



Descolonizar las teorías y políticas en sistemas de salud desde los feminismos descoloniales *

Decolonizing Theories and Policies in Health Systems from Decolonial Feminisms

Descolonizar as Teorias e Políticas nos Sistemas de Saúde a partir dos Feminismos Descoloniais

Recibido: 05 de octubre de 2024. **Aceptado:** 24 de noviembre de 2024. **Publicado:** 30 de diciembre de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.dtps>

Odeth Santos Madrigal

GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO, Argentina
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8528-3000>

Cómo citar Santos Madrigal, O. (2024). Decolonizar las teorías y políticas en sistemas de salud desde los feminismos descoloniales. *Gerencia y Políticas de Salud*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.dtps>



Resumen

El objetivo de este artículo es revisar y discutir los fundamentos epistémicos de colonialidad, desde donde se desarrollaron los estudios de género aplicados a las teorías y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. A su vez, caracterizar las posibles aportaciones e intersecciones críticas de los feminismos descoloniales, negros y comunitarios para el desarrollo del marco categorial de refundación de los sistemas de salud en el sur (1). En una primera parte, se realiza una revisión del conocimiento situado en el sur sobre las corrientes teóricas feministas eurocéntricas y anglosajonas reproducidas desde lo que se denomina *perspectiva género* en las teorías y políticas sobre sistemas de salud desde el pensamiento científico moderno y sus dinámicas de colonialidad del poder, del saber y del conocer (2). Por último, se realiza una descripción teórica de las principales aportaciones y fundamentos de los feminismos descoloniales, negros y comunitarios a través de la crítica a la categoría “género”, abriendo una discusión de las posibles contribuciones de estas epistemologías feministas del sur para el monitoreo de las interseccionalidades de la salud y la vida como parte del nuevo marco categorial de los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud para el siglo XXI en el Abya Yala.

Palabras clave: género, feminismos descoloniales, refundación, sistemas de salud, estudios de género y salud, colonialismo.

Abstract

The aim of this article is to review and discuss the epistemic foundations of coloniality, from which gender studies applied to theories and policies on health systems in Latin America and the Caribbean were developed. It also seeks to characterize the possible contributions and critical intersections of decolonial, Black, and community feminisms for the development of the categorial framework for the refoundation of health systems in the Global South. The first part reviews the situated knowledge of the South regarding Eurocentric and Anglo-Saxon feminist theoretical currents reproduced through what is known as the gender perspective in health system theories and policies, within the framework of modern scientific thought and its dynamics of the coloniality of power, knowledge, and understanding. Finally, a theoretical description is provided of the main contributions and foundations of decolonial, Black, and community feminisms, critically examining the category of “gender” and opening a discussion about the potential contributions of these feminist epistemologies of the South for monitoring the intersectionalities of health and life as part of the new categorial framework of critical studies for the refoundation of health systems for the 21st century in Abya Yala.

Keywords: Gender, Decolonial Feminisms, Refoundation, Health Systems, Gender and Health Studies, Colonialism.

Resumo

O objetivo deste artigo é revisar e discutir os fundamentos epistêmicos da colonialidade, a partir dos quais se desenvolveram os estudos de gênero aplicados às teorias e políticas sobre sistemas de saúde na América Latina e Caribe. Também se busca caracterizar as possíveis contribuições e interseções críticas dos feminismos descoloniais, negros e comunitários para o desenvolvimento do marco categorial de refundação dos sistemas de saúde no Sul Global. A primeira parte revisa o conhecimento situado no Sul sobre as correntes teóricas feministas eurocêntricas e anglo-saxônicas reproduzidas a partir do que se denomina perspectiva de gênero nas teorias e políticas sobre sistemas de saúde, dentro do pensamento científico moderno e suas dinâmicas de colonialidade do poder, do saber e do conhecer. Por fim, é apresentada uma descrição teórica das principais contribuições e fundamentos dos feminismos descoloniais, negros e comunitários, com uma crítica à categoria “gênero”, abrindo uma discussão sobre as possíveis contribuições dessas epistemologias feministas do Sul para o monitoramento das interseccionalidades da saúde e da vida como parte do novo marco categorial dos estudos críticos para a refundação dos sistemas de saúde para o século XXI em Abya Yala.

Palavras-chave: gênero, feminismos descoloniais, refundação, sistemas de saúde, estudos de gênero e saúde, colonialismo.



Introducción

La categoría *género* tiene una genealogía y unas formas de implantación en la trayectoria de los movimientos feministas en Europa y Estados Unidos —denominado Norte global—, que fue introducida por el pensamiento científico moderno a través de los engranajes de la biomedicina clínica, la salud pública funcionalista y universalizada desde las geopolíticas de la doctrina panamericana sanitaria y la contemporánea salud global liberal (1). La categoría de *género* propuesta por este feminismo eurocentrado fue introducida de manera mecánica y sin cuestionamiento en el campo de la salud en Latinoamérica y el Caribe (2).

Así, se fue reproduciendo una matriz universalizada de mirar a las mujeres y a los hombres, con sesgos y limitaciones para estudiar compleja y concretamente los sistemas de opresión en los que nacen, viven, trabajan, hacen comunidad, enferman y mueren las mujeres en el sur. Esta concepción de *género* también impactó en las respuestas institucionales públicas a los procesos de salud-enfermedad-cuidados de las mujeres negras, indígenas y campesinas, de las diversidades sexuales y mujeres otras del sur global (2).

A partir de esto, en este artículo revisamos las bases de comprensión de los estudios de género que priman en las teorías y políticas sobre sistemas de salud actualmente y qué tipo de respuestas institucionales construyeron a las intersecciones de género, raza, clase y sexualidad en los procesos de salud-enfermedad en los territorios del sur. Buscamos caracterizar cómo estas opresiones, que se entrelazan y acumulan —no de forma *aditiva* o como un listado— en las herencias coloniales del capitalismo periférico dependiente, toman sentido en la racialización de nuestros cuerpos, territorios y vidas como órdenes jerárquicos raciales de dominación, subordinación y deshumanización que impactan en los modos y comunidades en su diario vivir, trabajar, enfermar y morir de las naciones indígenas originarias, de los pueblos y poblaciones negras, de las diversidades sexuales, como en general de las clases populares de Latinoamérica y el Caribe (2).

Nuestros sistemas de salud institucionalizaron clasificaciones o asimilaron la organización burocrática administrativa de respuestas de atención médica sanitaria tecnoasistencial, reparatoria, de atención primaria y biomedicalizadas (3), pero añadiendo una *perspectiva de género* a esta matriz teórica y metodológica (2).

Esta revisión es una primera aproximación resultado de la matriz de estudio y trabajo que viene desarrollando el Grupo de Estudios regionales “Feminismos decoloniales, racismo y salud” del Grupo regional de Salud Internacional y soberanía Sanitaria de CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Este proceso investigativo y de replanteo teórico-epistémico de CLACSO plantea dimensiones, categorías y preguntas de investigación hacia la actualización de los marcos de comprensión en los estudios de sistemas de salud (3) desde y para las mujeres del sur (4) que requiere cambios significativos en las teorías, las políticas y prácticas sanitarias desde y para América Latina y el Caribe (5).

Entendemos que las soluciones a nuestros procesos de cuidado colectivo y comunidades de vida (3) 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 (6).

En búsqueda de la actualización de las teorías críticas latinoamericanas caribeñas en sistemas de salud en el siglo XXI, abrimos fuertes interrogantes desde los feminismos del sur problematizando: ¿Qué marcos teóricos han gobernado las investigaciones en género en los sistemas y servicios de salud? ¿Cuánta de la supuesta evidencia científica para formular e implementar políticas públicas y respuestas de atención diagnóstica-tratamiento sobre las mujeres y territorios racializados provienen de estos estudios de género y salud del norte global? ¿La universalización de la genderización excluye, invisibiliza y naturaliza las matrices de opresión de las comunidades y mujeres del sur global? ¿Las arquitecturas y respuestas institucionales de los sistemas de salud pública reproducen racismo institucional, colonialidad y deshumanización en los territorios de Latinoamérica y el Caribe.

Para responder a nuestros interrogantes y objetivos, el artículo se presenta en cuatro partes. La primera explica el enfoque teórico metodológico utilizado. En las tres partes siguientes se desarrollan los resultados sobre las interrogantes de la revisión señalada. La segunda parte desarrolla la descripción crítica a la categoría de *género y perspectiva de género* (6) que se introdujeron y reproducen en los estudios sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe (3), explicando las implicancias de la matriz eurocéntrica de la genderización y, según autoras decoloniales (6), la propia invención mítica de la raza (4) y también del género que produjo la colonización (4). La tercera parte, desde los marcos teóricos de los feminismos decoloniales se describen la operacionalización de la categoría género en los estudios sobre sistemas de salud en el sur. A su vez, brevemente se resalta la complejidad del marco teórico y uso de la categoría *interseccionalidad* para comprender y monitorear las matrices de opresión en las que viven los colectivos y particularmente las mujeres, negras, indígenas, campesinas y de la diversidad sexual de Latinoamérica y el Caribe. En el cuarto bloque se describen las claves para la discusión: una revisión de las aportaciones desde los feminismos decoloniales, negros, comunitarios para pensar y producir procesos de estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud para el siglo XXI, sus aportes fundantes y necesarios para el campo de la salud pública. Por último, se presentan reflexiones finales.

