que siempre se reproducen en los territorios y poblaciones racializadas, descuidadas y en desposesión permanente en el Sur. Lo intercultural no se contempla, o simplemente se instrumentaliza como un problema de traducción idiomática.

Estas epistemologías feministas moderna colonial ingresaron de forma vertical, más o menos amigable y estructurando unas tecnocracias feministas eurocentradas en el Sur a través del conocido *sistema internacional de cooperación al desarrollo*, o lo que llamamos comúnmente la cooperación o régimen internacional de cooperación. Este sistema internacional de cooperación también en salud reproduce una geopolítica Norte-Sur a través de sus agencias cooperantes centrales (Ej: USAID, UE, DFID, AFD, JICA, otras) y ONGs del Norte global, que se expandió en nuestros territorios, comunidades, poblaciones con la internacionalización de sus valores, intereses, enfoques, teorías y políticas como universales consolidando una *agenda de la salud de las mujeres* de corte monocultural basadas en las tesis de planificación familiar, población y desarrollo, control de natalidad, que incluso a través de financiamientos y flujos de proyectos de ONGs del Norte global.

Es común mirar estos marcos categoriales de *género* en la atención y práctica clínica. Los sistemas de atención médica curativa-asistencial individual (en sistemas de salud) reproducen en su propio diseño, gestión, cuidado y respuestas, experiencias de racialización y opresión que de manera frecuente se viven simplemente como formas de discriminación exacerbadas y reconocidas actualmente como formas de violencia institucional de los servicios de salud (violencia gineco-obstétricas, malos tratos, otras). Cuando comenzamos a visualizar una epidemiología del racismo institucional (Werneck, 2016) y cartografiar sistemáticamente prácticas asistenciales, curativas, clínicas-medicamentosas, tratamientos sobre cuerpos racializados es posible no sólo encontrar desigualdades de género, sino profundas prácticas de deshumanización racial y clasista (Basile et al, 2022). Estos son algunos ejemplos en donde esta epistemología del género en la salud también se traduce en la reproducción de matrices de opresión, de racismo y clasismo en todos sus niveles en la colonialidad de conocimientos de la práctica médica (Anuniação, et al 2022).

En resumen, la crítica a la categoría “*género*” operacionalizada en la salud desde los feminismos eurocentrados y anglosajones nos referimos a:

- Los estudios de frecuencia y distribución de enfermedades por sexo-género. Y a eso lo llaman variable o perspectiva de “*género*” en la epidemiología
- En la arquitectura institucional, organizacional y funcionamiento de los Sistemas de Salud con unidades sanitarias de género o el género como un departamento dentro del aparato burocrático asistencial curativo de respuesta de atención biomédica (más o menos universal dependiendo el sistema sanitario).
- En la creación de políticas nacionales reproductoras de agendas globales en salud desde la episteme moderno colonial de la salud global y panamericana.
- En el trasvasamiento de programas de salud pública funcionalista que también atraviesan las prácticas de la medicina social latinoamericana eurocéntrica que además fragmentaron por programas verticales en lo materno-infantil, en la salud sexual-reproductiva, por la patologización de la salud de las mujeres, etc.

CLAVES DE LOS FEMINISMOS DECOLONIALES, NEGROS, COMUNITARIOS PARA PENSAR Y HACER SALUD DESDE EL SUR

Como primer aporte epistemológico, los feminismos decoloniales lo gran construir su propia caracterización del concepto de género, y con ello dar una profunda y particularizada revisión del concepto colonial de género y patriarcado, con el interés profundo de desmontar prácticas, políticas y discursos que contribuyen y conforman la colonialidad del saber y del poder (Quijano, 2000). De acuerdo con los trabajos de Mara Viveros (2016), Patricia Hill Collins (2000), Chandra Mohanty (1991), Ochy Curiel (2013), Yuderlys Espinosa (2007), Breny Mendoza (2010) María Lugones (2005), Oyéronké Oyewùmi (2017), y otras compañeras, las opresiones vividas de las mujeres negras, de color, campe-

sinas, de las naciones indígenas, de las diversidades sexuales se explican, desde diferentes puntos, en relación con las matrices de opresión que dictan una forma de ser mujer y de ser hombre.

