



México en el pensamiento crítico latinoamericano en Salud desde el Sur

Odeth Santos Madrigal · Gonzalo Basile
Graciela Beatriz Muñoz García · Laura Y. Vázquez Vega
Oscar Feo Istúriz · Paola Alejandra Silva Hernández
Luis Enrique Pérez Silva · Laura Elena Ortega Elorza
Gabriel Keppl · Horacio Pereyra · Lisandro Ferrazini
Raquel Rigotto · Damián Verzeñassi · Clara Bellamy Ortiz



México en el pensamiento crítico latinoamericano en Salud desde el Sur



GRUPO DE TRABAJO
**SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA**



**México en el pensamiento crítico
latinoamericano en Salud desde el Sur**

Primera edición: agosto, 2024

ISBN: 978-607-729-640-9 (CNDH)

ISBN: 978-9945-80-043-2 (CLACSO)

D. R. © Odeth Santos Madrigal, Gonzalo Basile, Graciela Beatriz Muñoz García, Laura Y. Vázquez Vega, Oscar Feo Istúriz, Paola Alejandra Silva Hernández, Luis Enrique Pérez Silva, Laura Elena Ortega Elorza, Gabriel Keppl, Horacio Pereyra, Lisandro Ferrazini, Raquel Rigotto, Damián Verzeñassi y Clara Bellamy Ortiz.

D. R. © Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Periférico Sur 3469, esquina Luis Cabrera, col. San Jerónimo Lídice, demarcación territorial La Magdalena Contreras, C. P. 10200, Ciudad de México.

D. R. © Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Estados Unidos 1168 | C1101AAX | Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Diseño y formación: Jessica Quiterio Padilla
Corrección y cuidado de la edición: Elías David Briseño Estrada
y Aura Beatriz González Morgado

Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Presidencia

Rosario Piedra Ibarra

Secretaría Ejecutiva

Francisco Estrada Correa

**Dirección General del
Centro Nacional de Derechos Humanos
“Rosario Ibarra de Piedra”**

Rosy Laura Castellanos Mariano

**Responsable de la Línea de Investigación
de Derecho a la Salud**

Graciela Beatriz Muñoz García

Dirección Editorial

Mónica Loya Ramírez

Directora de Procesos Editoriales

Lili Elizabeth Montealegre Díaz

Subdirección de Diseño y Formación

Frida Solano Martínez

**Jefatura del Departamento de Formación
y Diseño de Publicaciones**

Jessica Quiterio Padilla

**Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Grupo de Trabajo Salud Internacional
y Soberanía Sanitaria**

**Coordinación Regional y del Programa Salud
Internacional FLACSO, República Dominicana**

Gonzalo Basile (Argentina)

**Coordinación del Grupo de Estudios Regional
Feminismos Descoloniales, Racismo y Salud**

Odeth Santos (México)

Coordinación Núcleo Centroamérica

Antonio Hernández Reyes (El Salvador)

**Asociación Brasileira de Salud Colectiva (ABRASCO)
Equipo Núcleo Brasil**

Luanda Lima (Brasil)



Índice

Prólogo 9

Primera parte

**Teoría(s) crítica(s) latinoamericana(s) caribeña(s)
en salud para el siglo XXI**

**Desafíos y actualidad del pensamiento crítico
latinoamericano en salud desde el Sur, hoy**
GONZALO BASILE 15

**Descolonización de los estudios de género y salud:
feminismos descoloniales, negros y comunitarios
hacia una salud desde el Sur**
ODETH SANTOS MADRIGAL 119

**Epidemiología crítica latinoamericana:
hacia una ruptura epistémica y metodológica
con la epidemiología funcionalista**
OSCAR FEO ISTÚRIZ 161

Segunda parte

**Debates y reflexiones desde las I Jornadas mexicanas
de pensamiento crítico en salud y soberanía sanitaria**

**Rutas hacia la reconfiguración del derecho
a la salud desde una mirada latinoamericana**
GRACIELA BEATRIZ MUÑOZ GARCÍA 189

**Sistema de salud en México: aportes para la descolonización
de nuestro conocimiento político sanitario**
LUIS ENRIQUE PÉREZ SILVA 213

Trayectorias y horizontes en salud socioambiental y epidemiología de los extractivismos en Latinoamérica y el Caribe

LAURA ELENA ORTEGA ELORZA, GABRIEL KEPPL,
HORACIO PEREYRA, LISANDRO FERRAZINI,
RAQUEL RIGOTTO, DAMIÁN VERZEÑASSI **247**

Epidemiología crítica y sociocultural en México: confluencias, horizontes posibles y deudas pendientes

LAURA Y. VÁZQUEZ VEGA **269**

Miradas descoloniales de los feminismos y la salud

PAOLA ALEJANDRA SILVA HERNÁNDEZ. **289**

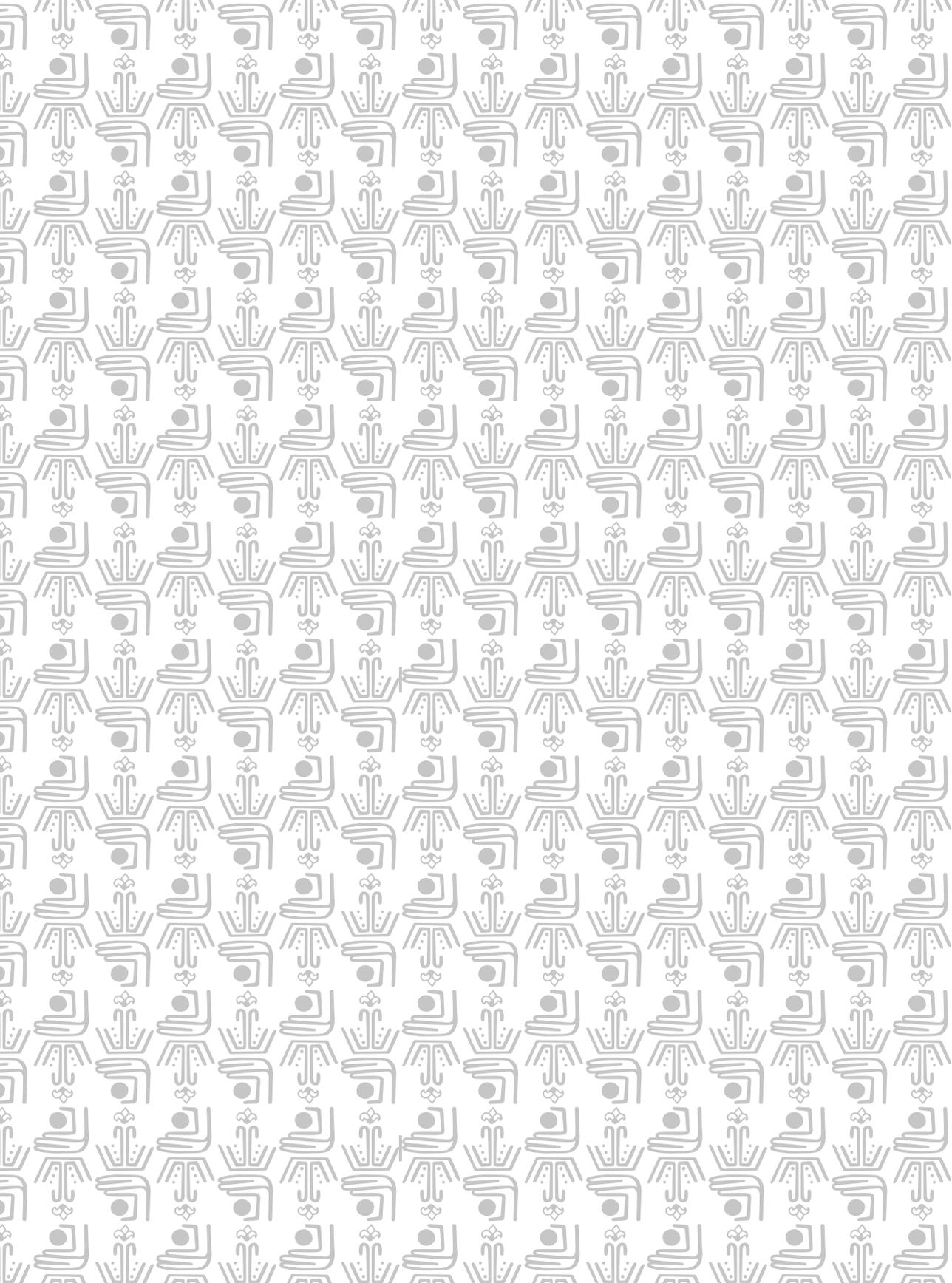
Reflexiones en torno al uso político de los conceptos sexo, género, feminismo(s), interseccionalidad y su interconexión con la salud

CLARA BELLAMY ORTIZ **303**

Autoras y autores **313**



Prólogo



Afrontar una revisión y actualización de los desafíos del pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud situado en el Sur es un ejercicio teórico-práctico que viene afrontando la red académica y la nueva plataforma regional del Grupo de Trabajo (GT) de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO, apostando de la reinención de la educación político-sanitaria a una investigación crítica-ética situada en las periferias de las matrices de colonialidad del Norte global, basada en una divulgación solidaria amplia de grupos de trabajo y surgimiento de nuevas voces e impulsando una acción geopolítica de una salud desde el Sur para el siglo XXI.

Partimos de ubicar los desafíos epistémicos y geopolíticos en *perder el miedo* para afrontar las implicancias de la descolonización y desconexión de los engranajes del pensamiento científico moderno, anclado en la biomedicina clínica, la salud pública institucionalizada, la medicina social eurocéntrica, el panamericanismo sanitario y la salud global neoliberal.

Pareciera necesario desde la(s) teoría(s) crítica(s) latinoamericana(s) caribeña(s) en salud liberarse de la parálisis, de la repetición de consignas –a veces vacías– de los miedos a poner en crítica al orden científico universal moderno instituido, que también implica revitalizar, actualizar, transformar al propio pensamiento crítico en salud para el siglo XXI. Una reconfiguración de conocer cómo conocemos y hacemos en el campo de la salud y la epidemiología para el siglo XXI.

Justamente, la presente publicación busca realizar desde el Núcleo México en su articulación geopolítica latinoamericana caribeña, el repensar, discutir y aproximarse a las implicancias de abrir preguntas incómodas hacia el pensamiento crítico latinoamericano en



salud, como recombinación original de trayectorias y de ideas pre-existentes, con nuevas aportaciones, articulaciones, revisiones y ejercicios de pensar y hacer Salud desde el Sur.

En una primera parte, la publicación aborda de forma pormenorizada los nudos coloniales, la revisión decolonial y los desafíos actuales de un pensamiento crítico latinoamericano caribeño en Salud desde el Sur, como principal horizonte de la(s) teoría(s) crítica(s) latinoamericana(s) caribeña(s) en salud y soberanía sanitaria para este siglo XXI. Por eso, el libro comienza con una revisión, discusión e implicancias de afrontar flujos de transiciones epistémicas y teórico-conceptuales, como técnico-políticas, sobre Salud desde el Sur, las aportaciones de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios para descolonizar los estudios de género y salud y, por último, realiza una introducción a la epidemiología crítica latinoamericana.

En una segunda parte, en esta publicación se introducen importantes debates, discusiones y aportes que se vienen gestando dentro del Núcleo México del GT de Salud Internacional de CLACSO con el Centro Nacional de Derechos Humanos “Rosario Ibarra de Piedra” (CENADEH-CNDH), producto de las mesas de trabajo y estudio que se organizaron en las Primeras Jornadas mexicanas de pensamiento crítico en salud y soberanía sanitaria.

Estos aportes y debates transitan la revisión del derecho a la salud y los derechos humanos desde el pensamiento crítico latinoamericano, los estudios en refundación del sistema de salud de México, con la contribución de la propuesta de descolonizar las teorías y políticas sanitarias mexicanas. Se introducen las implicancias de una matriz de estudio y trabajo en la salud socioambiental y las claves actuales de una epidemiología de los extractivismos en los territorios latinoamericanos y mexicanos. También se detalla la conformación del grupo de estudio y las aproximaciones de intersecciones de trabajo entre la epidemiología crítica y sociocultural en México. Por último, las miradas decoloniales y las intersecciones



de sexo/género/interseccionalidad en los feminismos para *pensar-hacer* salud en México.

Estas son las primeras aportaciones sistematizadas desde los grupos de estudio y trabajo nacional en México del GT de Salud Internacional de CLACSO, que parten de publicar lo que hacemos: afrontar un intenso y novedoso trabajo transdisciplinar, de sistemáticos estudios en profundidad, de aire fresco en atreverse a una revisión crítica y abrir discusiones sobre la descolonización del eurocentrismo panamericano y el neoliberalismo en la política-sanitaria en el Sur, con la actualización de nuestras teorías, políticas y prácticas sanitarias para el siglo XXI.

El desafío es abrir el pensamiento crítico latinoamericano en salud en el siglo XXI, invitar y animar a la capacidad de nuestra curiosidad, a reformular las preguntas, donde la imaginación y la recuperación de la creatividad es más importante que el conocimiento actual.

Desde redes interinstitucionales partimos de potenciar vínculos afectivos de encuentro y de trabajo vivo grupal de investigadores, instituciones académicas, espacios de gestión y gobierno de lo público, en articulación con movimientos sociales y sistemas de saberes del Abya Yala, mostrando toda la potencialidad alojada en nuestros conocimientos y prácticas sanitarias creativas, y en la existencia de *nuevas voces y generaciones* como de articulaciones intergeneracionales, partiendo de la actualización de las epistemologías y trayectorias para pensar y hacer salud en México, situada desde Latinoamérica y el Caribe desde y para el Sur.





Primera parte

Teoría(s) crítica(s)
latinoamericana(s)
caribeña(s) en salud
para el siglo XXI

Desafíos y actualidad del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur, hoy

GONZALO BASILE

Este capítulo transita la revisión y discusión sobre los significados del pensamiento crítico latinoamericano en salud, sus diversas expresiones y corrientes en el siglo XX y la actualidad de las transiciones epistémicas en el XXI, en la búsqueda de un nuevo marco de comprensión, investigación y acción geopolítica sanitaria de la salud desde el Sur.

Con los peligros que siempre conlleva cualquier esquematización, puede decirse que existen dos formas de acercarse al uso de un sistema de categorías, de una teoría o corriente de pensamiento: una forma estática y otra dinámica y crítica. La manera estática de analizar una teoría, conceptos o corriente busca mostrar la inexorabilidad de ciertos postulados teóricos en la modulación de las relaciones sociales, políticas, económicas, sanitarias contemporáneas. Es decir, no hay nada para revisar, ni actualizar ni transformar en nuestras formas de pensar y hacer salud en el Sur. Sólo repetir ciertas tesis del siglo XX y aplicarlas.

En cambio, la forma dinámica, compleja y crítica de estudiar una corriente de pensamiento se basa en comprender la consistencia interna y aportes de un marco teórico, explicar el contexto de producción de esas ideas y retomar críticamente sus aportes para pensar una dinámica de transformación actual de nuevos sistemas



categoriales de comprensión-acción contextualizados. Con esta segunda acepción se trabaja este texto.

Si bien el *pensamiento crítico en salud* es largamente enunciado por diversas expresiones en el Abya Yala –Latinoamérica y el Caribe–, obvio es revisado en menor medida, rediscutido y actualizado en las múltiples implicancias de una teoría crítica latinoamericana caribeña sobre la salud y la promoción de la vida para el siglo XXI.

Ahora bien, en primer lugar, desde una revisión documental y de análisis de contenidos se pregunta este capítulo: ¿existe un pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud? ¿Qué significados e implicancias tiene en el siglo XXI?

Si, en efecto, en primer lugar (re)conocemos este proceso como un complejo entramado de expresiones, corrientes y manifestaciones teóricas y prácticas, sus fundamentos en principio son marcos de categorías que se necesitan ubicar en dinámicas geoculturales (en sus contextos) y las diversas relaciones con los sistemas de conocimiento y poder sanitarios instituidos que las modelaron, configuraron y se divulgaron dentro del campo de la salud en la región de Latinoamérica y el Caribe.

En segundo lugar, este texto se aproxima a introducir las aportaciones y transiciones epistemológicas de las que se nutren las nuevas tramas en el saber-hacer del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur en el siglo XXI, aún en contextos adversos y condicionados por el pensamiento científico moderno del sistema mundo contemporáneo (Wallerstein, 2012), reproductor de profundas asimetrías de colonialidad, dependencia y órdenes jerárquicos anclados en una vigente geopolítica de poder y conocimiento sanitario en el siglo XXI (Quijano, 2000).

La primera y urgente necesidad de una nueva epistemología de la salud desde el Sur se mueve en flujos y movimientos ya no tan sólo de descolonización sino basados en una necesidad de actualización epistémica, teórico-conceptual, técnico-práctica y metodológica.



Repensar la salud con un nuevo marco categorial construido desde el Sur (Basile, 2022) resulta un primer aporte no tan sólo a la comprensión de la salud como proceso complejo sociocultural e históricamente determinado por los flujos de las herencias coloniales, raciales y del capitalismo en sus diversas fases de una geopolítica centro-periferia y del metabolismo sociedad-naturaleza, sino también en volver a reintroducir preguntas incómodas de cómo producir territorios y territorialidades de cuidado integral de la salud, de generar geopolíticas de autonomías relativas y espacios de soberanía sanitaria en contextos globales adversos, de refundación de las políticas y los sistemas de salud para el siglo XXI, de las aportaciones de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios al campo sanitario (Santos Madrigal, 2024); es decir, una incesante búsqueda de producción colectiva de humildad y aprendizaje sobre las epistemologías del vivir bien/buen vivir en nuestras sociedades y comunidades en el Sur, flujos opuestos por completo a la teorización del desarrollo, la epistemología del bienestar, la coartada del progreso, a las matrices eurocéntricas de la salud pública funcional y sus categorías típicas del pensamiento sanitario moderno eurocentrado tanto salubrista como médico social (Bautista, 2014; Acosta, 2015).