Enfoque teórico-metodológico

Se realizó una revisión crítica desde las epistemologías de los feminismos descoloniales a las categorías de “género”, “perspectiva de género” y “equidad de género” seleccionando los enfoques teóricos plasmados en documentos oficiales de organismos internacionales más relevantes que gobiernan la agenda sanitaria global (5), y que son reproducidas en las agendas de estudios y políticas de reformas a los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. A través del análisis de contenido y análisis documental de esta literatura especializada, realizamos una



selección de los documentos que de manera relevante introducen los principales fundamentos de marcos teóricos-conceptuales y de políticas públicas en relación con el género en los sistemas de salud. Así, fueron seleccionados documentos sobre género y/o perspectiva de género de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial y la agenda de género de la Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe (CEPAL). Por otro lado, realizamos la revisión y descripción de las principales teorías y contribuciones propuestas por los feminismos decoloniales, negros y comunitarios a la construcción y el reconocimiento de otras relaciones productivas y reproductivas de mujeres y hombres del sur global (6), y finalmente abrimos una breve introducción a las aportaciones de estas teorías y prácticas feministas decoloniales al pensamiento crítico en salud (1) particularmente hacia la propuesta del marco categorial de los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud en la región (3).

Tenemos la importante tarea de nutrir de otras epistemologías feministas desde el sur a la refundación y descolonización de teorías y políticas sobre los sistemas de salud (3), lo cual hace necesaria la descolonización epistémica, teórico-conceptual, técnico-práctica y metodológica de los estudios de género sobre las políticas y sistemas de salud (2). Proponemos problematizar de manera dinámica y compleja los sistemas de conocimientos y saberes de las filosofías del sur desde los feminismos decoloniales, negros, comunitarios para pensar y actuar en el cuidado de la salud de las mujeres y comunidades de vida en el sur (7).

Crítica a la perspectiva de género: Descolonizarnos de los feminismos eurocéntricos

Partimos de una primera premisa de trabajo: para el proceso de descolonización y actualización del pensamiento crítico latinoamericano en sistemas de salud es sustancial revisar los estudios de género que se aplican a nuestras teorías y políticas sobre sistemas de salud a partir de la crítica a la razón feminista eurocentrada (8, 9) y recuperando los aportes de los feminismos decoloniales, negros y comunitarias del sur (6).

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 formas de poder producidas en las relaciones sociales asimétricas (productivas y reproductivas) en el seno de las sociedades modernas del capitalismo en el centro global (2).

Lo que aquí denominamos norte o centro global es la constitución de un sistema mundo contemporáneo —que se considera así mismo *el mundo*— que tiene unos orígenes y trayectorias de ser metrópolis coloniales que gobernaron la conquista, la colonización, el colonialismo y estructuraron un orden superior-inferior de humanidad constitutivo de la modernidad que organizó Occidente (4), para luego readecuarse al sistema económico que trajo la modernidad: del capitalismo industrial de mercado al capitalismo financiero extractivo actual.

La declaración de los nacientes derechos del hombre y el ciudadano en el norte global desarrolló y promulgó criterios “naturales e imprescriptibles” como *Liberté, Égalité, Fraternité* (Libertad, Igualdad, Fraternidad). Sin embargo, excluyó a las mujeres, y al hacerlo, creó las condiciones para la consolidación de un movimiento feminista europeo que pudo ubicarse temporal y espacialmente a partir de su Declaración de los Derechos de las Mujeres (blancas y eurocentradas), elaborada y presentada por Olympe de Gouges en 1791, en la que sin reparos cuestionaba: “Hombre, ¿eres capaz de ser justo?”. Esto nos permite ubicar y referenciar puntos de partida de las desigualdades entre sexos que estos territorios describen.

Las propuestas de este feminismo eurocéntrico y anglosajón se desarrollaron históricamente y abarcaron una amplia gama de enfoques interpretándose como si existieran diferentes manifestaciones de “los” feminismos en el norte global. Las teorías feministas europeas y anglosajonas son un conjunto de ideas y análisis que buscaron abordar las desigualdades de género y las estructuras de poder en la opresión de las mujeres en el seno de la sociedad moderna de Occidente. Ahí podemos encontrar diferentes propuestas y corrientes de feminismos nacidos en Europa y en Estados Unidos. Se pueden identificar en la literatura las expresiones de: feminismo sufragista, feminismo socialista, feminismo anarquista, feminismo radical, feminismo cultural, feminismo liberal, feminismo autónomo, post feminismos, feminismo clasista, o simplemente “el feminismo”.

Desde la categoría “género”, esta perspectiva produjo una historia de las mujeres de Occidente (10) tan centrada como sesgada en sus luchas y conquistas, ubicadas en estas sociedades y contextos, que se fueron universalizando como una perspectiva global.

Múltiples autoras y corrientes latinoamericanas caribeñas asumieron la epistemología de conocimientos de estos feminismos eurocentrados considerando esta categoría como universal y estructuraron formas de pensar, investigar, hacer crítica o discutir el género, el sexo y la diferencia sexual en el sur desde la concepción que se denomina “genderización” (11).

En este contexto, esta corriente feminista eurocentrada universalizó e instituyó una forma de comprender la opresión entre sexos basada en una división binaria entre mujeres y hombres. En este marco, el concepto de *patriarcado* ocupa un lugar central dentro de la crítica racionalista moderna eurocéntrica, que caracteriza al feminismo dominante en estas sociedades que, como regla general, hace el feminismo dominante eurocentrado (12).

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 ‘*ἀρχω*’ (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 la categoría género surge de las propuestas de diversas corrientes del feminismo eurocéntrico que buscaron comprender las desigualdades que



afectaban a las mujeres en lo que respecta a sus injusticias y derechos humanos en la Zona del Ser (13); así como, asumir una posición política en la equidad entre las mujeres y los hombres.

El término ‘género’ apareció en los círculos científicos en 1950, en estudios sobre la transexualidad desarrollados por investigadores norteamericanos. Su uso resolvió dificultades conceptuales en el estudio de pacientes que nacían con sexo biológico ambiguo, o cuando el sexo al nacer no coincidía con la identidad sexual deseada (14). Pero el término solo cobró evidencia con la publicación de *Sex and gender: The Development of Masculinity and femininity* (15), libro que inauguró el debate en torno al concepto, posteriormente incorporado al campo feminista del norte (15) (16). Sin embargo, la referencia a Stoller suele omitirse en la literatura feminista, que atribuye el origen de la noción de género a Simone de Beauvoir en 1962 (17). Para las defensoras de esta posición, la célebre frase de Beauvoir (17) "no se nace mujer, se llega a ser mujer" ya contemplaba la distinción entre las esferas biológica y lo sociocultural del sexo-género, idea desarrollada más tarde por las feministas como perspectiva histórica y noción sociológica (18, 19). En la década de 1970, las feministas estadounidenses y también europeas comenzaron a utilizar ‘género’ para enfatizar el carácter social de las distinciones basadas en el sexo y rechazar el determinismo biológico implícito en los términos ‘sexo’ o ‘diferencia sexual’. En la década siguiente, el término ganó centralidad en el debate feminista del Norte global, con estatus de concepto teórico, crítico y político para analizar las diferencias y desigualdades entre los sexos. Como resultado, optar por el concepto se convirtió en una decisión epistemológica que implica una determinada opción teórica, pero a su vez geopolítica (20-22).

Dentro de los resultados de la revisión teórica a las investigaciones de los feminismos decoloniales, es importante destacar los hallazgos de la nigeriana Oyéronké Oyewùmi (23), que se pregunta si el patriarcado es una categoría universal válida. Al proponer este interrogante, no se busca contrastar al patriarcado con el matriarcado, sino que se expone 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 productivas y reproductivas de sexo-género. Así, Oyewùmi entiende el género fue y 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 y la geopolítica del colonialismo en el sur (23).

En síntesis, este marco de comprensión autopercibido como “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 de la sociedad moderna del norte global, bajo unas relaciones productivas-reproductivas puntuales en esos territorios y con unos órdenes jerárquicos coloniales naturalizados e invisibles bajo los ojos de Occidente o del norte global (24).

Por otro lado, pero en el mismo sentido, como lo expresa Yuderkys Espinoza (12), 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 racializados, deshumanizados y anclados en la zona del No Ser (13). El *género* no es una categoría independiente del sistema de conocimiento de dónde surge como, por ejemplo, del pensamiento moderno y de las situaciones observadas en contextos del norte global.

Como lo muestra en su trabajo Oyewùmi Oyéronké (23), el género es sin duda una construcción sociocultural de las sociedades, pero es primero una construcción del norte global o del sistema mundo contemporáneo en sus propias sociedades, en las relaciones sociales de la modernidad y en sus bases de humanidad jerárquica. También María Lugones (9), como otras autoras latinoamericanas caribeñas y del sur, plantea que existe un sistema de género moderno/colonial con la imposición de un sistema de género constitutivo por la colonialidad del poder; como la propia colonialidad (4) (que significa órdenes jerárquicos que trajo la colonización y se mantienen vigentes) constitutivos de este sistema de género (9).