Como segundo aporte este pensamiento y accionar crítico interpelan la categoría de género propuesta por los feminismos blancos anglosajones y eurocéntricos dominantes, y construyen bases históricas, epistémicas y metodológicas para entender las matrices de opresión de las mujeres del Sur. Los feminismos negros, decoloniales y comunitarios son generadores de pensamiento y acción decolonial crítica desde el Sur, y sin duda tienen puntos de encuentro con el pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur. La revisión, descolonización y actualización del pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud en el siglo XXI, se propone repensar la salud en un nuevo marco categorial de la Salud desde el Sur (Basile, 2022). Comprendiendo a la salud como un proceso complejo, sociocultural e históricamente condicionado, resultado de las herencias coloniales, raciales y del capitalismo en sus diferentes fases, en una geopolítica de las dependencias y determinaciones internacional de la salud y la vida en el Sur.

Dejándonos en el campo de la salud la tarea de preguntarnos *¿Cómo comprender los territorios y territorialidades para producir cuidado integral de salud y la vida en nuestros espacios de acción sobre las opresiones múltiples que sufrimos las negras, indígenas, campesinas, migrantes, diversidades sexuales, las otras mujeres? ¿Cómo construir estrategias de soberanía sanitaria también en la agenda territorial, nacional y regional de la salud de las mujeres en el Sur? ¿Qué implicancias tiene la refundación de los sistemas de salud y descolonizar nuestras formas de organizar e institucionalizar estrategias, servicios y acciones sanitarias para monitorear y responder integralmente a las interseccionalidades en la vida y la salud? ¿Cómo aportan los feminismos decoloniales, negros y comunitarios a pensar y hacer otra epidemiología en nuestras comunidades de la vida?*

COMO REFLEXIÓN FINAL

El objetivo central de nuestra reflexión es posicionar las bases de pensamiento y acción de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios que en sus diversas representaciones se configuraron política y epistemológicamente por trayectorias individuales y especialmente por ecología de saberes colectivos diversos, pero todas convergen en las necesidades de interpelación, confrontación y alternativa a todos los órdenes jerárquicos como también a los discursos como prácticas dominantes para comprender y responder a las matrices de opresión que son imposibles de fragmentar, folklorizar o frivolarizar en lo "afro" o "lo indígena" que se repiten actualmente desde los camuflajes de los feminismos anglosajones y eurocéntricos también en el campo de la salud, la epidemiología, la salud sexual y reproductiva, entre otros.

El pensamiento crítico latinoamericano en salud se encargó y se encarga de recuperar diferentes teorías críticas y decoloniales latinoamericanas caribeñas como nuevas intersecciones con las ciencias de la salud y ciencias sociales sin dependencias con las epistemologías críticas eurocéntricas, reconociendo otros sistemas de conocimientos que nacen de las prácticas y realidades ignoradas por la ciencia moderna para construir otra historia y explicar e incorporar epistemologías y saberes desplazados desde la ecología de saberes del Abya Yala que han vivido en resistencia a la penetración y genocidio cultural civilizatorio. Este proceso de trabajo forma parte de una dignificación y un posicionamiento contra la violencia sistemática vivida y normalizada sobre nuestros propios grupos y colectivos de mujeres para generar autonomías relativas y espacios de soberanía sanitaria en contextos globales y regionales adversos (Basile, 2023; Breilh, 2022).

Aquí nos aparece el punto clave de este artículo: decimos que no hay pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud desde el Sur en el siglo XXI sin feminismos decoloniales, negros y comunitarios en el centro de sus epistemologías, marcos de comprensión, teorías, políticas y nuevas prácticas sanitarias.

Hacer visible la necesidad de cuestionar y luchar contra un entramado de matrices de dominación (Hill Collins, 2000) involucradas en el campo de la salud a distintos niveles. En los cuerpos, territorios y la Madre Tierra se expresan múltiples opresiones a través de procesos destructivos -en formas de enfermedades, padecimientos, muertes y dolor como de crisis socioambientales y epidemiológicas-, por lo que es importante visualizar la relación entre los sistemas de opresión y repensar el racismo como problema epidemiológico clave en la salud de las mujeres racializadas en el Sur (Gondim, et al., 2020). También invitamos a mirar con los lentes de luchas de los feminismos negros, comunitarios, decoloniales, para hacer una revisión profunda de la categoría de *interseccionalidad* en salud, proponiendo el estudio y accionar simultáneo sobre la salud desde la imbricación de opresiones que se gestan en los modos de nacer, vivir, trabajar o morir que dan lugar a perfiles epidemiológicos polarizados, racializados y procesos de salud-enfermedad-cuidado alarmantes en poblaciones negras e indígenas precarizadas y deshumanizadas aún en el Siglo XXI.

En definitiva, se trata de abrir nuevas preguntas y asumir las complejas implicancias de estudiar, problematizar y construir prácticas desde las intersecciones que nos convocan los feminismos decoloniales, negros, comunitarios como núcleos claves del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur en el Siglo XXI.