Más allá de la diversidad de las orientaciones y de sus variados contextos históricos, es posible identificar que las corrientes sanitarias hegemónicas surgidas del pensamiento científico moderno en salud –incluso las críticas médico-sociales– mantuvieron un sustrato colonial que se expresa en la lectura de la salud de las sociedades, a partir de la cosmovisión eurocéntrica panamericana y su propósito de transformarlas a imagen y semejanza de las sociedades del Norte global, en igual medida que en sucesivos momentos sirvieron de modelo a imitar en los sistemas de salud, en la epidemiología, en el diseño de la gestión y gobierno. Estas vertientes dominantes del pensamiento latinoamericano en salud pública aún son la expresión de un imaginario de minorías salubristas; en general, élites blancas, por lo general urbanas, que tuvieron –y continúan teniendo– una mayor identificación y convergencia de intereses con los grupos dominantes sanitarios

en los centros metropolitanos, que con las condiciones de vida y prácticas de saberes del Sur.

Esta urgencia y necesidad caracterizada parte de un giro de descolonizar las teorías, las políticas y las prácticas que prevalecen y que se *autoperciben* como universales y únicas, bajo la epistemología del punto cero de un orden que se denomina *la* comunidad científica (incluyendo aquí a corrientes *críticas* eurocéntricas), que regulan *la ciencia* y dominan el campo y la *episteme* de la salud-enfermedad-cuidados en el mundo occidental moderno y que aún se reproducen, naturalizan y anidan internamente como universales en el Sur global.

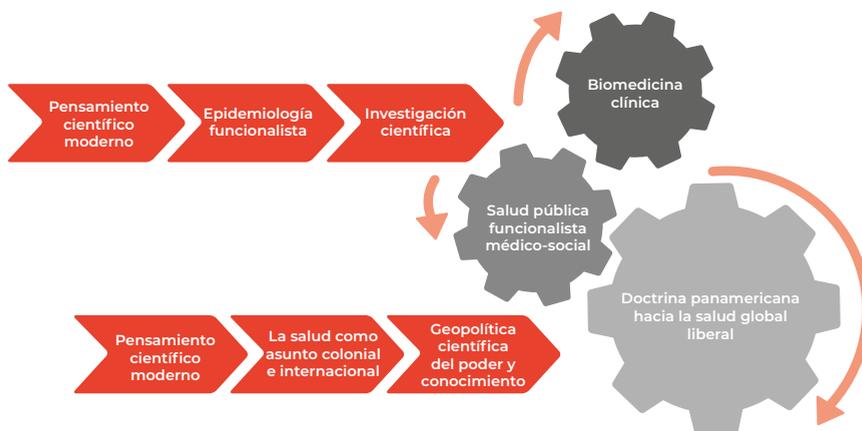
ENGRANAJES DEL PENSAMIENTO CIENTÍFICO MODERNO EN SALUD

Para comprender las bases epistémicas de cómo en la actualidad se reproduce una lógica de producción de conocimiento moderno en el campo de la salud pública y la epidemiología, es menester realizar primero una breve caracterización de los engranajes del paradigma empírico-funcional del pensamiento científico moderno en salud y sus implicancias en el campo investigativo, de formación, de políticas públicas sanitarias y en la salud como asunto internacional, sus geopolíticas globales y regionales.

Buscan transformar al mundo: desde la epistemología del punto cero (Castro Gómez, 2003); es decir, hay un uso del *mito universalista* del pensamiento científico moderno en salud que encubre quién habla y cuál es la localización epistémica de las estructuras de poder desde la cual ese sujeto universal enuncia, produce y totaliza el conocimiento. Esta epistemología del *punto cero*, universalista y totalizante, se reproduce tanto en los engranajes empíricos funcionales de la biomedicina clínica y salud pública como de las corrientes médico-sociales; resalta que el conocimiento inicia con el devenir del pensamiento y método científico moderno en salud.

Un predominio hegemónico acumulado entre los engranajes de la medicina colonial tropical a la biomedicina clínica asistencial-cura-tiva (Menéndez, 1992; 2005), de la salud pública funcionalista a la medicina social eurocéntrica, de la epidemiología social eurocéntrica y anglosajona al estudio de las *vulnerabilidades* por color de piel o género es dominante aún hoy en el mundo de la academia, de la gestión y gobierno, de las escuelas de salud pública y en la propia matriz teórica, política y de prácticas investigativas en la región del Abya Yala.

Gráfica 1
Engranajes del pensamiento científico moderno en salud



Fuente: Elaboración propia.

Engranajes de una matriz epistémica (Samaja, 2004), que para algunas y algunos lectores es quizás su diario *pensar-hacer* en el transcurrir académico o técnico-profesional en el campo de la salud, que a su vez implica una severa dificultad en la posibilidad de abrir un giro para problematizar las bases acumuladas de sistemas de conocimientos/desconocimientos que cimientan la formación, el pensamiento y la actuación de la salud pública contemporánea

y del pensamiento médico-social eurocentrado (Granda, 2004; Basile, 2022). Eurocentrismo significa el sistema de creencias que asimila que Europa (y luego el Norte global) es el único lugar geográfico, existencial de civilización humana, a partir de donde se produce ciencia, humanidad, cultura, filosofía, desarrollo, entre otros.

Este autopercebido campo científico constituye un espacio con sus relaciones de fuerza, actores, intereses y ganancias, monopolios, luchas y estrategias, donde todas esas invariantes revisten formas específicas que produjeron una racionalidad moderna en el campo de la salud que fue construida y se universalizó e internalizó como verdadera.

Detrás de esta modernidad, está Occidente, el Norte global. Ahí se entretejen una matriz dominante que ubica un conjunto de teorías, tipologías, lenguajes y conceptos, marcos de análisis y metodologías que las universidades, campos profesionales y diplomacias sanitarias, espacios de gestión pública de gobierno toman desde un saber-hacer *instituido* eurocéntrico panamericano como el canon a reproducir, copiar, asimilar y considerar como la ciencia positiva y universal en salud. Desde la imitación y/o la adaptación.

Expresiones y conceptos como la epistemología del bienestar y el desarrollo, desarrollo humano, reformas de sistemas de salud, atención primaria de salud, modelos de protección social, niveles de atención, programas de salud pública (que son programas verticales por enfermedades), equidad de género en salud, funciones esenciales de la salud pública, vulnerabilidades y grupos vulnerables, transición epidemiológica, enfermedades del desarrollo-subdesarrollo, historia natural de la enfermedad, factores de riesgo, determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud, entre otras categorías, responden a las inflexiones de una *episteme* sanitaria que fue transmutando del colonialismo tropical de mercado al capitalismo industrial basado en el desarrollo, y de ahí a los engranajes del neoliberalismo cognitivo que produjeron sedimentaciones, condensaciones institucionales en los Estados, en las so-



ciudades, en la academia, en la salud pública y epidemiología como en la propia materialización de los sistemas sanitarios a lo largo de todo el siglo XX.

Una colonialidad del pensar, saber y hacer en el campo de la salud, de la epidemiología, con una reproducción de dependencia epistémico político-sanitaria, que no es sólo un fenómeno externo, sino que se manifiesta también en formas y estructuras internas en la propia hegemonía cultural en las sociedades, comunidades y academias del Sur.

Esta *episteme* se expandió articulada a la geopolítica de la salud global liberal, de la doctrina panamericana regional y sus impactos nacionales y locales teniendo implicancias en este carácter intrínseco de dependencia en el campo de las teorías, prácticas y las políticas sobre la salud pública, la epidemiología funcionalista, sistemas de salud, que generan una homogenización de caminos posibles y de limitada comprensión de la especificidad situada del Sur, que se transforma en unas determinaciones internacionales de las teorías, prácticas y políticas de la salud en la periferia (Basile y Rivera Díaz, 2022).

A nivel singular de cada eslabón de estos engranajes, es menester describir el nacimiento de la biomedicina clínica moderna; una medicina anclada que se da como ciencia del individuo, tratamiento del cuerpo enfermo, basándose su éxito de positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. Una metáfora de una máquina corporal con desperfectos en su estructura y funcionalidad por causas externas o internas, a la cual hay que reparar (Granda, 2004). Obviamente, con el presupuesto que las reparaciones instrumentales de los daños fisiopatológicos podían permitir a estos cuerpos –personas– la rápida reintroducción en las dinámicas del capitalismo productivo industrial de mercado durante el siglo XX. Esta dinámica fue mutando con la expansión del complejo médico industrial farmacéutico global, la medicalización y mercantilización de la salud humana (Basile, 2020b).

- El modelaje de la biomedicina clínica basada en sus articulaciones con el pensamiento científico moderno logró cierta hegemonía en el campo de salud, a partir de implantar (Basile y Rivera Díaz, 2022).
- Unidad de análisis: la enfermedad.
- Unidad de intervención: individual.
- Técnicas: curativo-asistenciales y medicamentosas tecnológicas.
- Relación asimétrica individual y privada entre *médico(a)-paciente*.
- La persona es un objeto (paciente-usuario) del saber biomédico.
- La salud como un *estado* estático, dicotómico sano-enfermo, desvinculado de los procesos sociales de la vida.
- El estudio de pequeños grupos artificiales (ejemplo: *obesos, diabéticos*, etcétera).
- Sesgo experimentalista, el ensayo controlado (control de las variables y hacer la experimentación de riesgo).
- Lo colectivo como la suma de lo *individual*. Las conclusiones que se extraen se extrapolan a la realidad colectiva epidemiológica-sanitaria poblacional.
- La idea que *las reglas* del conocimiento las determina y regula *la comunidad científica*, ubicada en el pensamiento moderno occidental del Centro global.
- Esa comunidad científica se convierte en un órgano de regulación. Determina “qué es conocimiento científico, y qué no es conocimiento científico”.
- Despojado de valores, intereses, relaciones de poder. Es un conocimiento *neutral*.

En este sentido, la biomedicina logra una hegemonía en las sociedades modernas occidentales (Menéndez, 1992; 2005) a partir de la producción de cuatro legitimidades: 1) el reconocimiento monopólico jurídico-legal del Estado-nación moderno que reconoce como *única* forma de ejercicio legal de medicina a la biomedicina clínica de base occidental moderna; 2) el monopolio de este paradigma en la educación médica universitaria profesionalizante; 3) la biomedicina como espacio económico y de acumulación acelerada de capital con la deriva de la expansión de un complejo médico industrial farmacéutico global del Centro global, casi al mismo tiempo que se consolida la biomedicina clínica y la microbiología;



4) hegemonía cultural en las sociedades y comunidades con una creciente biomedicalización de la salud y la vida.

Dentro de este análisis, cabe destacar el conocido Informe Flexner sobre la educación médica en los Estados Unidos y Canadá (Flexner, 1910), escrito por Abraham Flexner y publicado en 1910, bajo los auspicios de la Fundación Carnegie. En general, se encuentran las bases de la profesión biomédica moderna que se estructuran bajo la formación estrechamente enlazada al método científico moderno; se finca en la fisiología y la bioquímica humanas de las ciencias básicas, el laboratorio y la enfermedad. El hospital como espacio universitario propuesto por Abraham Flexner en su informe implicó la transformación del ámbito hospitalario en fábricas de producción de servicios de salud (Kelman, 1971) dominadas por la propia Asociación Médica Americana (AMA), mientras la industria farmacéutica materializaba el proyecto de la bala mágica de Paul Ehrlich en estos espacios de atención de enfermedades (Goodman, 2003).

La biomedicina, en su camino de hegemonía sociocultural en las sociedades occidentales urbanas modernas, construyó una historia lineal de los conocimientos médicos y sus autores, acumulativa en hitos y mitos, enraizada en una visión evolucionista que pretendió mostrar cómo, cada vez más, se va conociendo el verdadero funcionamiento del ser humano, sus enfermedades individuales y las maneras de prevenir y de curar, en una permanente carrera de progreso, desde el error hasta la verdad universal sanitaria.

Ante el éxito de la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual, también se considera a principios del siglo XX que es posible construir una *enfermología* pública, según Edmundo Granda (2004), denominada salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de control vertical desde los Estados sobre las poblaciones, con la presuposición positivista, que el método científico occidental logra asegurar una verdad universal sobre esa salud de las poblaciones como objetos de intervención y control.

Desde su surgimiento y fases históricas persisten en esta salud pública, por un lado, el supuesto de ser la atención funcional a lo poblacional, a lo colectivo. El segundo componente es la centralidad del Estado moderno como administrador y único representante de la respuesta mitigatoria a los problemas sanitarios.

En este surgimiento con antecedentes en el higienismo y medicina social, la salud pública comienza a ser denominada en Inglaterra, en especial con las iniciativas que Edwin Chadwick elaboró en 1842 a partir del informe *The Sanitary Condition of the Labouring Population* que impactaron directamente dentro del Estado-Nación moderno eurocentrado, a desarrollar intervenciones de saneamiento, control de enfermedades y epidemias, frente al agravamiento de las condiciones sanitarias de trabajadores asalariados y poblaciones urbanas en la gran transformación (Polanyi, 1989) que estaba produciendo la expansión del capitalismo industrial de mercado en el Norte global. Incluso, para finales del siglo XIX el Congreso norteamericano crea el Departamento Nacional de Salud y a su vez el Servicio Marítimo de Hospitales.

Este enfoque funcional en salud pública y su bioestadística epidemiológica analiza las poblaciones como un agregado aditivo de individuos o de grupos artificiales, según morbilidades o patologías. Estos supuestos funcional-normativos salubristas se convierten en una ceguera clave para (re)conocer otros sistemas de conocimientos complejos en salud y en especial las aportaciones que realiza la teoría crítica latinoamericana de la salud desde otros marcos teóricos, prácticas y políticas.

Paim (2006) describe cómo las medidas de salud pública durante el surgimiento del Estado moderno, y en especial del capitalismo, se centraban en el control demográfico (natalidad y registro, cuantificación de las muertes y nacimientos), la elaboración de leyes y la fiscalización por medio de la policía sanitaria, así como la realización de saneamiento urbano. Tras la llamada era bacteriológica y la microbiología, tales medidas se dirigieron contra los agentes biológicos (desinfección, inmunización, etcétera) y contra los vectores (mosquitos).



Con esta presuposición positivista de la salud pública funcionalista (Terris, 1992) se fundamenta un saber y práctica basada en:

- Intervención técnico-normativa desde el aparato del Estado-Nación moderno y de la técnica positivista burocrático-estatal, explicando el riesgo de enfermar en la población; busca controlar o mitigar las patologías.
- Efectivizar en las instituciones de atención médica y de la población, como un objeto de control y vigilancia (epidemiológica) desde el propio poder del Estado, y ejecutar la verdad ideológica científico-tecnológica para prevenir enfermedades.
- El andamiaje de control de epidemias, el estudio de frecuencias y distribuciones de enfermedades transmisibles/no transmisibles y eventos de salud pública de las poblaciones, como principales fenómenos poblacionales a vigilar y controlar.
- La racionalidad funcionalista basada en el paradigma estructural-funcionalismo que concibe a los *problemas sociales* (donde entran los problemas de salud-cuidado) apenas como *desajustes funcionales* que se producen y corrigen.
- Si bien el hospital como institución existía desde los siglos XVII y XVIII, sus funciones no eran médicas-sanitarias sino asistenciales de beneficencia para hacer frente a la enfermedad hasta la muerte.
- Fue recién en el siglo XIX en las principales ciudades de Inglaterra y Francia, cuando el hospital fue sometido a un ordenamiento motivado no por el interés de mejorar la atención del enfermo sino para evitar la propagación de las enfermedades hacia las ciudades que crecían al compás de la explosión del sistema capitalista, como lo describe Karl Polanyi (1989). Se establecieron disposiciones sobre su funcionamiento y su administración, dejando de ser responsabilidad de la Iglesia; comienza a ser asumido por médicos funcionarios de un incipiente sistema de atención médica.
- Dos elementos relativamente persistentes: la atención a lo colectivo, si bien con una conceptualización insuficiente, y la vinculación al Estado, presunto representante de los intereses generales de la sociedad (Paim, 2006).
- Para Almeida Filho y Paim (1999), el término *salud pública* se ve como un concepto que se refiere al campo general de la salud en el ámbito colectivo; es decir, a los procesos de salud, enfermedad, sufrimiento y muerte en la sociedad y las respuestas sociales destinadas a manejar tales fenómenos.

En el campo de la salud, que es inevitable referirla al ámbito colectivo-público, históricamente transitó por sucesivos movimientos de recomposición de prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones del pensamiento científico moderno en la relación sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud de las sociedades, colectivos humanos.

En definitiva, la caracterización de los engranajes descritos articula una racionalidad moderna dominante en la *salud pública y epidemiología funcionalista* con una base epistémica, teórica y técnico-metodológica, basada en el paradigma del estructural-funcionalismo que se asienta en la estabilidad, causalidad y equilibrio eterno de los sistemas (Parsons, 1966). Sus principios son la adaptación, el cumplimiento de metas, el mantenimiento de las pautas de reproducción e integración social dentro del mismo sistema social (capitalismo-modernidad).

Esto permite identificar las razones de una salud pública funcionalista y su epidemiología que todo el tiempo se presenta a sí misma como la corrección, la mitigación o el control de *desajustes funcionales*. Sin transformar procesos, opera mediante el cálculo de riesgos, en transiciones de esquemas explicativos reduccionistas de las determinaciones de la salud (Breilh, 2021) e incluso en los propios estudios de desigualdades: entre Leavell y Clark (1953), de Lalonde (1974) a Whitehead (1990) o Marmot et al. (2008).