Este sistema constituye el significado 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 la 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” (9).

Ahora bien, el proceso de vida, trabajo y humanidad racializado y ‘engenderizado’ simultáneamente, implica la subordinación de las mujeres colonizadas, racializadas y deshumanizadas bajo otro sistema de opresiones diferente al establecido por Occidente desde su conceptualización de *genderización*. Como la raza es una invención mítica de la colonización (clasificación racial), también lo es el género según Lugones (9).

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 solo tienen sentido en las epistemológicas occidentales. 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 (10). Y esto

también encubrió *violencia epistémica* y etnocentrismo de la teoría feminista que invisibilizó las experiencias de las mujeres no blancas y sus aportes teóricos.

Desde su concepto de sistema colonial de género, Lugones (9) 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 (24) 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 (13) o del sur global (Figura 1).

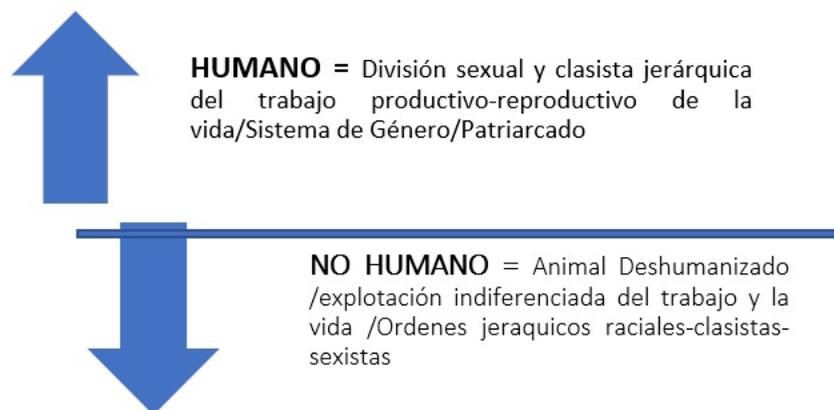


Figura 1. Del sistema sexo-género al sistema moderno colonial de género

Fuente: Lugones, 2010.

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, en profundidad y no reconoce por lo tanto ‘folcloriza’ o subordina 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 (2).

Interseccionalidad para el monitoreo en sistemas de salud: desafíos y críticas

La interseccionalidad de imbricaciones, articulaciones y flujos de condicionantes y adversidades estructuradas sobre las mujeres racializadas no nació con las tesis simplificadas de Crenshaw

(25) —*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 (12). De esta manera se fragmentaron en categorías homogéneas con color de piel o sexo, 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 de grupos vulnerables (26).

Como lo identifica Vigoya Viveros (27), cuando la interseccionalidad se convierte 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, escritos en lenguas distintas al inglés. La pregunta sobre quién produce el conocimiento, qué conocimiento es válido y quién tiene el poder para decidir estas cuestiones sigue teniendo pertinencia en un campo de conocimiento que no está por encima ni por fuera de las asimetrías geopolíticas en la producción y circulación del conocimiento (28). La trayectoria del concepto de interseccionalidad es muy distinta: autoras como Martha Zapata Galindo (29) plantea que, a diferencia de lo que sucede en Europa y en Estados Unidos, en Latinoamérica y el Caribe la *interseccionalidad* no alcanza el estatus de concepto hegemónico y para muchas feministas latinoamericanas caribeñas no aporta nada nuevo.

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 (9) sea fundamental para los movimientos feministas negros, decoloniales, comunitarios que surgieron en el Caribe, Latinoamérica, África y Asia o Estados Unidos. Incluso la división pública/privado y división sexual del trabajo productivo y reproductivo no responden históricamente a la comprensión integral de las violencias de las mujeres no blancas ni de las formas de explotación racial. Hoy en día, estas cuestiones siguen siendo parte del debate dentro de los feminismos, especialmente aquellos denominados feminismos del sur.

Ahora bien, en los cuerpos, territorios y la Madre Tierra se expresan múltiples opresiones a través de procesos destructivos —en formas de crisis socioambientales y epidemiológicas que se expresan en enfermedades, padecimientos, dolor y muertes y dolor—, por lo que es importante visualizar la relación entre los sistemas de opresión que están reproduciéndose en la vida con los impactos en los perfiles epidemiológicos de las comunidades que luego demandan respuestas sanitarias, incluyendo al racismo y las mujeres racializadas (30) como problemas claves para los sistemas de salud en el sur global en el siglo XXI (31).

También invitamos a mirar a partir de los lentes de las luchas de los feminismos negros, comunitarios, decoloniales, para hacer una revisión profunda de la categoría de interseccionalidad como base teórico operacional desde donde nutrir nuevas prácticas de



monitoreo epidemiológico crítico de las interseccionalidades y determinaciones de la salud humana y colectiva. El monitoreo interseccional de la salud propone el estudio y accionar simultáneo sobre los daños a la salud y la vida desde la imbricación de opresiones que se gestan en los modos de nacer, vivir, hacer comunidad, trabajar, enfermar o morir que dan lugar a unos perfiles epidemiológicos polarizados, racializados y procesos de salud-atención-cuidado alarmantes en poblaciones precarizadas y deshumanizadas aún en el siglo XXI.

La lucidez epistémica de las sujetas y sujetos que se encuentran en la intersección entre estos distintos vectores de opresión es donde quizás se anidan los sistemas de conocimientos y respuestas teóricas, políticas, prácticas y técnico-metodológicas para un monitoreo territorial, simultáneo e integral de las determinaciones de la salud (32) desde los sistemas de salud.

Es válido solo recordar brevemente cuando hablamos de interseccionalidad, que este concepto tiene mucho para aportar a la salud pública, la epidemiología y los sistemas de salud. Recordando que las propias bases del conocimiento científico moderno y sus engranajes de la biomedicina, la salud pública, la medicina social eurocéntricas panamericanas fueron y son profundamente racistas (2). Estas bases racializaron el conocimiento sanitario tanto biomédico como salubrista médico-social. A su vez, los sistemas de atención médica eurocéntricos estructuraron institucionalidades y diagnósticos-tratamientos desde esta racialización.

El racismo epistémico y estructural tiene bases en la ciencia moderna occidental donde el discurso racista biológico del siglo XIX es una secularización del discurso racista teológico (13). Como bien lo describe Ramón Grosfoguel (13), la opresión racial en sus imbricaciones de clase, género y sexualidad vivida dentro de la ‘zona del ser’ (norte global) y dentro de la ‘zona del no-ser’ (sur global) nunca fue ni es igual.

Los procesos de racialización del nacer, vivir, trabajar, enfermar y morir en la zona del ser nunca fueron iguales a los de las zonas del no-ser. Mientras que en el norte global hay mecanismos de regulación y emancipación, y las poblaciones excluidas pugnan por los derechos humanos, la igualdad y el reconocimiento en la zona del ser, en el sur global persisten la deshumanización y la negación.

En Latinoamérica y el Caribe, la negación de la humanidad y de la vida significa aún hoy zonas de sacrificio humano y ambiental, de racismo territorial, de perfiles epidemiológicos raciales deshumanizados, de precariedades en exceso de bienes públicos universales, integrales y de calidad, y sistemas de salud pública que reproducen un racismo estructural desde el propio Estado moderno (7).

Ahora bien, ¿por qué traer estos marcos de comprensión y giros epistémicos hacia el campo de los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud desde el sur? Porque el marco categorial de los feminismos eurocéntricos anglosajones hegemonizó también el campo de estudios de los sistemas de salud, incluso de las corrientes de medicina social europea y latinoamericana y de la salud colectiva brasileña (1,33).

Al asumir el género como sinónimo de mujeres y, al mismo tiempo, reducir la categoría de mujer y hombre sin considerar otras formas de opresión, se han generado repercusiones significativas en la comprensión de la vida, la salud, la subjetivación y la sociabilidad. Esta construcción del género también ha impactado el diseño de investigaciones, la formación, la gestión y las políticas de los sistemas de salud, así como la agenda de cooperación internacional en salud en Latinoamérica y el Caribe. Negarlo o resistirse a abordarlo no implica que no exista.

De forma descontextualizada y aditiva, se habla de perspectiva de género o pertinencia de género en los sistemas de salud. En la práctica esto termina siendo una adecuación de conteos de enfermedades por distribución de sexo, ubicación de prácticas sanitarias biomédicas occidentales patriarcales, adecuación de servicios de salud por grupos sociales o atención focalizada y mitigatoria a las violencias contra las mujeres en términos genéricos.

Esta reproducción de engranajes del sistema moderno colonial de género (8) en el campo de sistemas de salud cuenta actualmente con sus hegemonías epistémicas, culturales y políticas, que operan institucionalmente a través de las autodenominadas comunidades científicas, que copian las prácticas de los centros de poder global (incluso en modalidad de copias adaptadas o a veces forzadas de teorías críticas eurocentradas), regulan los criterios de científicidad y dominan la episteme de sistemas de salud, imponiendo criterios que, al reproducirse acríticamente, se naturalizan e interiorizan en el sur global.