En este proceso de trabajo nos encontramos un conjunto de investigadoras, instituciones y activistas desde el **Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria** donde buscamos generar un espacio de intercambio de experiencias, diálogo epistémico y producción crítica situada en la contextualidad del Sur sobre las intersecciones y las aportaciones de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios en el campo de la salud desde el Sur. Abriendo nuevos caminos para descolonizarnos de ciertas categorías que aún impactan en las prácticas sanitarias, pero especialmente fortaleciendo aportaciones en transformar nuestra salud y vida en el Sur.

REFERENCIAS

Basile, Gonzalo (2022) Hacia una Salud desde el Sur: epistemología decolonial y de soberanía sanitaria/Towards a Health from the South: A decolonial and sanitary sovereignty epistemology. *Medicina Social*, 15(2), 65-72.

Basile, Gonzalo; Iñiguez, Luisa (2023) Estudio de Desigualdades desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud: encrucijadas para la descolonización de teorías y prácticas investigativas desde el Sur. Dossier del Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria, febrero, 2023.

Banco Mundial (2023) Entendiendo la pobreza: Género. Link: <https://www.bancomundial.org/es/topic/gender/overview>

Colmenares Lizárraga, Katya (2022) De la sociedad moderna a la comunidad de vida: agenda para una filosofía decolonial transmoderna y posoccidental. *Tabula Rasa*, (42), 133-152.

Crenshaw, K. (1990) Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stan. L. Rev.*, 43, 1241.

CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022). NU. CEPAL. 45 años de Agenda Regional de Género. Documento actualizado, 18 de agosto de 2023.

Espinoza, Yuderky (2022) *De por qué es necesario un feminismo decolonial. Ensayos sobre género y sexualidad*, Icaria Editorial, colección: Mujeres y Culturas. Barcelona España.

Grosfoguel, Ramón (2012) *El concepto de «racismo» en Michel Foucault y Frantz Fanon: teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser*. *Tabula rasa*, (16), 79-102.

Gondim, Roberta, Cunha, Ana Paula, dos Santos, Ana Giselle, et al (2022) Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural/ /Desigualdades raciales y la muerte como horizonte: consideraciones sobre la COVID-19 y el racismo estructural. *Cad. Saúde Pública* 36 (9) 18 Set 2020.

Hills Collins, Patricia (2000) *Pensamiento feminista Negro: el conocimiento, la conciencia y la política de empoderamiento* (2ª ed.). Nueva York. Routledge.

Lugones, María. (2011). Hacia un feminismo decolonial. *La manzana de la discordia*, 6(2), 105-117.

Lugones María. (2008) Colonialidad y género. *Tabula Rasa*. Bogotá - Colombia, No.9: 73- 101, julio-diciembre.

Lugones, María (2005) Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color *Revista Internacional de Filosofía Política*, Núm. 25, pp. 61-76 Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa México.

Mohanty, Chandra (1991) *Third World Women and the Politics of Feminism*. Indiana University Press, Bloomington.

Necochea López, Raúl (2010) Anticonceptivos en el sur, seguridad nacional en el norte. *Salud colectiva*, 6, 103-111.

Oyewùmi Oyéronké.(2017) La invención de las mujeres. Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género.

Organización Panamericana de la Salud (2022). Igualdad de Género en Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero-salud>.

Organización Mundial de la Salud (2018) Género y Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.

Omran, Abdel (1971) The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change, in *Milbank Mem Fund Quart*, núm. 49.

Quijano, Aníbal (2000) Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En Lander, E (Comp.). *La Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: perspectivas latinoamericanas* (p.201-246). Buenos Aires: CLACSO.

Tajer, Devora, Lo Russo, Alejandra, Reid, Graciela, Gaba, Mariana, Attardo, Clara, Zamar, Adriana. Olivares Bustamante, Leslie (2007) *Ruta Crítica de la Salud de las Mujeres: Integralidad y equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en la Ciudad de Buenos Aires*. Anuario de investigaciones, 14, 00-00.

Viveros, Mara (2023) *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Amsterdam: TNI Transnational Institute.

Viveros, Mara (2016) *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación*. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.

Werneck, Jurema (2016) Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*. 2016, v. 25, n. 3., 535-549.

Santos Madrigal, Odeth
Hacia los feminismos decoloniales, negros y comunitarios para descolonizar los estudios de género y salud / Odeth Santos Madrigal. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2024.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-813-697-4

1. Feminismo. 2. Estudios de Género. 3. Salud. I. Título.
CDD 305.4201