En el siglo XX, la formación del pensamiento científico en salud pública tanto en el campo teórico como en la práctica acumula bases de la moralización individual de la higiene social europea, la misma que a partir de 1930 se amplió con la *visión preventivista*, impulsada por las escuelas de salud pública norteamericanas, fundamentada en el paradigma propuesto por Leavell y Clark que tuvo gran aceptación en salubristas y fue incorporado en los programas de inmunización, organización de los servicios y en la formación del personal a nivel pre y posgrado, como se expresa desde los años 1950 en las conclusiones de los seminarios sobre la enseñanza de



Medicina Preventiva en Viña del Mar (Chile) y en Tehuacán (México), impulsada por la OPS-OMS para continuar insertándola en la enseñanza de la medicina preventiva y social y de posgrados en la salud pública latinoamericana caribeña entre las décadas de los 60 y 70 (Márquez, 2011). Este proyecto preventivista privilegió las prácticas pedagógicas transmitidas por la OPS en seminarios en diversas ciudades: Colorado Springs (1952), Nancy (1952), Gotemburgo (1953), Viña del Mar (1955), Tehuacán (1956). Ante la inexistencia de una teoría que fundamentara esas prácticas del discurso preventivista, se extendió el uso del *modelo de la historia natural de la enfermedad*, creado por Hugh R. Leavell y Edwin G. Clark (1953).

Estos procesos tienen como antecedente Colorado Springs, donde se efectúa una reunión de representantes de las principales escuelas de medicina norteamericanas y canadienses en 1952, siendo el punto de lanzamiento de las modificaciones curriculares en la formación biomédica (Arouca, 1975; Desrosiers, 1996). Así impulsan la apertura de departamentos de medicina preventiva que se presentan de manera conceptual como intervenciones previas a la ocurrencia concreta de síntomas y señales en una fase preclínica de las enfermedades. Se trata de una operacionalización para bajar costos en el proceso de crecimiento de la medicalización y tecnologías sanitaria que comenzaba ya a extenderse en el Norte global. Como bien lo describen Almeida Filho y Paim (1999):

La propia noción de prevención es radicalmente redefinida, a través de una osada maniobra semántica (ampliación de sentido por la adjetivación de la prevención como primaria, secundaria y terciaria) que termina incorporando la totalidad de la práctica médica al nuevo campo discursivo. Que esto sólo haya ocurrido a nivel de la retórica indica la limitada pretensión transformadora del movimiento en consideración, efectivamente prisionero en lo que Arouca (1975) con mucha perspicacia denominó “modelo preventivista”. Con entusiasmo comprensible, organismos internacionales del campo de la salud adhieren de inmediato a la nueva doctrina.

Por otro lado, también con base en la ampliación de servicios básicos de salud para las poblaciones excluidas y empobrecidas que

desde los años 50 se tenía como objetivo para los países del Sur, en los Estados Unidos aparece la expansión del campo de la medicina comunitaria/salud comunitaria, como premisa entre los años 60 y 70 para responder a lo que la medicina mercantil y la salud pública no lograban resolver. Se organiza en especial basado en la implantación de centros comunitarios de salud; en general, administrados por organizaciones sin fines de lucro y subsidiados por el gobierno federal norteamericano, destinados a efectuar acciones preventivas enfocadas en ciencias de la conducta –conductismo–, a partir de la promoción de cambios de comportamientos y proporcionar servicios básicos de salud a la población de micro-áreas, consideradas conflictivas con problemas estructurales. A su vez, incorporando a referentes de estas áreas como agentes locales que son utilizados para realizar acciones de salud (que la propia salud pública institucionalizada no realizaba).

Esta salud comunitaria fue extendida en Latinoamérica y el Caribe por organismos internacionales desde la propia UNICEF, PNUD, OPS-OMS, agencias cooperantes y fundaciones filantrópicas, con la premisa de ampliación de cobertura a bajo costo, a través del uso de agentes comunitarios (más conocidos como promotores), paquetes de acciones, soporte a las campañas de programas de salud pública, entre otras (Paim, 2009).

En resumen, el campo de la salud pública en Latinoamérica y el Caribe estuvo atravesado durante todo el último siglo y medio por el pensamiento científico moderno occidental, desde el racionalizador sanitarismo inglés a la medicina social de Francia y Alemania, de la moralización individual de la higiene social a la policía médica regulatoria de Europa; a su vez, de la medicina preventiva, comunitaria y familiar de Estados Unidos, que tuvieron diversos impactos en la reproducción de *colonialidad salubrista* en la región.

En este contexto, las primeras escuelas de salud pública en Estados Unidos contaron con importantes financiamientos de la Comisión Sanitaria de la Fundación Rockefeller y otras fundaciones filantrópicas de corporaciones privadas, que luego también financiaron e



intervinieron en la creación de escuelas de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.

Es interesante cómo, de manera más reciente, las funciones esenciales de la salud pública (FESP) fueron incorporadas como mandatos complementarios suscritos entre el Estado-mercado en la fase de desregulaciones y modulaciones neoliberales globales con las reformas sectoriales; por otro lado, interpretan que la vida y la salud sólo es posible lograrlas a través de un *control funcional* de un *Estado presente* en un momento de inmensa debilidad de este.

La iniciativa de las FESP fue impulsada a partir de la década de 1980 por el Instituto de Medicina (actual Academia Nacional de Medicina) de Estados Unidos de América (IM, 1988). A partir de esto, en 2002 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó la primera versión conceptual y metodológica de las FESP en la publicación de *La salud pública en las Américas*.

Esta funcionalización de la salud pública fue articulada a una división político sanitaria del trabajo donde los bancos (BID, Banco Mundial, sistema financiero) comenzaron cada vez con mayor claridad a gobernar las oleadas de reformas al Estado y las políticas de reformas a los sistemas de salud, con una apertura de mercados de coberturas financieras en salud, ajuste del financiamiento público, limitaciones a paquetes de servicios y prestaciones y a todo el coctel de reformas y nuevas reformas a los sistemas sanitarios y de seguridad social (Basile y Feo, 2022).

A su vez, el campo de ciencias biomédicas, de la salud pública y políticas sanitarias aún mantienen una carga de herencias de colonialidad eurocéntricas y de doctrina panamericana sanitaria en su propia genealogía, marcos referenciales, teóricos y metodológicos (Basile, 2022).

La revisión del *panamericanismo* sanitario es un ejercicio conceptual sustancial, porque es una *geopolítica* que tiene incidencia directa sobre el nacimiento, crecimiento e institucionalización de

una salud pública funcionalista panamericana en la región latinoamericana y caribeña (Basile y Rivera Díaz, 2022).

Desde un punto de vista decolonial, es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemonizó la salud pública internacional en territorio latinoamericano y caribeño a partir de fines del siglo XIX y durante todo el siglo XX (Basile, 2020a). Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron, y se llevan adelante bajo una concepción de *las Américas* como un todo uniforme, no pueden comprenderse sin esta matriz de la doctrina panamericana de por medio.

Ahora bien, el panamericanismo sanitario, desde su nacimiento como marco referencial, primero de la salud como asunto colonial y sus transiciones epistémicas a la salud como asunto internacional y regional, parte de una doctrina de la diplomacia de Estados Unidos. La matriz del panamericanismo se define desde su trayectoria bajo este ideario:

- Analizar la situación de salud poblacional o de la salud de la región como un todo (la comunidad de las Américas) con la unidad de análisis son los Estados-nación, unidad de intervención de las fronteras y el control de las enfermedades que traspasan las fronteras.
- La OPS fue una oficina adscrita al Servicio de Hospitales de la Marina de los Estados Unidos (*Marine Service Hospital*, por siglas en inglés), dentro de la Oficina de la República Americanas (hoy OEA-Organización de Estados Americanos), que construyeron la OPS.
- Un rol destacado de la Comisión Sanitaria Rockefeller, de la Fundación Rockefeller, con los iniciáticos ministerios y escuelas de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.
- Una enfermología pública regional que trae en su genética la tradición militar, colonial y de ahí su lenguaje metodológico: “vigilar”, “combatir”, controlar”, “erradicar”, “eliminar”. Si bien en la superficie está el panamericanismo y sus prácticas y objetivos comunes, en la epidermis continúa viva la relación entre comercio, colonialidad y enfermedades.



Un apartado especial implica caracterizar las transiciones de la salud pública panamericana hacia la salud global liberal, dentro de los engranajes de la expansión del régimen internacional de cooperación al desarrollo en el campo de salud (Basile, 2018).

En el contexto de aceleración global, como lo describe Antonio Ugalde, se conforma un complejo político liberal entre los Estados donantes del Norte global, las fundaciones filantrópicas, los grupos farmacéuticos y organizaciones financieras y de comercio, como el Banco Mundial (BM), Organización de Cooperación y Desarrollo (OCDE), Organización Mundial del Comercio (OMC) o el Fondo Monetario Internacional (FMI), junto con las ONGN (Organizaciones No Gubernamentales del Norte), que pasan a ser actores centrales de la agenda global; especialmente, con organismos extrasanitarios (Ugalde y Homedes, 2007). Es un contexto en el cual se consolida una nueva vertiente de interpretación de los problemas de salud en las relaciones internacionales y la geopolítica, basada en la primacía de las reglas impuestas por la globalización neoliberal: la denominada *salud global* (Birn, 2011).

Así, cabe destacar cinco procesos centrales que se consolidan con el nacimiento y apogeo de esta salud global liberal y que se caracterizan, no desde sus loables enunciados, sino a partir de las agendas, políticas y acciones mundiales que operacionalizan (Basile, 2018):

1. Las reformas sociales al Estado y reformas sectoriales a los sistemas de salud de corte neoliberal.
2. La funcionalización de la salud pública a los mandatos del mercado global; es decir, a la mercantilización de la salud y la vida y un rol del Estado-nación para regulación.
3. La consolidación como actores hegemónicos del complejo médico industrial farmacéutico financiero y las corporaciones transnacionales, incluyendo un naciente filantropocapitalismo sanitario con un rol estructurante de la agenda global de la salud.
4. Nacimiento de nuevas diplomacias y tecnocracias globales de la salud a la hora de actuar e intervenir en esta geopolítica internacional del desarrollo y Norte-Sur.

5. La securitización de las determinaciones epidemiológicas con la implantación de la geopolítica de la seguridad sanitaria global, anclada en la seguridad nacional del Norte.

Ahora bien, estos sustentos ideológicos, concepciones, acciones técnico-políticas y su proyección sobre las sociedades del Sur se expresan tanto en las bases de la ciencia biomédica como en el positivismo del gobierno de la salud pública y la epidemiología funcionalista que se encuentran articuladas e imbricadas en los engranajes descriptos.

En resumen, el pensamiento científico moderno en salud partió de sus realidades, de sus contextos y sociedades. Esto significa que estas articulaciones descritas entre biomedicina, salud pública, medicina social, panamericanismo sanitario y salud global son conceptualizaciones sobre problemas y situaciones sanitarias que tuvieron, percibieron y enfrentaron el mundo moderno eurocéntrico panamericano, y de la manera como lo fueron resolviendo de modo teórico, metodológico y geopolítico. Lo que se trata de identificar aquí es cómo este pensamiento científico moderno en salud nunca tuvo en cuenta a otros sistemas de conocimientos, ni mucho menos al pensamiento de Latinoamérica y el Caribe, porque siempre fue una *exterioridad* no productora de ciencia crítica en salud del Sur. Estos racionamientos e ideas se sedimentaron en nuestros conceptos, cuerpos, cabezas, mentes, teorías, políticas que se convirtieron en una especie de sentido común en salud.

SALUD PÚBLICA, MEDICINA SOCIAL EUROCÉNTRICA Y LA EPISTEMOLOGÍA DEL DESARROLLO

En el documento *Development*, Gustavo Esteva (2012) realiza un recuento histórico sobre los orígenes del *desarrollo*, mencionando que la incursión del concepto en la academia remonta al lenguaje utilizado por la biología del siglo XVIII, donde toma su visión de transformación o de cambio *hacia una forma cada vez más perfecta*.



Luego, en el siglo XIX, da el salto definitivo hacia la esfera social y consagrarse como “un proceso histórico que se desenvuelve con el mismo carácter necesario de las leyes naturales”, transfigurándolo a un estado terminal de un evolucionismo social, reformulando la historia mundial bajo el sello occidental del Norte global. Sin embargo, como lo señala Escobar (2014), es hasta mediados del siglo XX que el desarrollo se populariza, bajo la metáfora de un Harry Truman –desarrollados, modernos y subdesarrollados, atrasados– que creía en el paradigma modernizador y la industrialización de los Estados-nación del Norte global como única vía de superación.

Así, el esfuerzo por generar premisas en el carácter científico del *desarrollo* supuso la conceptualización donde el progreso se podría medir cuantitativa y sincrónicamente. Esta noción que comienza a universalizarse en 1945, estuvo asociada con la teoría de los estadios.

Este marco teórico presupone que las unidades individuales, las sociedades nacionales y los Estados-nación se desarrollan todas de la misma manera, pero a ritmo distinto. Tarde o temprano, todos los Estados y sociedades nacionales terminarán siendo más o menos lo mismo. Como Wallerstein (2006) plantea: “Este truco de ilusionismo implicó que el Estado más desarrollado podía ser modelo para los Estados menos desarrollados”.

Bautista Segales (2022) describe este fenómeno novedoso de colonización moderna, por medio de su mito fundacional de clasificación antropológica de la humanidad, hace constante y sostenible esa transferencia, como *plusvalorización de la vida* del Centro es inversamente proporcional a una desvalorización de la vida y la humanidad de la periferia.

Esta *teoría de los estadios* atraviesa en particular a la epidemiología y la salud pública hacia finales del siglo XX, a través del concepto de *transición epidemiológica*, publicado por primera vez por Abdel Omran en 1971. Esta transición supone que, a medida que las sociedades y naciones se hacen “más” desarrolladas, modifican

sus patrones de enfermar y morir. Estas premisas fueron más una creencia o un mito, que una realidad, ya que al observar la epidemiología poblacional del Norte y del Sur se encuentra una polarización epidemiológica de patrones de vivir, enfermar y morir radicalmente desiguales.

Estas y otras clasificaciones de la modernidad y el desarrollo son categorizaciones producidas de manera histórica como parte de una historia del poder (Quijano, 2000), reflejadas en los modos de vivir, enfermar y morir.

Aún más contemporáneo es el tránsito hacia una epistemología liberal del manejo del riesgo social, las vulnerabilidades y la resiliencia. Frente a estas tesis del desarrollo del Norte global que obvian o no se reconocen los órdenes jerárquicos de determinación, colonialidad y dependencia en los procesos epidemiológicos globales hacia los impactos en lo local, visibilizar y problematizar tanto la falacia econocéntrica del desarrollo como la falacia del bienestar social en esta especie de industria de exportación en una constante actualización del *ilusionismo* del desarrollo para el Sur (Basile, 2022).

A partir de los 90 y en especial en los 2000, en el mismo clima de época de la expansión del capitalismo líquido financiero extractivo y las agendas diseñadas por las corrientes (neo)liberales de reformas al Estado y a la economía política, se produce un acumulado de disparidades y diferencias en las condiciones de vida y salud de las sociedades, incluso en el propio seno del Norte global.

Así, el pensamiento sanitario eurocéntrico y panamericano fue migrando de una epistemología clásica del *desarrollo económico* (crecimiento económico, PIB per cápita, etcétera) que desde los años 50 en adelante fue permeando con fuerza el campo sanitario hacia la más reciente *epistemología del bienestar* (desarrollo humano) y la equidad (Yu et al., 2008) en los estudios de desigualdades que permean las formas de comprender y actuar sobre las opresiones e inequidades en salud en el Sur.



Al mismo tiempo, con la creciente suposición y explosión de informes actuales basados en este enfoque de desigualdades desde un *estructural funcionalismo* de presumir que son desajustes injustos que requieren correcciones, invisibilizando los procesos de determinación. Estas cuantificaciones de desigualdades evidentes cuentan con frágiles marcos teóricos, pero con una reiterada redundancia en las metodologías de medición que sus propias comunidades científicas modernas lo legitiman, reproducen y naturalizan.

Naomar Almeida Filho (2020) realiza un pormenorizado análisis centrado en los estudios de desigualdades y salud en especial en el proceso de construcción teórica en una revisión de la bibliografía contemporánea. Parte de este proceso de revisión sistemática pone en evidencia:

- La preeminencia de un enfoque anglosajón y eurocéntrico en los estudios de desigualdades en salud.
- El vector principal de las investigaciones son la relación cuantitativa de las desigualdades económicas y sociales en relación con resultados sobre la salud humana a nivel individual (Rezapour et al., 2015; Knaul et al., 2006; Makinen et al., 2000).
- La epistemología del *desarrollo económico* (crecimiento PBI per cápita, entre otros) y del *bienestar* (desarrollo humano) son dominantes en estos enfoques y estudios.
- Se desprenden en Rawls, desde su teoría de la justicia del liberalismo, las *libertades básicas* para la autonomía individual, desde donde surgen la mentada igualdad de oportunidades y el conteo de las necesidades básicas.
- Amartya Sen inunda la literatura de estudios de desigualdades, en particular con centralidad del concepto de equidad en el campo de la salud, y destaca el potencial de este campo como espacio privilegiado para políticas redistributivas, en una lógica que responde a la epistemología del bienestar.
- Tanto la epistemología del bienestar (desarrollo humano), como del desarrollo económico responden a la matriz teórica del desarrollo antes descrita.

Esto produjo una cierta explosión global y revitalización de una epidemiología social europea y anglosajona orientada en especial a esta producción de datos empíricos que monopolizaron los estudios de desigualdades en salud hasta nuestros días (Almeida Filho, 2020). Basadas en las tesis de Lima Barreto (2017) o la cultura de informes OXFAM, con ciertas simplificaciones reduccionistas, causales de considerar evidencias acumuladas de unas desigualdades globales en salud cuantificadas entre unidades de Estado-nación/sociedades nacionales o al interior de estas, siendo sólo evidencias aisladas, desconectadas y fragmentadas (Breilh, 2023).