Implicancias de la categoría “género” en los sistemas de salud en el sur global

Las repercusiones de este marco categorial de los feminismos eurocentrados en los estudios de sistemas de salud no fueron menores y mantienen una significativa colonialidad en el conocimiento sanitario en Latinoamérica y el Caribe (3). La biomedicina clínica moderna como la salud pública, en sus expresiones incluso críticas, reproduce omisiones graves en su comprensión de las estrategias de respuestas desde los sistemas de salud sin reconocer los sistemas de conocimientos y de saberes sanitarios de las naciones indígenas, pueblos negros, campesinos y populares. No reconoce sus modos de vivir, trabajar, hacer comunidad, enfermar y morir, por considerarlos simplemente dentro de las categorías universales en las clasificaciones internacionales de enfermedades, o en matrices de abordaje de una salud pública desde perspectiva de género que distribuye conteos por sexo, frecuencias y promedios.

El peso de una concepción eurocentrada y anglosajona del género hace que de manera automática se sostengan estas evidencias convirtiéndose en tesis, mandatos y políticas, tal como lo demuestran los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que reconoce que el género es uno de los determinantes sociales de la salud y que las desigualdades de género promueven desigualdades en salud. Todo lo cual sigue la posición histórica adoptada en la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1984) de que estas desigualdades negativamente impactan el desarrollo sostenible a nivel mundial. Siguiendo en



esta dirección, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) reafirma el derecho de las mujeres a la salud, pero especialmente a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y a una vida sin violencia. Así, en 1997, la OMS recomendó que todas las políticas y prácticas desarrolladas por sus entidades e instituciones sanitarias estuvieran marcadas por una perspectiva de género, incluidas las acciones para prevenir y mitigar las consecuencias de la violencia contra las mujeres (33).

Revisar la categoría de género en el campo de sistemas de salud con la definición vigente 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 (34).

Con esta conceptualización de género es posible observar una serie de trabajos tanto en investigación clínica como 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 global (2).

Innumerables estudios epidemiológicos y de servicios en los sistemas de salud, reducen la categoría género a distribuciones y frecuencias de morbi-mortalidades por sexo (35).

Estas son las llamadas evidencias científicas que llevaron a instaurar una política de formación de profesionales de la salud en los sistemas de salud con las premisas máximas de “inclusión de género”, “perspectiva de género”, “equidad de género” en la atención clínica y en los servicios de salud, según las matrices epistémicas del norte global, que se reprodujeron y reproducen en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (36), en las agendas de Población y Desarrollo (37) y, actualmente, en la agenda de gobernanza de la salud global liberal con la cobertura universal de salud (5).

Las competencias de género se impulsaron en universidades como Chapel Hill, Clínica Mayo y John Hopkins. La Organización Mundial de la Salud desarrolló un currículo para capacitar instituciones para un entrenamiento apropiado en género, y en derechos y salud, mediante evidencia científica, desarrollo político y prestación de servicios. En 2006 estimuló una declaración de consenso sobre género y educación médica. En 2015 se mostraron los avances sustanciales en el Sex and Gender Medical Education Summit, al que acudieron 111 universidades de todo el mundo. Crearon una hoja de ruta para incorporar conocimientos sobre las diferencias por sexo en el proceso de salud-enfermedad, partiendo de describir las enfermedades por sexo, explicitar el diagnóstico diferencial y las interacciones sexo/género, y su impacto en las desigualdades de género en salud (38).

Estas hojas de ruta fueron guiadas por la idea de inclusión exclusivamente de la categoría género, basándose en el universalismo de lo que describieron como pertinencia de género. “Los comportamientos de mujeres y hombres, determinados por estereotipos incorporados durante

la socialización, tienen impacto en el cuerpo (células, hormonas y órganos), y a su vez el cuerpo condiciona dichos comportamientos. Esta interacción sexo-género produce diferencias en la expresión de los estados de salud y enfermedad” (38). En esta conceptualización, el determinismo social y biológico es muy evidente.

En la revisión de literatura también ubicamos a los estudios de género y sistemas de salud en Latinoamérica 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” (39).

A esto también se le ha llamado “perfiles epidemiológicos de género” (40). Estos 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 (41; 42) y en la epidemiología de riesgo (43) vigentes tanto en la academia como en la gestión y gobierno de sistemas de salud, transformaron el género en sexo, la clase social en nivel socioeconómico y la etnia-raza en color de piel. Esto se acumula en unas bioestadísticas en los sistemas sanitarios sobre individuos (“caso” es igual a “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 también políticas y programas focalizados en el marco de las oleadas de reformas neoliberales a los sistemas sanitarios (3), adecuando este sistema de sexo-género para 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, se ha venido usando perspectiva de género para crear paquetes o acciones mitigatorias según cantidad o tipo de prestaciones para 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 a los servicios de salud funcionalistas para prevención y atención de ciertas enfermedades, 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 premisas.



Por eso no debería llamar la atención el creciente financiamiento a la igualdad de género que vienen promoviendo las tecnocracias sanitarias liberales del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) desde sus áreas de Género y Protección Social (44):

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 (44).

Estas conceptualizaciones no complejizan la interseccionalidad ni tampoco toman en cuenta los modos de vida y el devenir de la comunidad, el cómo atraviesan sus procesos de salud-enfermedad-cuidado históricamente condicionados por matrices de opresión múltiples.

Estos marcos categoriales tienen sus consecuencias más graves en la implantación en los sistemas de salud, que se definen actualmente como políticas de “población y desarrollo” para Latinoamérica y el Caribe en permanente actualización y con flujos de financiamientos internacionales hacia ONG 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 desde los servicios de los sistemas sanitarios en sus tasas de natalidad y mortalidad, bajo los enfoques de la transición epidemiológica y de teorización del desarrollo (45), así como desde unas premisas coloniales de la planificación familiar. Estas políticas han incluido la esterilización forzada, y en versiones más recientes, lo que a veces se denomina servicios de salud sexual y reproductiva y que continúa siendo atención biomedicalizadas basada en la vieja planificación familiar con rostro humano para poblaciones pobres.

Bajo el argumento del consenso, por ejemplo, y 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 (46). En Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México, República Dominicana y Perú, estos planes estuvieron a cargo de los ministerios de salud o secretarías de salud, apoyadas por organismos privados afiliados a la International Planned Parenthood Federation (IPPF), que proveían servicios de planificación familiar desde los sistemas sanitarios públicos en áreas rurales y urbanas. Es decir, modificando procesos biológicos sin transformar en nada las condiciones materiales de vida de estas poblaciones y comunidades.

Necochea López (47) lo describió bajo el marco de “seguridad nacional en el norte, anticonceptivos en el sur”. Tanto la 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 o “en vías de desarrollo” a quienes consideran como una amenaza a su seguridad nacional.

Es evidente que estas políticas, programas y prácticas de control de natalidad y de planificación familiar vertical fueron y son ejecutadas aún hoy por equipos y programas en los sistemas de salud que siempre se reproducen en los territorios y poblaciones racializadas, desciudadanizadas y en desposesión permanente en el sur. Ni siquiera lo intercultural se contempla, o simplemente se instrumentaliza como un problema de traducción idiomática.

Estas epistemologías feministas modernas y coloniales ingresaron de forma vertical, más o menos amigable, 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 internacionales de cooperación (48).

Es decir, tecnocracias feministas eurocentradas que gobiernan estos programas, financiamientos y acciones que de alguna manera generan incentivos y dependencias sobre las organizaciones y comunidades de vida del sur.

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, entre otras) y las ONG del norte global, que se han expandido en nuestros territorios, comunidades, poblaciones con la internacionalización de sus valores, intereses, enfoques, teorías y políticas como universales. De esta manera, consolidan una agenda de la salud de las mujeres de corte monocultural basadas en las tesis de planificación familiar, población y desarrollo, control de natalidad, e incluso a través de financiamientos y flujos de proyectos de ONG del norte global con ONG y redes en Latinoamérica y el Caribe fueron entrando a los ministerios de salud pública, a los sistemas de salud e incluso en agendas de incidencia en políticas públicas en el sur.

Por supuesto, esto no significa rechazar o invalidar las luchas por derechos sexuales y reproductivos en el sur o en Latinoamérica y el Caribe, aunque varias agendas nacionales feministas en el campo de los servicios y sistemas de salud quedaron por momentos hegemonizadas por las tesis feministas eurocéntricas anglosajonas. Incluso, hablamos del remanido *empowerment* (empoderamiento), que viene del liderazgo empresarial de empleados, y que en el campo sanitario se adecuó para impulsar conductas/comportamientos sexual-reproductivo a nivel individual (estilos de vida), o la actual *resiliencia* promovida por las lógicas de cuidado y protección social neoliberal en las mujeres empobrecidas y racializadas en el sur.

También parece común mirar estos marcos categoriales de *género* en la atención y práctica clínica en los servicios y establecimientos de los sistemas de salud en nuestra región, pues es la forma más común de entender las desigualdades en la salud en los fenotipos femenino-masculino. Los sistemas de atención médica curativa-asistencial individual (que llamamos sistemas de salud) (49) reproducen en su diseño, gestión, procesos de cuidado las dinámicas de racialización y opresión. Estas experiencias frecuentemente se viven simplemente como formas de discriminación y son reconocidas actualmente como formas de violencia institucional de los

servicios de salud (Ej: violencia gineco-obstétricas, malos tratos, otras). Cuando comenzamos a visualizar una epidemiología del racismo institucional (50) y a cartografiar sistemáticamente prácticas asistenciales, curativas, clínicas-medicamentosas, tratamientos actuales sobre cuerpos racializados y clasificados es posible no solo encontrar desigualdades de género, sino profundas prácticas de deshumanización racial y clasista en los sistemas sanitarios (51). Ejemplos sobran en donde esta epistemología del género, implantada en los sistemas de salud, reduce las capacidades de comprensión y respuesta, pero también se traduce en reproducción de matrices de opresión, de racismo y clasismo en todos sus niveles, así como en la colonialidad del conocimiento de la práctica médica (52).

En resumen, la crítica a la categoría *género* implantada en los sistemas de salud desde los feminismos eurocentrados y anglosajones nos propone una necesaria revisión de los siguientes elementos:

La biomedicina y la práctica clínica de los servicios: Las guías clínicas y el abordaje de problemas de salud-enfermedad-cuidado a nivel individual continúan reproduciendo enfoques biomédicos patriarcales. Esto se evidencia en el saber biomédico-farmacológico sobre el cuerpo de la mujer que invisibiliza las prácticas de racialización sobre las mujeres negras, indígenas, populares y sobre los cuerpos no femenino-masculino; es decir, la aceptación y universalización de guías clínicas hechas en el norte sobre la salud y la vida de mujeres en el sur.

Los programas de salud pública funcionalista y las acciones de promoción de salud desde los sistemas que se impulsan actualmente: Estos mantienen el repetido *empowerment* (empoderamiento): a) impulsando conductas/comportamientos sexual-reproductivo a nivel individual (enfocados en “estilos de vida” occidentales-modernos). b) promoviendo la resiliencia promovida por las lógicas de cuidado y protección social neoliberal en las mujeres empobrecidas y racializadas en el sur. (Banco Mundial-BID-CEPAL). c) fragmentando a través de programas verticales lo materno-infantil, la salud sexual-reproductiva, y la patologización de indicadores occidentales la salud de las mujeres del sur.

La epidemiología funcionalista-poblacional (estudios y “vigilancia epidemiológica”): 1. Los estudios de frecuencia y distribución de enfermedades por sexo-género, que llaman variable o perspectiva de “género” en la vigilancia epidemiológica en los sistemas de salud. 2. Conteo y diferenciales de asociaciones de riesgo de morbi-mortalidades por sexo, que se considera “perspectiva de género”. 3. Factores de riesgo sobre las mujeres, donde “lo racial” es una simple variable de color de piel y la simplificación de lo “interseccional” son variables sueltas: sexo-nivel económico-color de piel.

El diseño, gestión y arquitectura de sistemas de salud (institucionalizando el “género” como un “servicio” o una transversalización líquida de conteos por sexo): 1. 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). 2. Los sistemas de atención médica curativa-asistencial individual (que llamamos sistemas de salud) reproducen en su propio diseño, gestión, cuidado y dan respuestas con experiencias de racialización y opresiones múltiples (racismo estructural en el sistema de salud en hospitales, centros de salud, unidades sanitarias) que de manera frecuente se viven y sufren quizás simplemente como formas de “discriminación” exacerbadas, o malos tratos y reconocidas actualmente como formas de violencia institucional de los servicios de salud (Ej: violencia gineco-obstétricas, malos tratos, entre otras).

En la dependencia de la cooperación técnica internacional “al desarrollo”: 1. En la creación de políticas nacionales reproductoras de agendas globales en salud de las mujeres en el sur desde la episteme moderno colonial de la salud global y doctrina panamericana (5). 2. Estas “geopolíticas” de políticas y financiamientos se insertan luego en las prácticas, programas y acciones de los servicios y sistemas de salud pública en el sur; 3. La agenda de “Población y desarrollo” colonial insertada en servicios de salud y epidemiología del sur.

La formación salubrista, en la educación político-sanitaria (escuelas de salud pública, posgrados, espacios de formación): 1. En el trasvasamiento de programas de estudios y formación en salud pública y epidemiología funcionalista que también atraviesan los estudios de la medicina social latinoamericana eurocéntrica que incluyen “acríticamente” el género en las políticas y sistemas de salud. 2. En la propia agenda y prácticas de investigación en sistemas de salud que realizamos en Latinoamérica y el Caribe. 3. Quienes investigan desde esta perspectiva asumen los postulados del último acercamiento a la explicación de producción de subjetividades desde los aportes del feminismo postestructuralista, con Butler como la autora de mayor influencia.

Claves para la discusión: Feminismos decoloniales, negros, comunitarios para pensar y hacer refundación de los sistemas de salud para el siglo XXI

Los feminismos decoloniales logran debatir y construir su propia caracterización de la razón feminista eurocentrada (12), 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 (4).

Este pensamiento y acción crítica interpela la categoría de género propuesta por los feminismos blancos anglosajones y eurocéntricos dominantes que permearon y colonizaron los conocimientos y fueron perfilando también las prácticas teóricas y políticas en los sistemas de salud en el sur global (49). Incluso actualmente pretendiendo estudiar la interseccionalidad (27) en los perfiles epidemiológicos, mediante categorías lineales como aditivos sumados por el nivel socioeconómico (clase), color de piel (raza) y sexo (género), o peor aún, como variables sueltas simplemente sumatorias de factores de riesgo individuales que se ejemplifican como inequidades de género en salud de las mujeres (40).



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 (1) que resulta clave entender.

Las concepciones feministas decoloniales de pensadoras y activistas como María Lugones (6, 9), Lélia González (53), las afrocaribeñas Ochy Curiel (54) y Yuderkys Espinoza Miñoso (12), Julieta Paredes Carvajal (55), Mara Viveros (8), Karina Ochoa Muñoz (56), Aura Cumes (57), Breny Mendoza (58), entre muchas otras, no pueden situarse sin los sistemas de conocimientos y de saberes ancestrales negros, indígenas, populares y territoriales desde donde dan existencia, encarnadura y territorialidad a nuestros feminismos en el sur.

Cuando nos planteamos la idea de hacer intersecciones entre los feminismos decoloniales como aportaciones clave para la refundación de los sistemas de salud para el siglo XXI iniciando a través de la crítica a la categoría de género, en buena medida es porque la categoría de género que el feminismo dominante blanco eurocéntrico universalizó trajo graves consecuencias sobre el significado de ser mujer y con esto sesgó los marcos de comprensión de la salud de las mujeres en los servicios sanitarios y, en general, de las respuestas de los sistemas de salud en los territorios y comunidades de vida del sur global.

De acuerdo con los trabajos de Mara Viveros (8, 27), Patricia Hill Collins (59), Mohanty (24), Curiel (54), Yuderkys Espinosa (12), Breny Mendoza (58), María Lugones (6, 9), Oyéronké Oyewùmi (23), y otras compañeras, las opresiones vividas de las mujeres negras, campesinas, de las naciones indígenas y de las diversidades sexuales se explican desde diferentes puntos de vista, en relación a las matrices de opresión que dictan una forma de ser mujer y de ser hombre.

El objetivo entonces de este trabajo introductorio es posicionar las bases de pensamiento y acción de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios que en sus diversas representaciones convergen en las necesidades de interpelación, confrontación y alternativa a todos los órdenes jerárquicos como también a los discursos, a las prácticas dominantes para comprender y responder a las matrices de opresión que son imposibles de fragmentar, folklorizar o frivolar en lo “afro” o “lo indígena” y que se repiten actualmente desde los camuflajes de los feminismos anglosajones y eurocéntricos en la agenda de salud global (5).

Aquí nos aparece el punto clave de este artículo: decimos que no hay pensamiento crítico latinoamericano caribeño para la refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI sin feminismos decoloniales, negros y comunitarios en el centro de sus epistemologías, marcos de comprensión, teorías, políticas y prácticas sanitarias en nuestros territorios.

Los feminismos decoloniales, negros, comunitarios, nos permiten hacer visible la necesidad de cuestionar y luchar contra un entramado de matrices de dominación (56) involucradas en la propia arquitectura institucional, organizacional, en los modelos de cuidado y respuesta de los sistemas de salud a distintos niveles.

A partir de la revisión, puntualizamos algunos aportes a considerar de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios al campo de la salud sin la pretensión de generalizar, si no de comenzar a mirar la importancia que tienen de estos sistemas de conocimientos para nutrir las necesarias rupturas epistemológicas, metodológicas y prácticas en general de una salud desde el sur, y en particular sobre las políticas y sistemas de salud.