Estos enfoques preeminentes del Norte global revelan poco interés en la formulación de marcos teóricos y sus bases epistémicas, reflejándose sólo en un pensamiento epidemiológico moderno empírico, funcionalista y normativo. Es decir, la propia lógica empírica-epidemiológica social de la medición de desigualdades en salud es reproductora de una colonialidad del poder y del conocimiento, sin asumir rupturas epistémicas, teóricas para luego avanzar en aproximaciones de abordajes prácticos y metodológicos que realmente busquen transformar las formas de vivir, enfermar y morir.

Como bien lo describe Almeida Filho (2020), el pensamiento epidemiológico moderno se actualiza sobre la base de dos vertientes explicativas de la génesis social de la salud-enfermedad-cuidado: una, en América del Norte, que utiliza conceptos como capital social, vulnerabilidad, riesgo social y estrés psicosocial, equidad; otra, en Europa, con conceptos como estratificación social, cohesión social, desigualdad y estilos de vida.

Según Breilh (1998), en este contexto descrito se encuentra el surgimiento de una epidemiología de los mínimos de supervivencia (Bottom Line Epidemiology).

Un instrumento sustancial para mitigar los daños en el diseño de medidas estratégicas del *neoliberalismo* que produce información y conocimiento para: el manejo del riesgo social con la individua-



lización del riesgo, la focalización por grupos vulnerables, los paquetes, pisos o planes de atención básica y protección social, las medidas de reducción del gasto en salud pública, los cálculos de subsidio a la demanda, la reducción a la óptica de las enfermedades evitables para calcular el famoso *global health burden*, los paquetes de cobertura costo-efectiva de atención de enfermedades, entre otras. Todas comparten la lógica de los mínimos tolerables, la medición de fenómenos que expresen la máxima resistencia gobernable de una población ante la exclusión, las precariedades de la vida colectiva y las privaciones sobre bienes públicos. En definitiva, comparten la lógica que suplanta las aspiraciones máximas para el cuidado integral de la salud de una comunidad, por la lógica de los mínimos tolerables en el marco de una gobernabilidad del riesgo.

Para grupos vulnerables, una epidemiología para pobres que produzca mínimos de mitigación para manejo del riesgo social, del llamado cálculo de riesgos y maximizar medidas costo-efectivas (Holzmann y Jorgensen, 2000).

Esta epidemiología de la mitigación, según las geopolíticas del Norte global, sus antecedentes provienen desde la salud como asunto colonial para el control de enfermedades que afectaban la gobernanza comercial colonial, pasando por el estudio de la salud de la población laboral en etapas de apertura y consolidación de los territorios *tropicales* –en la era de expansión de enclaves productivos de extracción de materias primas en los imperios económicos durante el comienzo del siglo XX–, hacia el papel más reciente de las reformas neoliberales basadas en una calculadora de las políticas de los mínimos de supervivencia y de gobernabilidad de los riesgos en la acelerada precarización de la vida y la salud en la renovación de ciclos neoliberales (Breilh, 1998).

POR QUÉ Y PARA QUÉ UNA TEORÍA CRÍTICA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA EN SALUD

En este apartado, el punto central es identificar a través de una revisión de las epistemologías del pensamiento crítico en salud y aprender a deconstruir el *locus* de enunciación con la evidente ubicación geopolítica y subjetividad desde donde habla el pensamiento científico moderno en salud, tanto biomédico salubrista, como también las implicancias que tuvo en las corrientes médico-sociales y salubristas críticas en la región.

Según Grosfoguel (2006), este sujeto y pensamiento científico moderno habla siempre escondido, se disfraza, borra sus bases geopolíticas, desvinculando la ubicación epistémica desde donde enuncia y produce conocimiento. Así las ciencias occidentales modernas en salud produjeron una especie de mitología sobre un conocimiento considerado universal, fidedigno, de verdad científica única, que camufla su ubicación epistémica geopolítica de las estructuras del poder/conocimientos coloniales desde las cuales habla, piensa, produce y universaliza un supuesto único saber (Grosfoguel, 2006).

Partiendo de este problema epistémico-político relacional, como revisaremos más adelante en este texto, la significancia de pensar y practicar una salud desde el Sur implica un giro decolonial y epistémico como necesidad práctica y aporte teórico ante el *locus* de enunciación eurocéntrico panamericano de la salud pública, como también de la medicina social en la región de Latinoamérica y el Caribe, aún en el siglo XXI (Basile, 2022).

Diversas corrientes académicas y de política sanitaria en Latinoamérica y el Caribe que revisaremos en esta segunda parte del capítulo, aún adeudan a sí misma profundizar el estudio, la formación y producción de un pensamiento-acción geopolítica de pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur y soberanía sanitaria regional (Basile, 2023).



Ahora bien, es útil comenzar ubicando las grandes razones en la importancia estratégica de la descolonización y al mismo tiempo la actualización del pensamiento crítico en salud para el siglo XXI:

- *Necesidad teórica*: porque se necesita una mayor y mejor capacidad de conocer y comprender la *situación de salud* de las comunidades de vida,¹ la salud humana y colectiva, las sociedades. Al mismo tiempo, ubicar y descolonizar ciertos marcos teóricos que permean nuestras prácticas, gestión/gobierno y metodologías en salud pública en el Sur.
- *Necesidad técnica, práctica*: porque los abordajes tradicionales no han sido suficientes para sustentar una práctica de la salud pública que sea eficaz para reducir y transformar las inequidades en salud colectiva y humana, como tampoco lograr responder de forma envolvente e integral a los problemas en nuestras comunidades de vida en el Sur.
- *Necesidad metodológica*: la creciente evidencia de que la situación del proceso de salud-enfermedad-cuidado está más vinculada a las condiciones de vida, de trabajo, de racialización y deshumanización colonial, que sólo a riesgos individuales diferenciales y/o control de enfermedades poblacionales, a diferenciales por nivel socioeconómico o a enunciar determinaciones sociales totalizantes.

En primer lugar, el campo de la teoría crítica latinoamericana caribeña en salud se encuentra en un proceso de revisión, transformación y de reconfiguración de sus paradigmas, procurando una constante búsqueda de aproximarse al complejo proceso salud-enfermedad-cuidado de una forma menos eurocentrada y estanda-

¹ “Comunidad de vida” es una concepción trabajada por Juan José Bautista (2014), Rafael Bautista Segales (2022) y Katya Colmenares (2022) que implica aportar una distinción y transición epistémica de la categoría “sociedad” moderna a “comunidad de vida”. El capitalismo y la modernidad para desarrollarse necesitaron destruir las relaciones comunitarias, la comunalidad y reciprocidad por lo común, que para Juan José Bautista no se trataba sólo de comunidades humanas, sino de comunidades de vida, en las que había como base tres actores y procesos fundamentales: la naturaleza como madre, el espíritu de los ancestros y los seres humanos en armonía, en el nexo comunitario (el vínculo por lo común). Las naciones andino-amazónicas del Abya Yala, fieles a su sabiduría ancestral enseñan que delante de nosotros hay hermanos, hay vida contenida, hay espíritus, hay sujetos, hay ancestros, hay comunidad, hay historia viva; somos un gran nosotros y de lo que se trata la vida es de una comunidad de vida (Colmenares, 2022).

rizada, respetando y respondiendo a circunstancias de vida individual y colectiva situadas en el Sur.

En segundo lugar, partiendo de estas necesidades, en este texto se busca mapear, problematizar y repensar cuáles son las bases fundantes de una teoría crítica sobre la salud y el cuidado de las comunidades de vida para el siglo XXI (Colmenares, 2022).

Buscando caracterizar brevemente las corrientes críticas en el campo de la salud, sus aportaciones y sus bases epistémicas en la región latinoamericana caribeña.

En general, las prácticas teóricas de *imitación y adaptación* fueron las que primaron en salud pública y epidemiología durante el siglo XX en la región latinoamericana caribeña. Incluso en prácticas teóricas críticas se asimilaron e imitaron marcos categoriales, conceptuales y *epistemes* críticas de base eurocéntricas-panamericanas.

En tercer lugar, partimos de no considerar simplemente a la salud y la enfermedad eventos aislados o fenómenos biológicos ni sociales estáticos (“estado”), como continúa establecido en la definición de la Organización Mundial de la Salud de 1948 del “estado de completo bienestar bio psico social”. Por el contrario, señalar como punto de partida que la salud enfermedad cuidado es un proceso sociocultural complejo y dinámico, que forma parte de los flujos de la vida y se va configurando en escalas temporales (procesos) y contextuales (la situación, el territorio, la comunidad de vida, el Sur), y sólo puede comprenderse a la luz de las condiciones concretas en las que los grupos humanos nacen, viven, trabajan, hacen comunidad, y de las relaciones de poder y órdenes jerárquicos coloniales imbricados que mantienen dinámicas de precariedad y asimetrías que se materializan en procesos diferenciales de vivir, enfermar y morir. Por definición, este proceso de salud-cuidado es complejo, intercultural y contextualizado.

Estas condiciones y flujos de la vida que cambian a lo largo de la historia, explican cómo y por qué algunas personas, familias, gru-



pos humanos y territorios geopolíticos enferman y mueren de manera temprana y otras no, sufren envejecimientos prematuros o configuran los perfiles epidemiológicos destructivos en sus intersecciones críticas por clase social, etnia-raza y género (Viveros Vígoya, 2016).

Partimos de esto para comprender la categoría *determinación de la salud* con las aportaciones del pensamiento crítico latinoamericano caribeño que complejiza y reconfigura las dinámicas de opresiones y jerarquías de poder no como determinismo, sometimiento o simple subordinación mecánica de lo biológico a lo social, sino el proceso de complejidad a través de flujos de condicionantes y adversidades a los problemas cuasiestructurados entrelazados de la vida e inherentes al sistema mundo contemporáneo para la especificidad del Abya Yala (Latinoamérica y el Caribe) como espacio del capitalismo mundialmente periférico dependiente (Basile y Rivera Díaz, 2022).

A diferencia de los actuales estudios de desigualdades en salud desde las epistemologías del bienestar, la epidemiología crítica latinoamericana recupera *la determinación* de la salud colectiva y humana como movimiento de lo complejo, multidimensional, pero en especial con implicancias de un cambio de escalas de observación, escalas temporales y categorías de análisis que se revisa más adelante (Breilh, 2023).

Algunas premisas que nos ayuda a recordar esta epidemiología crítica (Breilh, 2023) son:

- Los problemas y necesidades de salud de los colectivos humanos no se distribuyen al azar ni sólo por fenómenos individuales biológicos. Hay diferencias marcadas entre clases, estratos y grupos humanos entrelazadas por la racialización, por las intersecciones de poder de etnia-género-clase social.
- La salud se produce y reproduce en la vida cotidiana (cómo se vive, se sobrevive, se hace comunidad y cómo se trabaja) de personas, familias y comunidades como de territorios situados en sus diversas escalas de observación y actuación.

- Los problemas, necesidades y fenómenos de salud de las personas y grupos se expresan en flujos (procesos) entre diferentes niveles interdependientes y dimensiones de la realidad en lo general, particular y singular imbricados.
- No alcanza con observar y estudiar la ubicación social de las poblaciones y sujetos en relación con su salud humana y colectiva, si al mismo tiempo se simplifican las determinaciones internacionales de la salud de condicionantes y adversidades globales (Basile, 2023), como también si no se logra comprender las implicancias de la racialización, deshumanización y la territorialidad sobre las comunidades de la vida en el Sur (Colmenares, 2022).
- En esta perspectiva, se hace imprescindible revisar paradigmas, sistemas de conocimientos y metodologías para la acción político-sanitaria transformadora, en especial en la cuestión de la salud en el ámbito colectivo como singular.

El primer ejercicio que aporta y propone este capítulo es pensar de manera crítica y desde el Sur, en busca de trascender el pensamiento, las categorías, las teorías y las bases eurocéntricas panamericanas que sustentan y se reproducen en el campo de la salud pública, la medicina social, de la epidemiología, de la salud internacional en la región.

Detrás de ese *marco categorial* se esconde aquello que justifica las razones de las determinaciones epidemiológicas, la dependencia científico-sanitaria, de la descoordinación regional sin soberanía sanitaria, de las biomedicalizadas e ineficaces respuestas a las emergencias de salud pública, de la configuración de fragilizados y precarios sistemas de salud, de la importación de modelos eurocentrados de protección social; en definitiva, a la reproducción de marcos de comprensión basados en considerar como únicos horizontes de actuación los lentes epistémicos y metodológicos en salud pública, medicina social y epidemiología del Norte global (Basile, 2022).

Dicho de otro modo, abrir un giro decolonial en la salud internacional permite comprender sin disimulo la especificidad de los eslabones críticos a nivel regional, siendo clave deconstruir –es de-



cir, desmontar, desarmar, paso a paso, lógica-conceptualmente— el marco categorial político sanitario eurocéntrico panamericano y de salud global liberal para buscar construir otros marcos categoriales desde los que se puedan repensar con rigor y en profundidad la salud en los territorios y territorialidades latinoamericanas caribeñas del Sur global. La cuestión del marco categorial se desarrolla en un apartado específico en este capítulo.

En realidad, como sabemos, la emergencia de un pensamiento crítico en estricto se establece relacionado con la problemática socioeconómica, político-ideológica, geopolítica y con las tradiciones culturales e intelectuales de cada época y de cada contexto.

Por lo tanto, es importante enumerar los marcos geoculturales (Mignolo, 2005) en sus relaciones con el conocimiento y el poder de algunas de las corrientes académicas y político sanitarias, por lo menos del siglo XX y de este cuarto del siglo XXI.

Este ejercicio presupone, y propone necesario hacer una pormenorizada revisión documental, de la genealogía y teórico-conceptual para caracterizar la existencia de las múltiples corrientes de pensamiento crítico en salud en Latinoamérica y el Caribe con sus aportes, bases epistémicas y fundamentos teórico-metodológicos contemporáneos:

- Aportaciones, bases y fundamentos de la medicina social latinoamericana y la salud colectiva brasileña en el siglo XX.
- Aportaciones, bases y fundamentos de la ecología de saberes de las epistemologías del vivir bien/buen vivir del Abya Yala.
- Aportaciones, bases y fundamentos del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur para el siglo XXI.

Estas corrientes mantienen entre sí diferencias no sólo por los marcos teóricos y categoriales que implementaron para conceptualizar los problemas que estudian, sino también por las posiciones políticas sanitarias que adoptan en su quehacer científico crítico para el siglo XXI.

Partiremos de la descripción de corrientes fundacionales que pueden diferenciarse con claridad, sobre todo durante las últimas décadas del siglo pasado. En la segunda parte, esbozaremos otros sistemas de conocimientos del Abya Yala, junto a una caracterización de la actualidad del pensamiento crítico latinoamericano en salud hoy.

Esta aproximación también es una invitación a quienes vienen de diversas trayectorias de formación y educación político-sanitaria a recuperar la duda, la complejidad, las posibilidades de crítica a corrientes y categorías que quizás tuvieron valor de uso en un contexto determinado, y al mismo tiempo, al hecho de partir de un reconocimiento de los límites que tienen ciertas *epistemes* eurocéntricas y panamericanas en el Sur para la estrategia de soberanía sanitaria regional en el siglo XXI (Basile, 2023).

CORRIENTES CRÍTICAS EN SALUD: BASES EPISTEMOLÓGICAS DE LA MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA

Como la literatura de la propia corriente lo reconoce, la medicina social latinoamericana de alguna manera se construyó sobre las bases epistémicas del pensamiento médico-social europeo articulada a las inflexiones del desarrollismo y de la doctrina panamericana en Latinoamérica y el Caribe, las aportaciones de las ciencias sociales y el uso de categorías claves del materialismo histórico en el campo sanitario.

Aunque en una reciente publicación Carter detalla de forma acabada cómo las y los académicos en su mayoría de ciencias médicas que se reconocieron y reconocen como parte de esta corriente crítica médico-social fundamentaron una narrativa que enfatiza en los orígenes europeos y su posterior difusión *a las Américas*, al mismo tiempo estructuraron una *historia oficial* sobre los orígenes de la propia medicina social en la región, aunque a su vez se difundió esta historia oficial a partir de la reproducción de nombres propios de personas y justo por qué es necesario reconsiderarla en el siglo XXI (Carter, 2023).



La idea de la medicina social europea y sus bases en las ciencias sociales en salud se remonta con frecuencia a Rudolph Virchow, un patólogo pionero, y a Friedich Engels, el famoso crítico del capitalismo en su fase de expansión industrial de mercado. Nacidos con sólo un año de diferencia en diferentes regiones de lo que se convertiría en Alemania, alcanzaron la mayoría de edad en una era de convulsiones políticas y transiciones entre el colonialismo de mercado al capitalismo. En 1848, mientras *El Manifiesto Comunista* era escrito por Friedich Engels con Karl Marx (2018), Virchow informa sobre una epidemia de tifus en la Alta Silesia, cuyas causas no se debían tanto a factores biológicos individuales sino a problemas sociales como la pobreza, el desempleo y la precariedad de la vida. Sólo unos años antes, en su informe *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Engels demostró el costo físico y de vidas del trabajo fabril y la miseria urbana en las primeras etapas de la revolución industrial del capitalismo en el Norte global.

Incluso, autores vinculan la historia y el desarrollo del movimiento higienista europeo a la posterior propia atención primaria de salud y de la “Política de salud para todos en el año 2000” no partiendo de Alma Ata (Litsios 2002), como se lee en la mayoría de textos, sino en las raíces de la medicina social liderada por Rudolf Virchow y Jules Guerin, editor de la *Gaceta Médica de París* (Waitzkin, 2006), al que le anteceden experiencias del siglo XVIII con Villermé, Johann Peter Frank, de la policía médica a la medicina social alemana, la aritmética política de William Petty, pasando por George Rosen en la medicina social francesa (Sigerist, 2006) y otros autores, que son un reflejo de la construcción del pensamiento médico-social eurocentrado que se univerzaliza.