Los feminismos decoloniales (54, 6, 8, 9, 12, 23, 26, 60) son movimientos y procesos que buscan abordar las intersecciones de género, raza y colonialismo y colonialidad. Algunos de sus principios incluyen los siguientes elementos:

Descolonización. Desenganche del síndrome colonial (reproducción de la colonialidad). En todos los niveles, en las teorías y prácticas. En la producción de conocimiento a través de su propia experiencia, y en la interpelación al sistema colonial de género. Cuestionamiento al patriarcado universal ubicando y replanteándolo como procesos de patriarcalización situados e históricos.

Recuperación de voces por la negación histórica de su capacidad de producir conocimiento, así como a través de las luchas por la representación, por la vida como sujetos políticos y de derecho, sin ser racializadas, claseadas y sexualizadas. Recuperación histórica de intersecciones de los feminismos negros, de color, comunitarios, críticos y latinoamericanos.

Complejización. Complejizar propuestas, análisis. Replantearon situacionalmente sus propias opresiones, sus lugares de enunciación y sus propias formas de entenderse dentro del entramado de opresiones. Complejizaron la salud y los procesos de cuidado y de apropiación y politización del espacio doméstico como generador de la reproducción y la vida.

Reconocimiento. De la pluralidad y diversidad entendiendo siempre las matrices de opresión y entendiendo la multiplicidad y geopolítica de experiencias de mujeres racializadas y desde el sur y la importancia de escuchar y respetar diversas voces y perspectivas.

Restauración. Con los seres humanos y con nuestros territorios. Entrar a procesos de restauración de los daños provocados por el racismo, clasismo y sexismo.

Por su parte, los feminismos negros son un movimiento político para combatir las simultáneas y múltiples opresiones a las que se enfrentan y enfrentaron las mujeres y poblaciones negras en su racialización y deshumanización como de manera clara lo declaró la Colectiva río Combahee en 1978 (60-63). Es en sí mismo y en su historia un sistema de conocimientos que reconoce la importancia de analizar el sexismo como una matriz de dominación que, para comprender, debe analizarse en relación intrínseca con otras matrices de dominación para entender como interactúan el racismo, la homofobia, el colonialismo y el clasismo generando un sistema jerárquico con múltiples niveles de opresión. El feminismo negro tiene su propia trayectoria en



el Caribe y en Latinoamérica, desde hace más de un siglo en su esclarecimiento de las múltiples opresiones vividas por las propias mujeres negras de estos colectivos, conocimientos y voces que han sido ignoradas, víctimas de los propios órdenes que generaron las líneas de lo superior e inferior del esclavismo y la servidumbre colonial. Denuncias que han evidenciado la necesidad de combatir estas opresiones múltiples, sin priorizar exclusivamente el género ya que mujeres blancas fueron y son parte de estos sistemas de opresiones sobre otras mujeres racializadas y deshumanizadas. Algunos de sus aportes y principios claves incluyen los siguientes elementos:

Interseccionalidad: Reconoce las múltiples formas de opresión e imbricaciones que enfrentan las mujeres negras debido a su raza, género y clase (27), entre otras determinaciones donde incluso se replantea, complejiza y supera la idea de interseccionalidad aditiva, a través de una genealogía vivida de sistemas de opresiones de ser mujer, ser negra y ser precarizada (59).

Metodologías propias para enfrentar el despojo, la esclavitud, la racialización de las vidas, para producir procesos protectores para la supervivencia, enfrentando al sexismo y racismo de forma simultánea, viviendo la relación del racismo y el sexismo con viejas y nuevas formas de colonialismo y esclavitud en el siglo XXI.

La raza y el género como categorías inseparables que constituyen la episteme moderna colonial de género no funcionan fuera de él, pero tampoco separadas una de otra. No se puede pensar género sin pensar el hecho histórico de la colonización y el surgimiento de la idea de raza como subordinación del colonizado. Lo social del género en el sur es necesario comprenderlo y ubicarlo subsumido a lo racial-colonial, y no al revés.

Las luchas populares antirracistas y anticoloniales por la defensa de la vida y el territorio, así como la capacidad de comunicar de manera oral y escrita, en los últimos dos siglos, han marcado una trayectoria de resistencia y transformación. Estas luchas no se han limitado al ámbito académico e intelectual, sino que han implicado colocar el cuerpo para la transformación de todas las opresiones (62).

Los análisis y aportes de las voces de los feminismos negros a través de la historia de las luchas por reconocimiento de humanidad son los enclaves con los que enmarcamos el pensamiento crítico en salud.

Los feminismos comunitarios (55, 57,58) y las mujeres nacen de los propios procesos de lucha que proponen la recuperación de la idea de comunidad de vida y la *comunalidad* de las naciones indígenas originarias contrapuestas al individualismo del proyecto moderno y de los movimientos reivindicativos de corte occidentalista. También reivindican el respeto y la recuperación de sus propias formas de pensar y hacer vida en comunidad, interpelando las formas hegemónicas de ser mujer. Destacan las múltiples maneras en que las mujeres indígenas forman parte del mundo comunal y participan en la toma de decisiones, se ven como sujetos y agentes que desarrollan estrategias para lograr el bien propio y de la comunidad de vida.

Así, los pueblos indígenas originarios y las naciones del Abya Yala son generadoras de las epistemologías del buen vivir/vivir bien (1).

Algunos de sus principios y propuestas incluyen los siguientes elementos:

Entronque de los patriarcados como propuesta del estudio para interpelar al patriarcado universal y eurocéntrico. Definiendo un patriarcado original y un patriarcado colonial- moderno.

Defensa al derecho a crear sus propias categorías analíticas y volver a las fuentes de los sistemas de conocimientos y saberes del Abya Yala para leer en clave propia las relaciones en comunidad, reciprocidad y espiritualidad.

Diferenciación de la mujer occidental y su individualismo, que enfatiza el “desarrollo económico femenino y la autonomía femenina”. En contraste, los feminismos comunitarios destacan las formas múltiples de ser mujeres en comunidad de vida, reivindicando su papel como agentes políticas por lo común y lo colectivo, el cuidado de la vida y la toma de decisiones con responsabilidades colectivas.

Protagonismo de las luchas de las mujeres en la defensa de la tierra-territorio-Madre Tierra como espacios de vida comunal y espiritual. Donde no hay una separación o división de la reproducción de la vida entre lo privado y lo público, sino una comunalidad de las mujeres indígenas y la naturaleza de la Madre Tierra.

Crítica a los derechos como un instrumento positivista de la modernidad ilustrada de corte patriarcal. Y sin posibilidades de ser ejercido por sus comunidades.

La lucidez epistémica de las sujetas y sujetos que se encuentran en la intersección entre estos distintos vectores de opresión es donde quizás se anidan los sistemas de conocimientos, las respuestas teóricas, políticas, prácticas y metodológicas que los feminismos decoloniales, negros y comunitarios aportan al campo de la salud pública y los sistemas de salud (2).

En resumen, las necesidades de ruptura epistémica nos obligan a intentar primero no reproducir lógicas aditivas del pensamiento moderno colonial como variables sueltas y aisladas (clase social + género + raza). No se trata de *adicionar* lo decolonial como eslogan a las lógicas implantadas actualmente de un tipo de perspectiva de género en la salud pública médico-social o la salud colectiva contemporáneas (2); tampoco se trata de intersecar conceptos sueltos sin replantearse las formas de conocer y hacer sistemas de salud desde y para el sur.

Como primera aproximación, quizás, se trata de reconocer que el campo de estudios en sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe (3) tiene que construir un giro descolonizador de los



contenidos y prácticas de los feminismos eurocéntricos en estudios, teorías, políticas y prácticas sanitarias especialmente cuando se trata de nosotras mujeres desde y en el sur.

En este proceso de trabajo, un conjunto de investigadoras y activistas desde el GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, de CLACSO, trabajamos y buscamos generar un espacio de intercambio de experiencias, diálogo epistémico y reflexión crítica situada en la contextualidad del sur sobre las intersecciones críticas y las aportaciones de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios en el campo de la salud desde el sur (1, 2). Es evidente que puede aún ser difícil de comprender o entender en su profundidad por investigadoras, académicas y/o salubristas que transitaron y se posicionan desde la genderización moderno-colonial y naturalmente niegan o deslegitiman todo lo que no provenga de esta episteme (2).

Desde estas intersecciones de opresiones se busca lo siguiente:

1. Construir investigaciones, sistematización y visibilización de experiencias y saberes, revisiones teórico-epistémicas y desarrollo de nuevos marcos categoriales y de trabajo.
2. Descripciones/caracterizaciones en procesos territoriales en torno a los servicios y sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe

Las Aportaciones y rupturas de los feminismos negros, decoloniales y comunitarios para la refundación de los sistemas de salud son las siguientes:

1. La revisión de la Colonialidad y dependencia de los usos de la categoría de *género* en el campo de sistemas de salud, tipologías de estudio y marcos teóricos eurocéntricos presentes.
2. El reconocimiento de sistemas de conocimientos y de saberes para el cuidado integral e intercultural de la salud y el vivir bien de las mujeres de poblaciones y naciones negras e indígenas-originarias.
3. El cuidado de la Madre Tierra y el territorio, y monitoreo colectivo de salud de las mujeres negras, indígenas, y de clases populares de sur global.
4. El racismo institucional y estructural en las teorías, políticas y sistemas de salud.