A partir de estos breves antecedentes eurocéntricos y del propio Sigerist (2006) se puede ubicar entre 1930 a 1950 un primer punto de referencia en Chile, donde la medicina social tuvo una referencia ligada a la obra *La realidad médico-social chilena* de Salvador Allende (1939), que sin duda impacta en los procesos de creación del Servicio Nacional de Salud en Chile en 1952. En este contexto, la escuela de salud pública de la Universidad de Chile que venía de

ser fundada en 1943 por la filantropía de la Fundación Rockefeller fue también un espacio de formación de salubristas latinoamericanos. Por último, a partir de la década de 1970 en adelante la trayectoria de Juan César García (1932-1984), en especial desde su cargo en el Departamento de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de Salud (OPS), dinamizó una articulación de personas e instituciones en la creación de programas de formación de posgrados de medicina social, divulgación y encuentro regional. Así la fundación filantrópica estadounidense Kellogg financió en 1974 la creación de la Maestría en Medicina Social en la Universidad del Estado de Río de Janeiro en Brasil y en la UAM Xochimilco en México (Vieira da Silva et al., 2014). La OPS (1992) se convertirá en una difusora y plataforma de la medicina social latinoamericana en la región, incorporando la enseñanza de ciencias sociales en salud desde un abordaje histórico estructural con el propio financiamiento de la fundación filantrópica Milbank Memorial, de origen estadounidense (Vieira da Silva et al., 2014). Estos procesos tuvieron su importancia como al mismo tiempo marcan sus profundas limitaciones, contradicciones y sesgos.

Cabe destacar que Fundación Milbank Memorial fue la financiadora de estudios conocidos como el experimento Tuskegee sobre el estudio clínico desarrollado entre 1932-1972 en el estado de Alabama, en el que se experimentó con la evolución natural de la sífilis, dejando morir a más de 600 varones de población afroamericana con esta patología para luego ser estudiados en las morgues de Estados Unidos. Por otro lado, la Fundación WK Kellogg fue establecida en 1930 por el empresario multinacional de cereales, utilizados en especial para el desayuno y sus negativos impactos nutricionales.

Así la medicina social tendrá documentos en 1974 de la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS), asumiendo que el objeto de la medicina social debe ser entendido como (OPS, 1992):

[...] el campo de la práctica y los conocimientos relacionados con la salud. Teniendo este objetivo como su preocupación central, la me-



dicina social trata de estudiar la sociedad, de analizar las formas corrientes de interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica.

La genealogía de la medicina social latinoamericana es un tema un tanto poco explorado en su implantación en Latinoamérica y el Caribe (Carter, 2023). Al revisar la genealogía de esta corriente, se ubica a un grupo de personas y académicos de la década de los 70 y 80 que se apoyaron en una narrativa que enfatizó en sus orígenes europeos y su implantación regional, con la divulgación de la incipiente obra de personalidades destacadas, así como la consolidación (posterior a la década de los 1970) de la medicina social, como una corriente contrahegemónica a la salud pública en América Latina.

A partir de estos marcos geoculturales (Mignolo, 2005), se puede delimitar de forma aproximada los principales aportes sobre los cuales se construyó esta corriente desde sus orígenes y su dinámica de divulgación en la región, los fundamentos de su matriz epistémica y cómo se difundieron, lo cual también nos delimita por qué es necesario revisarla en la actualidad:

1. Orígenes geoculturales centrados en la medicina social europea (Waitzkin et al., 2001; Arellano et al., 2008; Nunes, 1991).
2. Fundamentos y categorías anclados en el materialismo histórico (Harnecker, 2007). En especial, las relaciones entre clase social y problemas de salud-enfermedad, la reproducción social, la determinación social, entre otras categorías relevantes (Rojas Ochoa, 2009; Samaja, 2002, 2004; Torres Tovar, 2007; Soto et al., 2017; Morales Borrero et al., 2013, entre otros).
3. La geopolítica médico-social estuvo y está articulada a la doctrina panamericana sanitaria (OPS, 1992; Galeano et al., 2011; Márquez, 2011; Laurell et al., 2001; Iriart et al., 2002; Basile, 2023).
4. Peso significativo de la teoría del desarrollo y del desarrollismo en grupos médico-sociales de Latinoamérica y el Caribe especialmente en Argentina, Chile, Brasil, Cuba, entre otros (Torres Goitia, 2008; Castell-FloritSerrate, 2017; otros).
5. Aportaciones en ciencias sociales de la salud en especial en sociología médica/sociología de la salud y antropología médica (Castro, 2011; Laurell, 1974; Menéndez, 1990; Aguirre Beltrán, 1986; Almada, 1991; Hernández y Quevedo, 1992; OPS, 1992).

6. El vínculo salud y trabajo, con diversos autores que señalaron la importancia de estudiar al proceso de trabajo del obrero industrial en sí mismo desde el modelo obrero italiano (Noriega, 1989; Laurell, 1979; Feo, 2003; entre otros).
7. Estudios de género y salud basados en feminismos eurocentrados y anglosajón (Tajer, 2007; Matamala, 2006; Linardelli, 2018, entre otras).
8. Concepción dependiente a teorías eurocéntricas y reformista de los modelos de sistemas de salud (Laurell, 2012; 2016; Hernández, 2020; entre otros).
9. El surgimiento de la propia epidemiología crítica latinoamericana que en sí misma se pudiera considerar que se autonomiza como una corriente crítica sanitaria en la región (Breilh, 1998, 2006, 2010, 2023; Granda, 1989).
10. Esta corriente médico-social se identificó con un autodefinido ciclo de gobiernos progresistas, basado en la creencia del progreso y desarrollo como centro político (Laurell, 2014, 2016; Feo Istúriz, Feo Acevedo y Jiménez, 2012).
11. Bajo esta matriz epistémica, la corriente de medicina social asume lo decolonial como un aditivo que se anexa y agrega al mismo cuerpo teórico-metodológico sin ningún replanteo epistémico, ni tampoco una revisión de sus bases teóricas.

La corriente de medicina social refleja entre sus características principales el carácter híbrido de ser, al mismo tiempo, un espacio de bases teóricas eurocéntricas críticas y desarrollistas, de geopolíticas panamericanas y, al mismo tiempo, contener un reconocido accionar y prácticas político-sanitarias situadas en los contextos de Latinoamérica y el Caribe, donde difundieron esta *episteme* estructural materialista.

Este contexto situado de alguna manera los fuerza a incorporar o simplemente fueron adicionando elementos relativos al buen vivir/vivir bien, la interculturalidad, los territorios y territorialidades, el registrar filosofías y ecologías de saberes en salud, entre otros arreglos conceptuales, pero siempre manteniendo los mismos cuerpos teóricos-prácticos.



En especial, esta corriente médico-social se centró en una intervención política en materia sanitaria que fue tanto o más importante que la producción crítica de conocimiento. Algunas redes institucionales y/o asociaciones que la medicina social latinoamericana fueron desarrollando en los años 80 y 90 se transformaron por un lado en órganos de difusión de estos propios autores y autoras que servían como una estrategia de divulgación de personalidades que al mismo tiempo ocupaban referencias en los propios espacios construidos a nivel político como congresos, foros, entre otros.

La medicina social con sus características definidas por la literatura como progresistas o en algunos casos marxistas y su propia génesis eurocentrada, también fue atravesada por la necesidad de negociación con las grandes propuestas de los organismos internacionales del sistema mundo contemporáneo durante el siglo XX e inicios del XXI:

- Con la doctrina panamericana de OPS y Fundación Rockefeller, desde el 1900.
- Con la OIT y organismos de seguridad social, desde los años 40 con la importación del seguro bismarkiano y la seguridad social eurocéntrica en la relación capital, salud y trabajo de la industrialización.
- Con diversos momentos históricos de traslados de teorías, políticas, discursos y prácticas implantados por Europa y Estados Unidos y traspasados como modelos, incluso, de gestión y gobierno como grandes propuestas globales que se asimilaron en la región, desde la reproducción de las tesis del Estados de bienestar a la propuesta de APS como estrategia para el Sur global, al actual manejo del riesgo social y la salud de las poblaciones vulnerables, entre otros.

Por último, distintos contextos comunes atravesaron las experiencias de la generación de la corriente médico-social. Como situaciones más importantes, el contexto de Guerra Fría, el ámbito de represión de las dictaduras militares en el territorio latinoamericano implicó la persecución y exilio de buena parte de varios referentes, en su mayoría formal o de manera informal, ligados a partidos comunistas o movimientos de izquierda partidaria o movimientos nacionales populares en sus países. Ya en los retornos democráticos

según la región y el país hubo diversas inserciones políticas oficiales en algunas experiencias de gestión de gobierno con resultados disímiles de las políticas públicas sanitarias implementadas.

CORRIENTES CRÍTICAS EN SALUD: BASES EPISTEMOLÓGICAS DE LA SALUD COLECTIVA BRASILEÑA

A partir de la revisión de literatura referenciada en esta corriente, la salud colectiva brasileña se describe sobre las bases epistémicas de los antecedentes de la medicina integral, la medicina preventivista y comunitaria de corte anglosajona en Brasil (Vieira-da-Silva et al., 2014) y la propia medicina social europea y latinoamericana (Paim, 2006), articulada a las heterogéneas ideas que se personalizaron en la Reforma Sanitaria Brasileña como parte del proceso en la creación del sistema único de salud en la salida de la dictadura brasileña en los 80, junto a las múltiples mutaciones del desarrollismo y la doctrina panamericana en salud en Brasil (Nunes, 1991, 1996). Actualmente, la salud colectiva brasileña tiene una inserción epistémica y geopolítica itinerante entre las concepciones de la salud global liberal y el panamericanismo (Basile, 2018).

Sin duda, esta corriente tuvo y tiene una mayor articulación multiprofesional e interdisciplinar entre las aportaciones de las ciencias sociales y humanas en salud, el campo de la gestión y prácticas en salud y la expansión de una epidemiología social en general, referenciada en concepciones anglosajonas y eurocentradas, aunque con algunas excepciones a la epidemiología crítica latinoamericana (Breilh, 2023).

La justificación conceptual y teórica de la salud colectiva brasileña remite a la delimitación de un campo de conocimiento no tanto por definiciones teóricas formales, sino más ligado a examinar un conjunto de prácticas relacionadas con la salud de la sociedad brasileña, considerándola como un campo de saber y de prácticas (Donnagelo, 1983). Según Almeida y Paim (1999), la salud colectiva puede ser considerada como un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinar cuyas disciplinas básicas son la epidemio-



logía, la planificación/gestión de salud y las ciencias sociales en salud.

Como lo detallan Vieira da Silva et al. (2014), parte de las bases en el surgimiento y enseñanza de la salud colectiva fueron posibilitadas a partir, incluso, de la geopolítica de los financiamientos filantrópicos de la Fundación Rockefeller, Kellogg, Milbank y Ford en el campo sanitario en articulaciones con el propio rol de OPS-OMS en el país.

La salud colectiva brasilera, desde la fundación en 1979 de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), nació a través de los encuentros nacionales de los programas de posgrados en salud (medicina preventiva, medicina social, salud pública) que terminan conformando la Asociación Brasileña de Posgrados en Salud Colectiva (hoy ABRASCO). En este proceso, los documentos de lo que se consideraba salud colectiva en Brasil explicitan parte de su posible conceptualización (Vieira da Silva et al., 2014):

[...] la salud en cuanto estado vital, sector de producción y campo de saber, está articulada a la estructura de la sociedad a través de sus instancias económicas y político ideológicas, presentando, por tanto, una historicidad [...] las acciones de salud (promoción, protección, recuperación y rehabilitación) constituyen una práctica social y traen consigo las influencias en relación a los grupos sociales [...] el objeto de la Salud Colectiva es construido en los límites de lo biológico y lo social y comprende la investigación de los determinantes de la producción social de las enfermedades y de la organización de los servicios de salud; en el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre estos determinantes. En ese sentido el carácter interdisciplinar, multiprofesional (Vieira da Silva et al., 2014, traducción propia, 3-11).

La mayoría de los docentes de estos programas de posgrados que se articulan en una red nacional venían de medicina, de otras profesiones disciplinares de salud como enfermería, fisioterapia, psicología, nutrición con las múltiples disciplinas de ciencias sociales y humanas (por ejemplo, antropología, sociología). Así lo definen los documentos fundacionales de la salud colectiva brasileña (Vieira da Silva et al., 2014):

La enseñanza de la salud colectiva envuelve una crítica permanente de los sucesivos proyectos de redefinición de las prácticas en salud surgidas en países capitalistas, que tuvieron influencia en la reorganización del conocimiento médico y la reformulación de modelos de prestación de servicios de salud: Reforma Sanitaria, Medicina Social, Medicina Integral, Medicina Preventiva y Medicina Comunitaria (Vieira da Silva et al., 2014, traducción propia, 3-11).

A partir de estos marcos geoculturales (Mignolo, 2005), se puede delimitar de forma aproximada los principales aportes sobre los cuales se construyó esta corriente desde sus orígenes y su dinámica de divulgación en Brasil y en Latinoamérica, los fundamentos de su matriz epistémica, lo cual también nos delimita la necesidad de revisión en la actualidad:

- Orígenes geoculturales centrados en la medicina social europea, medicina preventiva y Reforma sanitaria brasilera (Arouca, 1975; Donnangelo, 1983; Paim, 2006, Almeida y Paim, 1999, entre otros).
- Fundamentos centrales de las ciencias sociales y humanas en salud para pensar y hacer una salud desde y con la sociedad brasilera (Donnangelo, 1983; Minayo, 2013; Ianni et al., 2014; Deslandes e Iriart, 2012, entre otras).
- Especial desarrollo en la gestión y planificación en salud como de prácticas en salud, a partir del proceso de trabajo en salud (Campos, 1999, 2000, 2001; Merhy et al., 2006; Franco y Merhy, 2006, entre otros).
- Geopolítica de la salud colectiva brasileña estuvo articulada a la doctrina panamericana sanitaria y actualmente al continuo post-moderno de la salud global liberal (Basile, 2018; 2023).
- Peso significativo y determinante de la teoría del desarrollo y del desarrollismo en la salud colectiva brasileña (Gadelha y Temporão, 2018; Viana et al., 2007; Minayo, 1998; entre otros).
- Estudios de género y salud basados en feminismos eurocentrados y anglosajón (Giffin, 1995; Araújo, Schraiber y Cohen, 2011; Villela, Monteiro y Barbosa, 2020; entre otras).
- Concepción eurocéntrica y reformista en modelos de sistemas de salud (Lobato y Giovanella, 2012; Serapioni y Tesser, 2020; Giovanella, 2012; Fleury, 1988; entre otros).



- Una matriz centrada mayoritariamente en una epidemiología social con preeminencia de una *episteme* europea anglosajona (Barreto, 1998; Ayres, 1995, 2002; Barata, 2005, 2013; Almeida Filho, 1992, 2007; Almeida Filho y Rouquayrol 1999, entre otras).
- Bajo esta matriz epistémica, la corriente de salud colectiva brasileña asume lo decolonial como un aditivo que se anexa y agrega al mismo cuerpo teórico-metodológico, especialmente trabajando sobre tesis postcoloniales. Se identifica una confusión en la literatura actual entre decolonial/postcolonial en la salud colectiva brasileña (Lopes, 2022; Nunes y Louvison, 2020; Medeiros et al., 2020; Martins, 2016; Nascimento et al., 2013; Firpo, 2017; Porto, Rocha y Fasanello, 2021, entre otros).
- En el caso brasileño, la revisión en general se denomina “lo decolonial” en la salud colectiva brasileña a la incorporación de las bases teóricas postcoloniales y de las epistemologías del Sur de Boaventura de Sousa Santos y los fundamentos especialmente trabajados en Universidad de Coimbra de Portugal (De Sousa Santos, 2011).

Tiene un peso significativo en esta corriente, lo que se denomina la historia y predica generacional del movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña. Como explica Ianni et al. (2014), la expresión se refiere a un conjunto de ideas sobre los cambios y transformaciones necesarias en el campo de la salud, articulado a un movimiento social basado en la lucha contra la dictadura militar en Brasil (1964-1985), dirigido a la democracia, ampliando el acceso a los servicios de salud, por lo cual se termina conformando las bases del sistema único de salud, basado sobre una articulación de prestadores de servicios sanitarios público-privados y preocupados por la exclusión de la participación de trabajadores y técnicos de salud en el proceso de toma de decisiones de las políticas de salud, que eran tomadas exclusivamente por gobiernos autoritarios (Ianni et al., 2014). En la actualidad, muchos de estos postulados sacralizados de la reforma sanitaria comienzan a ser revisados y actualizados por nuevas generaciones en Brasil.

Por último, también de alguna forma, la salud colectiva brasileña (re)produjo su propia *historia oficial*, aunque a partir de diferentes expresiones institucionales, académicas y organizativas. Plasmadas en las descripciones de sí misma en su trayectoria (Paim, 2006):

La salud colectiva, como movimiento, tiene en el Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) y en la Asociación Brasileña de Estudios de Posgrado en Salud Colectiva (ABRASCO) sus principales representantes colectivos. Abarca la corriente teórico-crítica de la medicina social, o preventivismo, reproducida por departamentos de medicina preventiva y social de varias facultades de medicina, y la tendencia racionalizadora, representada por la salud pública institucionalizada, tanto en su expresión sanitarista como en su versión modernizante vinculada a los programas de extensión de la cobertura (PEC) y a la asistencia médica de la seguridad social (Traducción propia de Paim, 2006, 28-39).

IMPLICANCIAS DE LAS EPISTEMOLOGÍAS DE LA ECOLOGÍA DE SABERES DEL VIVIR BIEN/BUEN VIVIR PARA LA COMPRENSIÓN DE LA SALUD EN EL SUR GLOBAL

Los sistemas de conocimientos en salud del Abya Yala surgieron y se construyeron en clara autonomía y desconexión con el pensamiento científico moderno en salud, en lo que se denomina epistemologías del *vivir bien/buen vivir* (Bautista, 2022).

En efecto, el pensamiento científico moderno se construyó negando, inferiorizando y atacando las epistemologías de saberes y prácticas sanitarias del Abya Yala. Lo cual en la práctica significó una retracción, una negación y hasta un camuflaje para su sobrevivencia.

En este apartado se describe brevemente algunos fundamentos de las epistemologías del *vivir bien / buen vivir*, resaltando que esto no implica considerarlas como una corriente o *episteme* crítica en el Sur, sino –por el contrario– sólo visibilizando un sistema de conocimientos transmoderno (que trasciende la modernidad eurocentrada, una nueva edad del mundo según Dussel (2016) que supera en gran medida la revisión de este capítulo por su complejidad, por sus fundamentos, y que justo no debería ser instrumentalizado o simplificado por la académica crítica latinoamericana caribeña en salud.

Desde la cosmovisión del mundo andino amazónico de las naciones del Abya Yala indígenas-originarias situadas en el Sur, se utili-



zan términos en español para describir el *suma qamaña* (aymara) o *sumak kawsay* (quechua) con las denominaciones de *vivir bien*, utilizado en Bolivia, y *buen vivir*, utilizado en Ecuador.

Mamani (2010) explica que la traducción más fidedigna de los términos aymaras y quechuas para la cosmovisión de las naciones indígenas, donde primero está la vida en relaciones de armonía y equilibrio, por lo que “qamaña” se aplica a quien “sabe vivir”:

[...] el término de *suma qamaña* se traduce como *vivir bien*, pero no explica la magnitud del significado. Es mejor recurrir a la traducción de los términos originales en ambas lenguas. Desde la cosmovisión aymara, *del jaya mara aru o jaqi aru, suma qamaña* se traduce de la siguiente forma: Suma: plenitud, sublime, excelente, magnífico, hermoso. Qamaña: vivir, convivir, estar siendo, ser estando. Entonces, la traducción que más se aproxima de *suma qamaña* es *vida en plenitud*. Actualmente se traduce como *vivir bien*. Por otro lado, la traducción del kichwa o quechua, (runa simi), es la siguiente: Sumak: plenitud, sublime, excelente, magnífico, hermoso(a), superior. Kawsay: vida, ser estando, estar siendo. Vemos que la traducción es la misma que en aymara: *vida en plenitud* (Mamani, 2010, 33-50).

Existen muchas naciones y culturas en el Abya Yala; cada una de ellas con sus propias identidades, sistemas y ecología de saberes, pero con una esencia común: el paradigma comunitario basado en la vida en armonía y el equilibrio con la naturaleza (Madre Tierra).

Por eso, para el campo del pensamiento crítico en salud y sus diversas corrientes contemporáneas, es necesario condenar el uso *consignista* de estas epistemologías que hoy sucede en Latinoamérica y el Caribe: salubristas sociales, enunciando una y otra vez en sus discursos públicos el buen vivir, vivir bien, *sumak kasay*, *sumak qamaña*, como un aditivo anexo a sus propios fundamentos eurocentrados políticos-sanitarios.

Este *locus* de enunciación pareciera más estar asimilando operaciones de *extractivismos epistémicos* de los sistemas de conocimientos del Abya Yala ajenos al eurocentrismo, aunque al mismo

tiempo con pocos esfuerzos en estudiarlo, comprenderlo y practicarlo en el campo de la salud y cuidado integral de la vida ni reconociendo estas epistemologías de saberes sanitarios. Esta recurrente enunciación del vivir bien/buen vivir en el vocabulario, en especial del campo político sanitario médico social, a decir de Bautista Segales (2022), es la afirmación ingenua de un eurocentrismo con apariencia de descolonización.

[...] el *suma qamaña*, que se traduce como *vivir bien*, también significaría, como imperativo, *vivamos para la vida*; pero creemos, más allá de la literalidad, que son los ubuntu del África quienes nos ayudan a comprender mejor lo que significaría una vida buena: es el “yo soy si Tú eres, yo vivo si Tú vives”. Pues la condición insoslayable de toda relación comunitaria es el servicio que nos hacemos, los unos a los otros, en esa gratuidad del agradecimiento como forma de reciprocidad continua; por eso en el ubuntu, la acentuación está en el Tú y no en el yo, el acento está siempre en la comunidad, no en el ego atomizado y desvinculado de toda referencia que no sea su propio interés individualista (hay que subrayar que el ego es el propio sistema de autodefensa que se activa cuando se experimenta el mundo y la vida como pura hostilidad)... cómo la vida se expresa; cuanta más comunidad y más relaciones de complementariedad en la reciprocidad se producen, más se está en sintonía y en la frecuencia adecuada para escuchar, respetar y aprender los signos de la vida (Bautista, 2022).

Lo que se intenta caracterizar y describir sobre las epistemologías del vivir bien/buen vivir del Abya Yala que interpelan al pensamiento crítico (Farah y Vasapollo, 2011):

- Que no es una categoría, un concepto o una teorización crítica, sino un sistema de conocimientos complejo, transmoderno y de ecología de saberes nacido en el seno de las naciones indígenas originarias y negras del Abya Yala, que ni el pensamiento crítico ni eurocentrado ni panamericano comprenden en su profundidad.
- Que este sistema de conocimientos se entretujan cultura, espiritualidad, sistemas alimentarios, medicina y salud, producción de saberes-prácticas, filosofía, otros.



- Que la pertenencia humana a la Pachamama implica una alta tecnología del “lugar de la vida que conocemos, como el vientre, el lugar que da cobijo, luz, alimento y hace posible la vida de todos” (Bautista, 2022).
- Que va a contramano del *fetichismo romantizado* que aún reproduce la antropología médica y su *concepción sociocultural* de los sistemas de conocimientos sanitarios de las cosmovisiones de naciones indígenas originarias.
- Que hay una necesidad de comprensión de las epistemologías del vivir bien / buen vivir, que implica dejar de ser sólo enunciados de la academia crítica en salud para pasar a darle un protagonismo epistémico y al mismo tiempo restituir científicamente el reconocimiento, incluso, en su narrativa y enunciación a las voces e historias del Abya Yala silenciadas.

Una de las aportaciones centrales de estas epistemologías es lo que Estermann denomina un *pensamiento de la tierra*, que no es ni el ambientalismo ni la ecología política latinoamericana (aunque está relacionado con ambos), sino a la dimensión de que toda comunidad de vida que habita un territorio sabe qué es vital para su existencia: su conexión indisoluble con la tierra y con todos los seres vivos. Más que en conocimientos teóricos, esta dimensión se encuentra expresada con elocuencia en el arte (tejidos), en los mitos, en las prácticas económicas, de comunalidad, de reciprocidad, de territorialidad y culturales del lugar y en las luchas territoriales y por la defensa de la Pachamama (2014).

En general, como explica Lander (2001), las teorías sociales y sanitarias eurocéntricas sustentaron la prioridad de análisis del espacio del capital y del Estado-nación por sobre el lugar y la tierra, la cultura global sobre las culturas locales, el conocimiento abstracto universal sobre los conocimientos locales, contribuyendo a la naturalización de un orden del capitalismo moderno colonial como único horizonte de vida o de crítica.

PENSAMIENTO CRÍTICO LATINOAMERICANO EN SALUD DESDE EL SUR, HOY

A continuación, por último, presentaremos una aproximación a los desafíos en la actualidad del pensamiento crítico latinoamericano en Salud desde el Sur en el contexto de Latinoamérica y el Caribe, situando más en particular sus potencialidades de constitución de un conocimiento transdisciplinar, decolonial y de saber-hacer pragmático.

El pensamiento crítico latinoamericano caribeño es la manifestación situada de una forma de cuestionar cómo se produce conocimiento en una relación centro-periferia, de crítica a la incesante mercantilización y mecanización moderna del conocimiento entre el capitalismo cognitivo y la colonialidad. A su vez, se propone producir rupturas con los fundamentos del pensamiento hegemónico moderno y la reproducción de colonialidad del saber, pero, sobre todo, busca transformar las bases de cómo conocemos y hacemos transformaciones de la salud y la vida en el Sur.

En principio, partimos de sistematizar y reflejar una crisis de las *epistemes* tanto del pensamiento científico moderno en salud pública como de la *colonialidad* que reproduce el panamericanismo y el desarrollismo sanitario en la región y, por otro lado, la constatación aún de las dificultades que Latinoamérica y el Caribe existe para hilvanar y actualizar un pensamiento crítico en salud situado en el Sur para el siglo XXI, mientras se produce una acelerada *recolonización* promovida por el orden geopolítico y la salud global liberal del sistema mundo contemporáneo (Basile, 2018).

Hay una convergencia de procesos geopolíticos, teóricos y prácticos que precisan ser enlazados para comprender los fundamentos del giro epistemológico en el campo de la Salud desde el Sur que se está gestando en la región latinoamericana caribeña, como respuesta a esta crisis de lo instituido y establecido por el pensamiento científico moderno en salud con sus coordenadas geopolíticas de la doctrina panamericana sanitaria y de salud global liberal (Basile, 2018; 2023).



Cabe comenzar detallando que las rupturas con estos paradigmas vigentes y anidados en el pensamiento científico moderno en salud no significan su rechazo simple y puro.

¿Partimos de la destrucción y abandono del conocimiento previo? No. Ninguna impugnación crítica y búsqueda alternativa es del todo exterior al orden científico sanitario que impugna, sino que busca refundar puntos de partida, complejizar y descolonizar.

Las rupturas implican afrontar estratégicamente la producción de transiciones, pasajes y flujos de transformación. Impone movimientos de crítica sistemática como de reelaboración categorial y superación. Capas de acumulación de conocimientos que el pensamiento crítico promueve su desarme, su reemplazo, alternativa y reorganización.

Primer paso entonces: partir de una crítica sistemática del paradigma a ser superado: epistemológica, conceptual, metodológica y técnico-político. Aunque sólo esto no alcanza. Segundo paso, por encima de todo, el pensamiento crítico para el siglo XXI implica construir una coherencia práctica con articulaciones de nuevos abordajes teóricos y metodológicos en el campo de la salud.

Se trata de una construcción en el plano epistemológico, al tiempo que se movilizan voluntades en el ámbito de las prácticas para nutrir una dinámica de pensamiento y acción político-sanitaria en y para el Sur (Basile, 2022).

Emprender una ruptura epistemológica y geopolítica, partiendo de nuevos criterios, de nuevas referencias, de nuevos marcos categoriales (Bautista, 2014), es lo que ya se comienza a tejer en las inflexiones del proceso de descolonización y al mismo tiempo de producción de un pensamiento crítico latinoamericano de la salud desde el Sur. Este pensamiento crítico está obligado a considerar un primer debate en busca de ampliar los marcos de comprensión como las formas de enunciación, de prácticas y difusión de las implicancias del colonialismo externo e interno en campo de la salud en el siglo XXI.

El colonialismo trasladó ideas, conocimientos y prácticas (Quijano, 2000), donde el Norte global condensado en cinco o seis territorios epistémicos como Francia, Gran Bretaña, Alemania, Estados Unidos, Grecia o Italia son aún visualizados como el origen universal de la mayoría de los conocimientos en la salud pública, en la epidemiología, en la medicina, entre otros campos. Los marcos referenciales y teórico-metodológicos del campo de la salud aún hoy en día circulan bajo coordenadas de esta colonialidad interna.

El Sur tiene los problemas, el Norte global los conocimientos y soluciones. Este Sur y Norte no son una metáfora geográfica sino una geopolítica de poder, de la ciencia y del conocimiento como de una potente cosmovisión nacida de los engranajes del colonialismo, la modernidad, el capitalismo y la patriarcalización (Grosfoguel, 2006).

La persistente marginalización en la teoría occidental eurocentrada en salud es de las consecuencias que tuvo y tiene las realidades sometidas históricamente al colonialismo y colonialidad sanitaria. Al restarle énfasis a la construcción cultural del contexto y de lo situado en el sistema mundo contemporáneo, centralizando todo el análisis al proceso abstracto en apariencia universal de la formación y acumulación del capital, la explotación humana y el Estado moderno, casi toda la teoría social en salud convencional hizo invisibles formas subalternas de pensar y hacer Salud desde el Sur.

Es importante aquí diferenciar la ubicación epistémica de la ubicación social para comprender el campo del pensamiento crítico en salud (Grosfoguel, 2006). En general, las corrientes críticas sanitarias basaron su comprensión de las relaciones sociales (ubicación social) para explicar procesos de salud-enfermedad-cuidado, epidemiología, políticas sanitarias, entre otros campos de estudio, saberes y prácticas. Con una severa confusión.

Como explica Grosfoguel (2006), el hecho de que se esté ubicado de forma social en el lado oprimido de las relaciones de poder del sistema social dominante y sistema mundo (colonialismo, moder-



nidad, capitalismo en sus fases) no significa en automático que se está pensando desde una posición epistémica subalterna, alternativa, desde el Sur.

Justo el éxito del sistema mundo moderno/colonial, dice Grosfoguel (2006), consiste en hacer que sujetos ubicados de forma social en el lado oprimido de la diferencia colonial piensen de manera sistemática como los que se encuentran en las posiciones dominantes. Esto se ejemplifica en cómo la agenda del panamericanismo sanitario, de la salud global, médico social o de la salud pública institucionalizada funcionalista en la actualidad incorpora el estudio de las desigualdades o los determinantes en la salud de lo afro, lo indígena, lo intercultural, género, etnia y así sucesivamente. Aditivos que parecieran traer algo nuevo, cuando en realidad aportan poco y nada de conocimiento crítico en salud.

Hoy en día, es un momento histórico en el que el discurso de la *interculturalidad* y *descolonización* sufre un proceso de moda, desgaste y cooptación por parte del modelo hegemónico monocultural y globalizador, anidado en las geopolíticas del conocimiento cultural occidental del sistema mundo contemporáneo (Estermann, 2014). Este mal uso y desgaste es practicado y se refleja día a día en las múltiples enunciaciones de la salud pública, la salud global, el panamericanismo sanitario sobre la descolonización, la interculturalidad, la pertinencia cultural, lo afrodescendiente, entre otros campos.

Es clave comprender el *bloqueo* intelectual –las cegueras coloniales– que impiden ser conocedores de nuestras propias herencias intelectuales y epistémicas en el Sur. Las ideas y principios básicos de la *episteme* eurocéntrica se la adoptan en países como los nuestros de modo sumiso y reverencial o adaptativo y camuflado. Esta dependencia intelectual o epistémica fue naturalizada en el campo de la salud durante todo el siglo XX.

Por el contrario, las epistemologías alternativas son un conocimiento que nace desde las periferias, de los bordes, desde abajo, que viene desde el Sur, que produce una crítica del conocimiento mo-

derno colonial en las propias relaciones de poder involucradas en él. Se resiste aceptar lo establecido, lo cual implica que sean racializadas o inferiorizadas o invisibilizadas estas epistemologías alternativas del Sur (Sousa Santos, 2011; Dussel, 2016).

¿Qué utilidad tiene este pensamiento crítico latinoamericano? Parte de una sutil y decisiva diferencia, en lo que varios autores denominan una comprensión demorada (Segato, 2003). El pensamiento crítico requiere de una minuciosidad, profundidad, una demora en la propia comprensión y aplicación. Dinamiza una práctica para calibrar mejor nuestras categorías, teorías, comprensiones, pero justo para por lo tanto terminar calibrando el *saber-hacer* sobre la realidad a la que se refieren esos marcos teóricos epistémicos.

Entonces, pensamiento crítico latinoamericano obliga a situar desde y para el Sur los marcos de comprensión que siempre se están calibrando, visitando, abriendo y revisando de forma permanente. Cuando se abren los marcos teóricos de comprensión, los conceptos, las categorías, que quizás fueron de utilidad y uso en un momento contextual situado determinado, a veces se descubre que estaban vacíos. Que fueron vaciados o nada más ya no sirven. Por lo cual dejan de tener operatividad, practicidad, capacidad de transformación, de precisión para un saber-hacer crítico en el contexto actual.

El pensamiento crítico latinoamericano o, más de foma más correcta, las epistemologías del Abya Yala/africanas/latinoamericanas caribeñas, con toda su genealogía y trayectoria de este pensamiento, hoy en día tiene –por fuerza mayor– que incluir las categorías, saberes y conocimientos de las comunidades de vida mismas y de sus organizaciones, territorios, procesos colectivos como una de las expresiones más potentes del saber-hacer crítico.

En nuestra región latinoamericana caribeña se alojan aportaciones del pensamiento autonomista, las concepciones no-capitalistas, no-liberales y no-estatales de la organización social y territorial, como pilares de la autonomía y soberanía sanitaria (Basile, 2023). Tres categorías claves que se conjugan en este pensamiento críti-



co latinoamericano en relación con la soberanía/autonomía, comunalidad y territorialidad.

Por esto, el pensamiento crítico en Salud desde el Sur necesita de *una práctica de descolonización*, y esto sólo puede lograrse con una epistemología que tenga la valentía de asumir abiertamente una geopolítica y un cuerpo político-sanitario decolonial al interior del conocimiento sanitario, como puntos de partida hacia una crítica radical; al mismo tiempo, una desconexión y alternativa al pensamiento científico moderno en salud. La cuestión decolonial requiere de un desarrollo especializado que se empieza a afrontar más adelante en este texto.

Estas breves reflexiones introductorias permiten caracterizar los actuales desafíos e implicancias de un pensamiento crítico de salud en el tránsito del siglo XXI (Basile, 2022):

- Descolonizar las teorías, políticas y prácticas sanitarias de la *episteme* moderna colonial.
- Profundizar la complejidad y transdisciplinariedad en salud.
- Reconocer y conocer las epistemologías del vivir bien/buen vivir sin frivolizarlas.
- Comprender y aplicar pensamiento crítico y geopolítica de la salud desde el Sur.
- Producir un conocimiento situado para la liberación (Dussel, 2016, 2020).
- Asumir compromiso e implicación territorial y social para la soberanía sanitaria.