A modo de cierre y conclusión

En definitiva, compartir nuestra práctica investigativa y reflexiva desde CLACSO es una invitación a realizar revisión crítica situada en el sur de los actuales estudios de “género y salud” empíricos funcionalistas que atraviesan la teorías y políticas sobre los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. Además, es una invitación a caracterizar y describir en profundidad cómo se produjo una agenda global y regional de los servicios y respuestas de los sistemas de salud sobre las mujeres de corte monocultural, universal y reproductor de todas las tesis coloniales del norte global, en especial, desde los feminismos eurocéntricos. También a analizar las teorías y políticas que promueven la salud global liberal sobre el género, la planificación familiar o la salud sexual y reproductiva en el sur; dialogar con las contribuciones de la interseccionalidad crítica de los feminismos negros para situar las opresiones en salud de las

mujeres y poblaciones racializadas en el siglo XXI (60); cartografiar y comprender la ecología de saberes de los sistemas de conocimientos de los pueblos negros afrodescendientes y las naciones indígenas y originarias sobre el cuidado integral e intercultural de la salud y la vida en el sur; comprender las opresiones y las implicancias del racismo institucional en los sistemas sanitarios de las comunidades/pueblos en el sur y sus diferencias con la epidemiología anglosajona del color de piel, y visibilizar las voces, luchas, trayectorias y experiencias de la salud colectiva de las mujeres negras, indígenas originarias campesinas, de pueblos y territorios populares. 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 clave del pensamiento crítico latinoamericano para darle aplicación práctica en la refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI (3).

Este es un esfuerzo por nutrir diálogos e intersecar sistemas de conocimientos y de saberes así como de construir una comunidad de prácticas desde los feminismos decoloniales, negros y comunitarios con los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud como ejes epistémico-teórico-prácticos, con claros compromisos ético-políticos por transformar la realidad de nuestros territorios marcados por la colonialidad modernidad capitalista con una vigencia y actualidad abrumadora de impactos sobre la salud y la vida en Latinoamérica y el Caribe. Es necesario reconocer que para entender el sexismo se debe analizar con relación a una *matriz de dominación* (59) para ver como interactúan entrelazados el racismo, la homofobia, el colonialismo y el clasismo generando un sistema jerárquico con múltiples niveles de opresión que impactan en los modos de vivir, trabajar, hacer comunidad, enfermar y morir, y también evidentemente en las formas de cuidar y dar respuestas de calidad de los sistemas de salud a las sociedades y comunidades en el sur.

Es trascendental reconocer que el pensamiento crítico en salud (1) se nutre de sistemas de conocimiento y comunidades de vida (7) que históricamente combatieron las múltiples opresiones a las que se enfrentan y al mismo tiempo desarrollaron formas de producir cuidado en salud para sus comunidades, con o sin instituciones públicas llamadas sistemas de salud. Traer y nutrirse de estos sistemas de conocimientos para el cuidado de la vida es un camino fundante para densificar una refundación de los sistemas públicos en salud en el sur global.

Los feminismos decoloniales, negros y comunitarios sin duda tienen importantes potencialidades de aportaciones a la refundación de los sistemas de salud (3) en el sur:

- Complejizando en espirales las respuestas integrales e interculturales de los sistemas de salud y buscando comprender y actuar a nivel general y territorial sobre las interseccionalidades de los procesos de salud-enfermedad-cuidados.

- Saliendo de la vieja vigilancia epidemiológica con un listado de notificación vertical de morbimortalidades individuales por sexo-género, y construyendo estrategias de monitoreo



epidemiológico crítico (51) que sean capaces de producir otros sistemas de información para toma de decisiones en los sistemas de salud pública a partir del monitoreo de interseccionalidades y determinaciones de la salud humana y colectiva.

- También el monitoreo crítico sobre la reproducción interseccional de violencias.

- Los feminismos comunitarios del Abya Yala nos enriquecen la comprensión para la actuación envolvente sobre el territorio de la vida y la naturaleza, desde donde pensar una nueva territorialidad sanitaria de los sistemas de salud para el siglo XXI. También en problematizar la razón cartesiana de la modernidad extractivista y abordar las violencias socioambientales sobre el territorio que impactan en la vida en comunidad.

- Los feminismos decoloniales y negros permiten construir un cuidado integral e intercultural de la salud y la vida hacia las mujeres que salga de la *genderización* de la planificación familiar del desarrollo o la salud sexual y reproductiva de Occidente.

- Transformar no solo las prácticas sino la propia institucionalidad de los servicios y sistemas de salud que hoy reproducen racismo institucional y estructural en sus respuestas, colocando esto como un problema central de las políticas de los sistemas de salud en el siglo XXI en los territorios y pueblos racializados del Abya Yala.

Estos puntos son tan solo breves apuntes de líneas de trabajo que desde el grupo de estudios de Feminismos decoloniales, Racismo y Salud del GT de Salud Internacional de CLACO se están profundizando en un saber-hacer sobre los sistemas de salud en el sur.

Por último, como menciona Silvia Marcos (64), lo decolonial ha sido largamente construido, nutrido y obviamente más trabajado (54) por mujeres indígenas, campesinas, negras, con sus vivencias de opresión sistemáticas, múltiples y estructuradas en la adversidad de la vida. Esto es importante tenerlo en cuenta cuando nos situamos en el sur porque a veces escuchamos “esto no se puede”, “ahora el género es lo único que tenemos”, “por dónde empezamos”.

Este tránsito sirve al proyecto histórico por el cual apostamos en donde no existan órdenes opresivos que produzcan condiciones de vida y salud injustas, muertes prematuras y violencias estructuradas y sistemáticas. Es importante situarse y enunciar desde donde estamos, desde donde vivimos y desde los otros mundos que buscamos transitar.

Referencias

1. Basile G. Desafíos y actualidad del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el sur, hoy. En: México en el pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el sur. CENADEH-CNDH; 2024. http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/L_CLACSO_2JornadasSalud.pdf

2. Santos Madrigal O. Hacia los feminismos decoloniales, negros y comunitarios para descolonizar los estudios de género y salud. En: Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano. CLACSO; 2024 Mar. <https://www.clacso.org/hacia-los-feminismos-descoloniales-negros-y-comunitarios-para-descolonizar-los-estudios-de-genero-y-salud/>
3. Basile G, Hernández A, et al. Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: Descolonizar las teorías y políticas. 1a ed. Buenos Aires: CLACSO; 2021.
4. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Lander E, ed. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: CLACSO; 2000. p. 201-46. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210204054841/VII-Dossier-SISS.pdf>
5. Basile G. Salud internacional sur-sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. En: Dossier de Salud Internacional Sur-Sur. Ediciones GT Salud Internacional CLACSO; 2018 dic. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf
6. Lugones M. Hacia un feminismo decolonial. La Manzana de la Discordia. 2011;6(2):105-17. <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v6i2.1504>
7. Colmenares K. De la sociedad moderna a la comunidad de vida: agenda para una filosofía decolonial transmoderna y posoccidental. Tabula Rasa. 2022;(42):133-52. <https://doi.org/10.25058/20112742.n42.06>
8. Viveros M. Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario. 1a ed. Buenos Aires: CLACSO; Amsterdam: TNI; 2023. <https://www.clacso.org/interseccionalidad-giro-decolonial-y-comunitario/>
9. Lugones M. Colonialidad y género. Tabula Rasa. 2008;(9):73-101. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S179424892008000200006&script=sci_abstract&tlng=es
10. Duby G, Perrot M. Historia de las mujeres en Occidente. Taurus Minor, Grupo Santillana de Ediciones; 1994. <https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i73.1072>
11. Lamas M, ed. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. 2000;7(18):1-24.
12. Espinoza Y. De por qué es necesario un feminismo decolonial. Ensayos sobre género y sexualidad. Barcelona: Icaria Editorial; 2022. <https://www.ub.edu/adhuc/ca/publicacions/mujeres-y-cultura/de-por-que-es-necesario-un-feminismo-descolonial>
13. Grosfoguel R. 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. 2012;(16):79-102. DOI: <https://doi.org/10.25058/20112742.112>
14. Stolke V. La mujer es puro cuento: La cultura del género. Rev Estud Fem. 2004;12(2):77-105. chromeextension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://core.ac.uk/download/pdf/39087359.pdf
15. Stoller R. Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity. 1968. <https://doi.org/10.4324/9780429479915>
16. Fraisse G. La diferencia de sexos, una diferencia histórica. Arenal Rev Hist Mujeres. 2004;10(1):41-58. <https://doi.org/10.30827/arenal.v10i1.16201>

17. Beauvoir S. O segundo sexo. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1962. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://joacamillopenna.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/03/beauvoir-o-segundo-sexo-volume-11.pdf>
18. Rubin G. The traffic in women: Notes on the “political economy” of sex. En: Reiter R, ed. *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press; 1975. p. 157-210. <https://philarchive.org/rec/RUBTTI>
19. Oakley A. *Sex, gender and society*. New York: Harper Colophon Books; 1972. DOI:10.4324/9781315243399
20. Louro GL. Nas redes do conceito de gênero. En: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, eds. *Gênero & saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 7-18 Barbieri T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *Debates Sociol.* 1993;(18):2-19. <https://doi.org/10.18800/debate.sociologia.199301.006>
21. Scott JW. Gender: a useful category of historical analysis. *Am Hist Rev.* 1986;91(5):1053-75. <https://doi.org/10.2307/1864376>
22. Oyewùmi O. La invención de las mujeres. Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género. 2017. <https://doi.org/10.29043/liminar.v16i1.575>
23. Mohanty C. *Third World Women and the Politics of Feminism*. Bloomington: Indiana University Press; 1991. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://alejandroquinteros.wordpress.com/wp-content/uploads/2021/10/third-world-women-and-the-politics-of-feminism.-chandra-talpad-e-mohandy.pdf>
24. Crenshaw K. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stan L Rev.* 1990;43:1241. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://blogs.law.columbia.edu/critique1313/files/2020/02/1229039.pdf>
25. Lugones M. Towards a decolonial feminist. *Hypatia.* 2010;25(4):742-59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1527-2001.2010.01137.x> <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.mpipriv.de/1791579/Decolonial-Theory.pdf>
26. Viveros M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. UNAM, Programa Universitario de Estudios de Género; 2016. https://debatefeminista.cieg.unam.mx/index.php/debate_feminista/article/view/2077
27. Quijino A. Colonialidade do poder e classificação social. En: Santos BS, et al., eds. *Introducción a las epistemologías del sur*. Buenos Aires: CLACSO; 2009. p. 73-11. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140506032333/eje1-7.pdf>
28. Zapata M. El paradigma de la interseccionalidad en América Latina. Ponencia, Lateinamerika-Institut, Freie Universität Berlin; 2011 nov. https://www.lai.fu-berlin.de/es/entre-espacios/veranstaltungen/Vergangene-Veranstaltungen/Archivo-2011/vortrag_zapata.html
29. Gondim R, Cunha AP, dos Santos AG, et al. Desigualdades raciales y la muerte como horizonte: consideraciones sobre la COVID-19 y el racismo estructural. *Cad Saúde Pública.* 2020 Sep;36(9). <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmgfwsLTFzVqBfRbkNRs/abstract/?lang=es>

30. Bomfim L, Silva H, et al. Saúde-doença-cuidado de pessoas negras: expressões do racismo e da resistência. Salvador: UFBA; 2021 <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/34604/1/saude-doenca-cuidado-pessoas-negras-RI.pdf>
31. Breilh J. La determinación social de la salud y la transformación del derecho y la ética: metodología metacrítica para una ciencia responsable y reparadora. Rev Redbioética UNESCO. 2022;13(1).chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9377/1/Breilh%20J-CON-268-La%20determinacion.pdf>
32. Villela WV, Monteiro SS, Barbosa RM. Contribuição da Revista Ciência & Saúde Coletiva para os estudos sobre gênero e saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(12):4803-12. <https://www.scielo.br/j/csc/a/4RGdJSqFJbFnVDmXTmQhMgF/>
33. Organización Mundial de la Salud. Género y salud. 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
34. Organización Panamericana de la Salud. Igualdad de género en salud. 2022. <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero-salud>
35. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Pública. 2002;11(5-6):454-61.
36. CEPAL. 45 años de Agenda Regional de Género. 2023 ago. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47950-45-anos-agenda-regional-genero>
37. Ruiz-Cantero MT, Tomás-Aznar C, et al. Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España. Gac Sanit. 2019;33(5):485-90. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000500485
38. Tajer D, Lo Russo A, Reid G, et al. "Ruta crítica" de la salud de las mujeres: integralidad y equidad de género en las prácticas de salud en Buenos Aires. Anu Invest. 2007;14:00-00. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100024
39. OPS-OMS. Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas. Washington; 2022. <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=40.+OPS-OMS.+An%C3%A1lisis+de+g%C3%A9nero+y+salud%3A+COVID-19+en+las+Am%C3%A9ricas.+Washington%3B+2022.&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
40. Borrell C. Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud. Quaderns Fund Dr. Antoni Esteve. 2015;33-7. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.raco.cat/index.php/QuadernsFDAE/article/download/289650/377977Edling&ved=2ahUKEwjGgK2Xq-CLAxWEMEQIHdYdvCLgQFnoECBgQAQ&usg=AOvVaw3Q-_W5bEcZT-czPwebIibZ
41. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991
42. Breilh J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. Rev Bras Epidemiol. 1998;1:207-33 <https://doi.org/10.1590/S1415-790X1998000300002>



43. Banco Mundial. Entendiendo la pobreza: Género. 2023. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/gender/overview>
44. Omran A. The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q.* 1971;49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690264/>
45. CEPAL. Políticas de población en América Latina: experiencia de 10 años. Plan de Acción Mundial para la Población. 1989. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/4cc721ec-b050-4f52-8b45-0dbcc4836a50/content>
46. Necochea López R. Anticonceptivos en el sur, seguridad nacional en el norte. *Salud Colectiva.* 2010;6:103-11. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652010000100008
47. De la Flor JL. La seguridad sanitaria global a debate: lecciones críticas aprendidas de la 24.ª EVE. *Comillas J Int Relat.* 2018;(13):49-62. <https://revistas.comillas.edu/index.php/internationalrelations/article/view/10696>
48. Basile G, Feo-Istúriz O. Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2022;40(2):e349879. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349879>
49. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* 2016;25(3):535-49. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>
50. Basile G, Rivera-Díaz M, et al. Epidemiología crítica del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación regional. Buenos Aires: CLACSO; 2022. <https://www.clacso.org/epidemiologia-critica-del-sars-cov-2-en-america-latina-y-el-caribe/>
51. Anunciação D, Pereira L, Silva H, Nunes AP, Soares J. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2022;27(10). <https://www.scielo.br/j/csc/a/Lqd6jsjQByrvCVyxWCxkqjN/>
52. González L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Rev Ciências Sociais Hoje.* 1984;223-44. <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2298>
53. Curiel O, Falconi Travez D. *Feminismos descoloniales y transformación social: Ochy Curiel dialoga con Diego Falconí Trávez.* Barcelona: Icaria Editorial; 2021.
54. Paredes J. *Entronque patriarcal: la situación de las mujeres de los pueblos originarios de Abya Yala después de la invasión colonial de 1492 [Maestría].* Buenos Aires: FLACSO; 2018. <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=55.+Paredes+J.+Entronque+patriarcal%3A+la+situaci%C3%B3n+de+las+mujeres+de+los+pueblos+originarios+de+Abya+Yala+despu%C3%A9s+de+la+invasi%C3%B3n+colonial+de+1492+%5BMaestr%C3%ADa%5D.+Buenos+Aires%3A+FLACSO%3B+2018&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
55. Ochoa Muñoz K. Rutas paralelas: de la interseccionalidad, la decolonialidad y otras reflexiones en América Latina. En: *Liderazgos feministas actuales y la Agenda Mundial de las Mujeres: Reflexiones desde el sur global.* Granada: Editorial Universidad de Granada; 2022. p. 59-90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8743397>

56. Cumes A. La “india” como “sirvienta”: servidumbre doméstica, colonialismo y patriarcado en Guatemala [Tesis doctoral]. México: CIESAS; 2014. <https://es.scribd.com/document/381103452/Tesis-Aura-Cumes-pdf>
57. Mendoza B. La epistemología del sur, la colonialidad del género y el feminismo latinoamericano. En: Aproximaciones críticas a las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano. 2010;1:19-36. <https://elizabethruano.com/wp-content/uploads/2019/07/Mendonza-2016-La-Epistemologia-del-Sur.pdf>
58. Collins P. Pensamiento feminista negro: el conocimiento, la conciencia y la política de empoderamiento. 2ª ed. Nueva York: Routledge; 2000. https://www-hks-harvard-edu.translate.goog/faculty-research/library-research-services/collections/diversity-inclusion-belonging/black-feminist?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
59. Curiel O. Género, raza, sexualidad: debates contemporáneos 1. Intervenciones en estudios culturales. 2017;3(4):41-61. <https://portal.amelica.org/ameli/journal/53/5312003/5312003.pdf>
60. Manifiesto de la Colectiva Combahee River (2020). (Trad. Cecilia Palmeiro). <https://www.moleculasmalucas.com/post/manifiesto-de-la-colectiva-combahee-river>
61. Carneiro S. Ennegrecer al feminismo: la situación de la mujer negra en América Latina, desde una perspectiva de género. 2001. <https://saberesenintercambio.org/ennegrecer-el-feminismo-sueli-carneiro/>
62. Campoalegre R. ¿Qué nos aportan los feminismos negros? Breves notas para un debate. En: Seminario virtual 1962 Feminismos Negros: perspectivas críticas desde América Latina y el Caribe. <http://www.clacsovirtual.org>
63. Marcos S. En: Millán M, ed. Más allá del feminismo: caminos para andar. 1ª ed. México DF: Red de Feminismos Descoloniales; 2014. <https://radiozapatista.org/wp-content/uploads/2018/03/Mas-alla-del-feminismo.pdf>

Notas

* Artículo de investigación

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).