Por ello, es necesaria una recuperación de la dimensión genealógica y geopolítica de la misma ciencia crítica en salud desde el Sur y de las epistemologías de vivir bien/buen vivir como producciones humanas (presentes a lo largo de las historias culturales y civilizatorias de toda la humanidad), y no ser simplemente apéndices o corrientes contrahegemónicas del desarrollo del conocimiento moderno-occidental en salud.

La práctica crítica en el campo de la salud forma parte del conjunto de prácticas que promueven en el mismo tiempo histórico y en diferentes escalas de intervención desde la soberanía sanitaria regional, como estrategia sobre procesos globales (determinaciones internacionales y regionales de la salud); al mismo tiempo, abarca también un conjunto interconectado de prácticas técnicas, metodológicas, político-sanitarias desarrolladas en el ámbito académico, en las organizaciones y sistemas de salud, en la gestión y gobierno, en instituciones de investigación, como por supuesto en los movimientos y territorios populares, vinculados con nuevas articulaciones y aportaciones claves que sustentan un pensamiento crítico en salud desde el Sur para el siglo XXI.

La posibilidad de redimensionar el objeto de estudio de la salud desde el Sur en el trabajo, las prácticas y las políticas sanitarias reabren alternativas metodológicas y técnicas para pensar y actuar en el campo sanitario. Es decir, una escuela de pensamiento, investigación, formación, acción y práctica crítica en salud desde el Sur no se sustenta ni presenta como *una iglesia político-sanitaria*, en una especie de devoción a un cerrado marco referencial teórico-metodológico particular o a la personificación del conocimiento crítico en unas referencias individuales o en nombre de un académico u académica, o simplemente a la repetición de consignas identitarias como significantes vacíos.

Todo lo contrario. Las implicancias y desafíos parecieran ser más densos, meticulosos, profundos, no siendo un problema de modelos y modelajes ni de conceptos totalizantes, sino de cómo pensamos, producimos conocimiento y actuamos fundamentando un campo de prácticas y saberes en salud desde y para el Sur.

Tomando aportes de Enrique Dussel (2020), el pensamiento crítico latinoamericano implica recuperar la ciencia de las culturas de la mayoría de la humanidad excluidas por la modernidad y por la globalización (neo)liberal, donde se preservan una inmensa capacidad y cantidad de invenciones culturales/saberes y sistemas de conoci-



mientos sanitarios y socioambientales necesarios para la propia sobrevivencia futura de la humanidad, para una nueva definición de la relación humanidad-naturaleza, desde el punto de vista ecológico, desde el punto de vista de relaciones interhumanas basadas en un cuidado integral de la salud y la comunidad de vida (Colmenares, 2022).

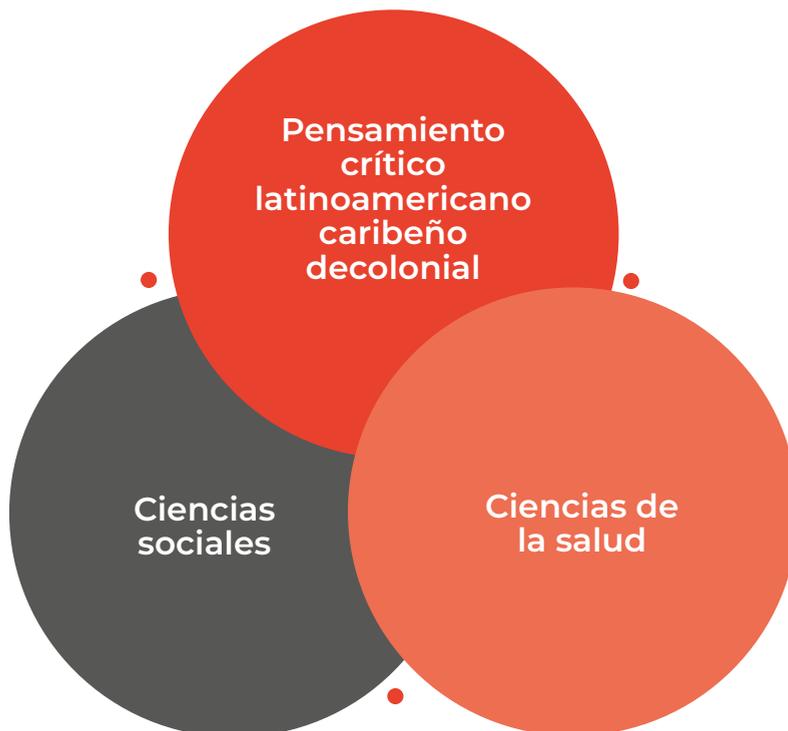
Es un punto de arranque para pensar una ciencia crítica en salud, exteriorizada de esta modernidad científica de la civilización occidental que se universalizada y globalizada.

Por consiguiente, las instituciones académicas y de servicios en el campo de la salud no pueden ignorar el movimiento que se engendra en torno de una nueva práctica de pensamiento crítico latinoamericano en salud; necesita de nuevos actores institucionales, de nuevas generaciones de salubristas, de redes y plataformas regionales y nacionales capaces de cumplir diferentes roles y actuaciones en este siglo XXI.

Este pensamiento crítico en salud desde el Sur se consolida como campo científico crítico decolonial y de prácticas entre las múltiples articulaciones e intersecciones de las teorías críticas de las ciencias sociales y ciencias de la salud, pero con la incorporación fundante del encuentro epistémico con el pensamiento crítico latinoamericano caribeño y las filosofías críticas en el Sur (Dussel, 2016), siempre abierto a la incorporación de propuestas innovadoras como nutrirse de los sistemas de conocimientos del Abya Yala, partiendo de reconocer la existencia de múltiples marcos geoculturales y corrientes político-sanitarias, desde donde poder articular este ejercicio.

Sencillamente, más tolerante a formas aproximadas de intersecciones e innovaciones que trae, subrayando la naturaleza no lineal de su producción o la imprecisión (o borrosidad) de sus límites epistémicos teóricos como de prácticas hacia una salud desde el Sur.

Gráfica 2
Intersecciones y articulaciones en el pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur



Fuente: Elaboración propia.

Por todo lo descrito, esta opción epistémico-ética habla de la necesidad crucial de la reinención de la educación político-sanitaria para el contexto situado de Latinoamérica y el Caribe. Este acontecimiento de existencia de una búsqueda de giro epistémico es tan fuerte, que tiene que transformarse, renovarse, aproximarse a un nuevo marco categorial. Que interpela no sólo la racionalidad, sino el sentir y pensar la salud en el siglo XXI.



Es una convergencia de procesos geopolíticos, teóricos y prácticos que precisan ser enlazados, imbricados, tejidos en nuevas tramas para comprender los fundamentos del giro epistemológico en el campo de la salud desde el Sur (Basile, 2022).

ARTICULACIÓN DE SABERES Y CONOCIMIENTOS HACIA NUEVAS PRÁCTICAS EN SALUD DESDE EL SUR

La formación tradicional basada en una educación político-sanitaria desde el paradigma positivista salubrista imperante, en la práctica fue reducido a explicaciones del proceso salud enfermedad cuidado a determinantes sociales aislados, los cuales se incorporaron al discurso sanitario normativo funcionalista como una especie de *hashtag* repetido una y otra vez en calidad de listado de factores de riesgo, o al mandato instrumental de aprender y gestionar unas funciones esenciales de la salud pública para producir una gobernabilidad mitigatoria de riesgos sobre estos determinantes, entre otras prácticas.

Dichos marcos de comprensión enlatados terminan proponiendo políticas, estrategias e intervenciones centradas en la atención de individuos aislados y poblaciones afectadas por el daño y sus estilos de vida a nivel singular, en la vigilancia de enfermedades notificables por variables de lugar-tiempo-persona, en un abordaje de comportamientos de riesgo, en una lógica hiperconductorista de transferencia de responsabilidades al sujeto/comunidad. O bien, en los mentados programas de salud pública focalizados intersectorialmente sobre fragmentos de determinantes sociales que en realidad son trabajados como riesgos causales desconectados y de forma separada del proceso de determinación de la salud y vida. Por ejemplo: agua, vivienda, trabajo, entre otros.

Por el contrario, la invitación a aproximarse y vincularse con un ejercicio de pensamiento crítico en salud impone el reto de familiarizarse e interconectar variedad de enfoques epistémicos, teóricos y metodológicos que proceden de las teorías e investigación social latinoamericana caribeña, del pensamiento crítico decolo-

nial, de las ciencias de salud y ciencias de la complejidad como de otras epistemologías de conocimientos, en un necesario rediseño del ecosistema epistémico sanitario en el Sur para el siglo XXI. Aunque es fuerte todavía el peso de la tradición de las separaciones académicas y fraccionamiento disciplinarios en salud heredados de la cosmovisión liberal moderna.

Hay conocimientos, técnicas y métodos articulados que fueron excluidos del saber-hacer en el campo de la salud y en específico de la salud pública en el Sur. Entonces, el marco referencial de conocimientos que aproximamos para nutrir, envolver y densificar al pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur se vincula con un esfuerzo de articulaciones y conectar aportaciones existentes como de nuevas actualizaciones:

- Aportes de la teoría social latinoamericana caribeña (Freire, 1985; 2014; Fals Borda, 1990; Torres et al., 2020; Beigel, Falero y Kohan, 2006; Vélez, 2019).
- Aportes del pensamiento decolonial latinoamericano caribeño (Césaire, 2023; Cox, 1945; Fanon, 2008, 2020; Dussel, 2016, 2020; Castro Gómez, 2000; Grosfoguel, 2006; Lugones, 2010; Mignolo, 1998; Lander, 2001; Walsh, 2008; Echeverría, 2014; Bautista, 2014).
- Aportes de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios como claves interseccionales para pensar y actuar en la salud de las mujeres y territorios del Abya Yala (Lugones, 2008; Curiel, 2007; González, 1988; Espinosa Miñoso, 2014; Paredes, 2015; Muñoz Ochoa, 2019; Viveros Vigoya, 2016; Santos Madrigar 2020-2024).
- Aportes del pensamiento complejo y ciencias de la complejidad (Prigogine, 1997; Nicolis y Prigogine, 1989, 1994; Delgado y Sotolongo, 2006; Delgado, 2023; Almeida Filho, 2006).
- Aportes de las ciencias sociales y humanidades en salud (Segrera, 2000; González Casanova, 2004, 2020; Lander, 2001).
- Aportes de la geografía y epidemiología crítica (Breilh, 1998, 2006, 2021; Santos, 1996, 2000, 2022; León, 2016; Iñiguez, 2018; Almeida Filho, 2020).
- Aportes del pensamiento y geopolítica de la Salud desde el Sur articulada al giro decolonial, la revisión de la teoría de la dependencia y la teoría de la autonomía regional hacia la estrategia de soberanía sanitaria (Basile, 2018; 2022; 2023).



- Aportes de las epistemologías de refundación de los sistemas de salud para la descolonización de teorías, políticas y prácticas en sistemas sanitarios (Basile, 2020a; Basile y Hernández, 2021; Basile y Feo, 2022a y 2022b).
- Aportes en la reinención de la educación política sanitaria para el siglo XXI como en el campo de escuelas de gestión y gobierno en salud desde el Sur (Matus, 1987, 2007; Sousa Campos, 2021).
- Aportes de la salud socioambiental y las intersecciones con la ecología política latinoamericana hacia una epidemiología de los extractivismos (Pereyra, et al., 2023; Solíz, 2016).
- Otros sistemas de conocimientos sanitarios nacidos de las epistemologías del Abya Yala.

En todo Abya Yala existe un intenso proceso de *entrar y salir de la academia* que está permitiendo la renovación, actualización, revisión del denominado pensamiento crítico en salud y su articulación más virtuosa y efectiva con los saberes y prácticas populares, comunitarias y colectivas en salud desde el Sur. Es decir, el pensamiento crítico en salud implica asumir un dentro y fuera de las universidades –*como sistemas de conocimientos y sistemas de desconocimientos*– en una esfera pública ampliada e intercultural.

De alguna manera, las universidades son espacios de institucionalización reconocidos como espacios de producción de conocimiento, aun siendo sistemas cerrados o monoculturales que no permiten observar el carácter incompleto del conocimiento.

Este movimiento operacional es pragmático. Nos obliga este pensamiento crítico latinoamericano al (re)conocimiento que las teorías no alcanzan; la ciencia social en salud no basta, la universidad y la academia no bastan para comprender el sistema mundo contemporáneo, sus determinaciones internacionales de la salud, los problemas de salud en nuestras comunidades, las geopolíticas y los territorios de cuidado integral de la salud.

El pensamiento crítico latinoamericano en salud es una recombinación original de trayectorias y de ideas preexistentes, con nuevas aportaciones, articulaciones, revisiones y ejercicios de pensar y hacer

salud desde el Sur para el siglo XXI. Requiere de cambios institucionales, organizacionales y formativos que permitan un mayor fortalecimiento de este campo transdisciplinario en las escuelas de salud pública, posgrados, entre otros.

Aquellos que producen afuera de las universidades y academias, que tanto acumularon en términos de conocimiento, que tienen movimientos y organizaciones sólidas y prestigiosas, editoriales poderosas, espacios importantes de circulación del conocimiento y renovación son un gran ejemplo de prácticas de un nuevo *saber hacer*.

Una última referencia es que el pensamiento crítico en Latinoamérica y el Caribe fue y es desarrollado principalmente por mujeres negras, indígenas, populares luchadoras y académicas que teorizan y accionan frente a los sistemas de opresiones, quienes, sin embargo, no fueron plenamente reconocidas dentro de las estructuras patriarcales y de los *feminismos eurocentrados* de divulgación de conocimiento, por lo que la difusión de sus obras y producciones no están tan extendidas ni desde las instituciones académicas ni desde los movimientos político sanitarios, a pesar de su presencia constante en los movimientos populares y su quehacer en procesos académicos y editoriales de la región. Es apenas en años recientes cuando este pensamiento –por ejemplo– en los feminismos decoloniales, negros, comunitarios comienza a ser visible y articularse al campo de salud.

Los mismos feminismos occidentales modernos no reconocen la creación de conocimiento en las luchas por la vida y el territorio, ni en la tradición oral con que estos conocimientos sobrevivieron por generaciones en comunidades, pueblos y territorios.

En este sentido, una ciencia y academia crítica en salud desde el Sur debiera poder recuperar cierta humildad y abandonar los monólogos donde el/la salubrista crítico es a la vez academia, también gestión y gobierno; habla en nombre de movimientos sociales sanitarios y habla tanto del Estado moderno y la tecnología guber-



namental de la salud pública, que se olvida de las comunidades, de los territorios, de lo colectivo. Esa denominada *todo* –el creer y querer ser *todo*– se transformó en un gran muro para que surjan nuevas voces, generaciones, trayectorias en la academia crítica.

Un deslumbramiento con el poder institucionalizado del gobierno del Estado, considerando que el poder instituyente en el campo de la salud está alojado en los ministerios, hospitales o en los servicios profesionales de salud o en nombres propios, fue creando un cerrojo epistémico y sesgos en múltiples corrientes críticas eurocentradas de salud, en especial del siglo XX en Latinoamérica y el Caribe. Enunciar brevemente algunos de los desafíos resulta un ejercicio necesario:

- ¿Es necesario descolonizar o construir teoría(s) crítica(s) en salud en Latinoamérica y el Caribe para el siglo XXI?
- ¿La medicina social y salud colectiva latinoamericana reproducen colonialidad y geopolíticas de poder, del saber y del conocimiento en salud en su propia genealogía, enunciación, marcos teóricos y de políticas sanitarias en el siglo XXI?
- ¿Cómo pensar en un marco categorial propio, cuando la raíz epistemológica del pensamiento latinoamericano y caribeño en salud es eurocéntrico panamericano?
- ¿Cuáles son los desafíos geopolíticos operacionales para la soberanía sanitaria regional en el camino a romper con la visión moderna/occidental del panamericanismo sanitario y salud global liberal?
- ¿Acaso la realidad epidemiológico sanitaria múltiple requiere que reestructuremos nuestras teorías y metodologías para el cuidado integral de la salud y vivir bien?
- ¿En qué sentido los estudios sobre complejidad y el fin de las certidumbres nos fuerzan a reinventar la educación político-sanitaria y la investigación transdisciplinaria en salud?
- ¿Qué epidemiología necesitamos, para qué comunidades, demografías, territorios y bajo qué estrategias metodológicas de monitoreo y acción sanitaria?
- ¿Qué implicancias trae la descolonización de los estudios de género y salud? ¿Qué nutren los feminismos decoloniales, comunitarios

y negros en la construcción de monitoreos interseccionales y envolventes de la salud y la vida?

- ¿Por qué la refundación de los sistemas de salud para el siglo XXI parten de un repensar categorial de las teorías y políticas sanitarias?
- ¿Qué relaciones (re)conocemos entre la aceleración extractivista articulada a los sacrificios del desarrollo nacional en las vigentes crisis epidemiológicas en la región? ¿Hay una salud socioambiental que sea articulada a la ecología política latinoamericana para superar este medioambientalismo sanitario del desarrollo?
- ¿El pensamiento científico moderno en salud es una farsa y decepción universalista o tiene aportaciones y sistemas de conocimientos necesarios a ser revisados, reorganizados y considerados?
- ¿Es necesario revisar el discurso universalista y abstracto eurocéntrico de derechos humanos y en particular del derecho a la salud?
- ¿La(s) teoría(s) crítica(s) latinoamericana(s) caribeña(s) en salud hoy tendría(n) que proveer de salidas ante la realidad compleja sanitaria, epidemiológica y socioambiental del Sur?

PUNTOS DE PARTIDA HACIA LA SALUD DESDE EL SUR

El pensamiento crítico de la salud desde el Sur como campo epistémico, geopolítico, de conocimiento, de metodología y acción sanitaria requiere de varias especificidades en sus escalas de observación y temporalidad como en las unidades de análisis en uso para responder a los complejos contextos epidemiológicos, socioambientales y político-sanitarios en y para Latinoamérica y el Caribe. Pensar la salud desde el Sur puede contar con cuatro puntos de partida como grandes flujos y rupturas (Bautista, 2014):

1. Flujo epistémico. El giro decolonial y la descolonización en campo de la salud.
2. Flujo geopolítico. La estrategia de soberanía sanitaria.
3. Flujo del marco categorial. ¿Por qué una salud desde el Sur requiere nuevas categorías?
4. Flujo ético político de una acción sanitaria innovadora. Producir prácticas que no sólo impliquen resistir o crítica sistemática o producir contrahegemonía, sino alternativas.



Las perspectivas del saber, el conocimiento, la metodología, la construcción de pensamiento crítico, lejos de ser un exquisito asunto propio de especialistas en epistemología o de discusiones académicas, es una cuestión de medular importancia político sanitaria, de gestión y gobierno como de investigación en la medida en que las formas hegemónicas del conocimiento científico moderno en salud operaron como eficaces artefactos de legitimación y naturalización de la jerarquización del poder y del saber sanitario sobre nuestras sociedades, comunidades, territorios y pueblos del Sur. Al mismo tiempo que reprodujeron asimetrías coloniales, sociales, raciales y geopolíticas sanitarias que prevalecen intactas hasta nuestros días (Lander, 2001).

El flujo o ruptura epistémica se basa en un giro descolonial (Maldonado Torres, 2008), en la descolonización del *saber-hacer* en salud; entonces, implica la *desuniversalización* de las formas coloniales del campo político sanitario, de la salud como asunto colonial a la salud pública internacional hasta la contemporánea vigente salud global (Basile, 2018).

La descolonización ante el *universalismo* científico moderno en salud es un asunto que poco a poco adquiere relevancia latinoamericana caribeña, ya que tiene implicancias desde la imposición de la clasificación de enfermedades globales y el tipo de vigilancia epidemiológica que se implementa en la región, las regulaciones sanitarias internacionales entre una enfermería colonial a las basadas en la seguridad sanitaria global del Norte, la importación de modelos y políticas de reformas a los sistemas de salud y protección social, la implantación de modelajes gerenciales hospitalarios y de funcionalización de los programas de salud pública, las dependencias al complejo médico industrial farmacéutico, las lógicas que permean las respuestas a las emergencias de salud pública, la modalidad de formación y educación en salud pública con su profesionalización y estandarización, las agendas globales que determinan internacionalmente prioridades y políticas sanitarias, entre otras.

Partir de la reflexión-acción de salud desde el Sur surge como una opción epistémico-geopolítico situada, y no como expresión de una nueva moda asociada con los estudios postcoloniales que de forma *confusa* hoy asumen programas de posgrados de salud pública, de salud colectiva, de salud global y escuelas de medicina en academias del Norte global (y también en escuelas y programas de posgrado en Latinoamérica). En general, estos programas asumen lo postcolonial de una forma estática, superficial, sólo adicionando voces oprimidas (negros, indígenas, mujeres, otros) sin revisar ni modificar en lo más mínimo los fundamentos epistémicos de la propia trayectoria, teorías, políticas y prácticas de la Salud global, la salud pública, entre otras.

Cuando este capítulo refiere a lo *poscolonial*, implica identificar a los estudios culturales que tuvieron y tienen aún un inmenso auge en las universidades y centros académicos del Norte global. Desde la conferencia de Bandung en 1955 en Indonesia, un contexto global entre el proceso de independencia de India del imperio británico, como a su vez el proceso de descolonización tardía en África y Asia, incluso, con surgimiento de nacionalismos del Tercer Mundo en medio de posicionamientos de Guerra Fría (Movimientos de No Alineados), la epistemología y enfoque postcolonial centralmente se identificó con:

- Lo colonial y la colonización como una cronología de una experiencia del pasado.
- El éxodo masivo de migrantes a los países centrales industrializados del Norte, que en algunos casos se insertan a sus academias.
- Surgimiento como categoría, como concepto y perspectiva en sentido epistemológico de lo poscolonial.
- Surgimiento de teorías poscoloniales durante década de 1980, en especial en Gran Bretaña y Estados Unidos.
- Referencias en textos claves: *Orientalismo palestino*, de Edward Said (1990).
- Lo poscolonial muy ligado al giro lingüístico y a los programas lingüísticos y de estudios culturales en las academias del Norte global.



- Este enfoque es el que se articula y utiliza en la actualidad tanto en los programas de salud global liberal (Basile, 2018, 2022) como en la salud colectiva brasileña.

Según el jamaicano Stuart Hall (2008) el pensamiento poscolonial permite:

[...] (re)significar y (re)elaborar las conceptualizaciones de la pedagogía de la liberación ya que asume el después de lo colonial, yendo más allá del modernismo y posmodernismo, en tanto clausura de un evento (la colonialización) pero más allá de él en una dimensión temporal y crítica, en tensión entre lo cronológico y lo epistemológico [...] (Stuart Hall, 2008, 121-144).

A diferencia de esta concepción, la descolonización y lo decolonial están enraizados en las tradiciones intelectuales críticas latinoamericanas caribeñas a las cuales se hace referencia en este artículo. En primer lugar, Latinoamérica y el Caribe es desde donde se formularon muchos de los aportes centrales de estos debates y aprendizajes, basados primordialmente en la lucha anticolonial de las naciones del Abya Yala.

En segundo lugar, lo colonial no sólo es una experiencia del pasado, de la historia. La *colonialidad* es identificada por Quijano (2000) como el sistema clasificatorio basado en un patrón de poder que instauraron y naturalizaron los órdenes jerárquicos superior-inferior de humanidad que trae la conquista y colonización, que se le dan apariencia *natural* y que se mantienen vivos como asimetrías de una *diferencia colonial* tanto en lo racial, en lo geopolítico (Norte-Sur), en la producción de conocimiento y la ciencia, en la división internacional del trabajo, de la naturaleza, entre otras nuevas jerarquizaciones del sistema mundo actual. En tercer lugar, se parte del supuesto de que los procesos de descolonización de este imaginario y del conocimiento requieren un doble movimiento, la crítica epistemológica a los saberes dominantes emanados del pensamiento científico moderno como la producción de alternativas prioritariamente desde el Sur.

Este proceso de colonialidad va asociado al despojo y negación de identidades y sistemas de saberes históricos como de producción de conocimientos de las comunidades, sociedades, pueblos, naciones: negros, indígenas-originarios, mujeres, en general del Sur global. Esto implicó la instalación que las coordenadas geopolíticas del saber son siempre *externas*, que vienen de fuera –del Norte global– (Dussel, 2016). Lo decolonial, entonces, para este texto, caracteriza desde las coordenadas referidas a:

- Implicancias de la colonización del Abya Yala (en 1492) y la invención de América que se constituyó como el primer espacio/tiempo de un nuevo patrón de poder mundial, como la primera identidad de la modernidad.
- Articulación engranajes del capitalismo-colonialismo-modernidad-patriarcado de un sistema mundo moderno/colonial que tiene vigencia y produce dependencias.
- Colonialidad: hace invisible y natural de los órdenes jerárquicos coloniales.
- No busca descolonizar lo establecido ni una complementariedad con el pensamiento científico moderno, sino una epistemología y práctica alternativa.

Antecedentes:

- Luchas negras e indígenas ancestrales y contemporáneas.
- Teorías y pensamiento críticos latinoamericano caribeño: teoría de la dependencia, teoría de la liberación, educación popular, neomarxismos y feminismos decoloniales, negros, comunitarios, críticos.
- Guamán Poma (andino), Jean-Jacques Dessalines, Franz Fanon y Aimé Césaire.

Maldonado Torres (2008) plantea así que el giro decolonial o giros decoloniales como:

El concepto de giro descolonial y su plural, giros decoloniales, se refieren a un cambio en las coordenadas del pensamiento a partir de los cuales se concibe a la modernidad como íntimamente, si no constitutivamente, ligada a la producción de múltiples relaciones



de carácter colonial, y a la descolonización como proyecto u horizonte posible de cambio. El fundamento del pensamiento descolonizador y del giro descolonial mismo reside en el surgimiento de un nuevo tipo de sujeto (Maldonado Torres, 2008, 61-72).

Esta discusión de descolonización y giro decolonial permite al campo del pensamiento crítico latinoamericano en Salud desde el Sur poner en revisión crítica y superación las pretensiones universales de la historia occidental de las ciencias médicas, de la epidemiología y de los conocimientos científicos modernos en salud que se repiten en el Sur; la polémica sobre rasgos esenciales de una epidemiología de la modernidad capitalista; las condiciones históricas del surgimiento de los saberes modernos de salud pública que surgieron del proceso de la constitución del sistema-mundo moderno/colonial de la salud como asunto colonial de control de enfermedades y del comercio transatlántico del coloniaje a una salud global neoliberal; la separación jerárquica entre los saberes abstractos, científicos, formales y los saberes locales y tradicionales inferiorizados.

Hay evidentes diferencias entre visualizar y comprender la salud y epidemiología desde el Norte global y desde el Sur. Realizar una simple ruptura geopolítica epistémica marca grandes diferencias entre una concepción de salud pública y médico social eurocéntrica de un pensamiento latinoamericano caribeño en Salud desde el Sur.

Gráfica 3 Geopolítica epistémica de la salud desde el Norte y desde el Sur



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Desde Rudolph Virchow, con el Informe sobre la epidemia de tifus en la Alta Silesia, bajo las ideas sobre las causas sociales de la enfermedad, la discusión dicotómica con Louis Pasteur sobre las causas biológicas de las enfermedades, o bien las referencias sobre la *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, en 1844, de Federico Engels (Waitzkin, 1981); múltiples referencias de estudio y comprensión de la salud pública y la epidemiología en Latinoamérica y el Caribe giraron alrededor de realidades y referencias eurocentradas. Sin duda, se puede aprender de estas experiencias, sin dejar de tener en cuenta que fueron y siguen siendo un pensamiento sanitario de *otra realidad* (Dussel, 2016). Como lo explica Dussel (2016),



esta es una falacia de desubicuidad, de desubicación político-sanitaria: tomar el espacio o el mundo de otra cultura como el propio.

Mientras ocurría esto en las transiciones y transformaciones del Norte global que se toman como referencias universales de la epidemiología y salud pública, los territorios coloniales del Sur atravesaron absolutamente otros contextos y realidades: la conquista, colonización y colonialismo bajo una epidemiología de la racialización y deshumanización colonial, donde ya para el 1600, el propio indígena Felipe Guamán Poma (1987) realiza la más larga crítica sostenida sobre el dominio colonial español, producido por un súbdito durante el periodo colonial, relatando las condiciones de deshumanización, sufrimiento y defunciones en el proceso colonial. Algunas investigaciones marcan que el proceso de colonización significó una mortalidad de millones en Latinoamérica y el Caribe como en Las Antillas tanto de las poblaciones indígenas-originarias como posteriormente del tráfico de esclavos desde África, con perfiles de defunciones por homicidios directos del genocidio, epidemias a través del traslado de patologías europeas a la región del Abya Yala, la explotación deshumanizada del trabajo esclavo, entre otras causas de defunciones poco o nada estudiadas en el Sur (Crosby, 1988). Fanon (2022) en la obra *A Dying Colonialism* también explica en *Medicina y colonialismo* cómo la ciencia biomédica occidental era parte constitutiva del sistema opresivo del colonialismo, donde el médico de los ejércitos coloniales cumple un rol clave, incluso realizando ensayos experimentales sobre los cuerpos primero esclavizados y luego colonizados.

¿Puede el pensamiento crítico latinoamericano en salud seguir asumiendo como propias o nada más repitiendo referencias eurocentradas exclusivas de un pensamiento médico-social de Virchow a Chadwick, de Engels a Berlinguer? Tesis construidas sobre dinámicas poblacionales, ambientales y sociosanitarias de realidades situadas en el Norte global. Este simple ejemplo resume el dominio sobre el lugar que aún ocupa y opera como un dispositivo epistemológico profundo el eurocentrismo en la construcción de teoría crítica en salud en y desde el Sur.

Las posibilidades de comprender, estudiar y conocer las determinaciones de la salud como flujos de complejidad e influencias recíprocas e interconexiones que tienen su fuente en la vida del sujeto, la comunidad y la naturaleza como un todo animado (vivo y no vivo), en la medida en que cada uno se afirma en su relación con su otro por fuera del antropocentrismo, produce otras aproximaciones de comprensión y actuación.

Enfocar, entonces, un ensamble epistémico e intercultural sobre los grupos humanos como organizaciones heterogéneas y contingentes, con identidades, condicionantes, culturas, sistemas de conocimientos, territorios y territorialidades en sus historias de vida situadas, significa salirse del método científico moderno de simplificación y descomposición del todo por partes, para luego hacer sumatorias para explicar el todo (Feo et al., 2022).

Según la epidemiología crítica (Breilh, 2023), las condiciones materiales de existencia, interseccionando con las opresiones clasistas sexistas racistas que se (re)producen en el sistema-mundo colonial actual, condicionan los procesos en la vida de forma protectora o destructiva; por tal razón, se resalta la importancia de comprender estas condiciones históricas de producción y reproducción socio-cultural, las cuales configuran, en última instancia, los perfiles de salud-enfermedad-cuidado del pueblo, la comunidad o sociedad.

La deshumanizante exclusión social y acelerada destrucción ecológica son quizás la marca característica del capitalismo cognitivo extractivista financiero del siglo XXI y la principal dimensión estructurante de crecientes crisis epidemiológicas contemporáneas (Basilé y Rivera Díaz, 2022).

Lo biológico, lo social, lo colonial, lo natural no son dimensiones excluyentes ni contradictorias, sino procesos que se concatenaron, entrelazaron y mantienen interdependencia. En la determinación de lo biológico por lo social y lo social con lo colonial en su relación con lo natural. Lo biológico tiene vida propia y sus leyes y principios, pero está condicionado a lo social, lo colonial y lo natural, que cons-



tituyen un plano de determinación general de nivel superior. La conexión entre lo natural, lo biológico y lo social/colonial no se reduce a un vínculo externo como un *factor*, a algo *natural* o *catástrofico*, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento antes descrito (Breilh, 2023). Estas determinaciones son adversidades, condiciones, subordinaciones *cuasi* estructuradas, pero nunca son deterministas de forma mecánica.

El flujo o ruptura geopolítica no sólo se ocupa de las transiciones entre la salud como asunto colonial e internacional, sino de la ubicación geopolítica entendida como una proyección espacial de las relaciones de poder que inciden, impactan, condicionan, se reproducen en el campo de la salud y la vida en el Sur. Hay que recordar que la salud se da en distintos niveles y escalas de comprensión, escalas espaciales y temporales de estudio y actuación (Basile, 2018, 2023).

Latinoamérica y el Caribe se encuentran atravesadas por una geopolítica de la dependencia de los *ismos* sanitarios: el desarrollismo, el panamericanismo y el neoliberalismo (Basile y Rivera Díaz, 2023). Esta dependencia sanitaria también tiene procesos internos en el Sur, que reproduce y naturaliza la lógica tomada como universal del Norte.

Como ya se describe en este texto, la doctrina panamericana como su actualización postmoderna contemporánea denominada salud global fueron y son procesos estructurantes de una colonialidad del poder y del conocimiento sanitario en la región (Basile, 2020b), que resulta primordial identificar para comprender las relaciones entre salud y geopolítica con sus derivados impactos en dependencias epistémico-teórica y técnico-política que no escaparon a la impronta de la teorización operacional de una salud internacional *panamericana* y salud global liberal que fueron moldeando a lo largo de todo el siglo XX e inicios del siglo XXI no tan sólo de forma enunciativa y discursiva el pensamiento en salud pública médico-social y la epidemiología regional, sino que, por décadas, construyeron un instrumental práctico que produce una legitima-

ción de la agenda regional de la salud como de la matriz de gestión y gobierno sanitario en el Sur.

Esta matriz geopolítica de operacionalización de teorías, mandatos, agendas globales y regionales condicionaron incluso intentos de procesos de integración regional en salud, obviamente condicionados por las determinaciones internacionales y dependencias que operaron sobre Latinoamérica y el Caribe como un territorio de su dominio tecnocrático-diplomático y expansión de sus intereses político-sanitarios, pero especialmente también entrelazado a unas cada vez más naturalizadas dinámicas de reproducción de una constante descoordinación regional en salud internacional (Basile, 2023).

Para abrir una ruptura geopolítica, es necesario profundizar la comprensión de las determinaciones internacionales de la salud, que parten de cambiar escalas de observación y hacer visible los evidentes condicionantes y adversidades hacia una vida saludable en la periferia (Dos Santos, 2020). El sistema-mundo vigente, globalización mediante, es resultado de un proceso de pliegues que en nuestra región tienen que ver con la propia constitución histórica colonial de Latinoamérica y el Caribe en los tránsitos del capitalismo colonial/moderno y eurocentrado, como patrón de poder mundial (Mignolo y Walsh, 2002). El sistema mundo no es un *sistema* del mundo o un sistema mundial; se refiere a un sistema que se considera a sí mismo *el mundo*, el centro del mundo. Comprender esta escala espacial y temporal del *sistema mundo* contemporáneo, modifica de forma radical nuestros puntos de partida para pensar y hacer salud desde el Sur.

En gran medida, frente a un sistema global de reproducción de geopolíticas de poder y conocimiento se suelen aún hoy enunciar en el campo de la salud pública, la salud internacional o la epidemiología tesis nacionales de afrontamiento.

Esto incluye muchas veces ubicar a las determinaciones de las crisis epidemiológicas, a los problemas de gestión, políticas y sistemas de salud, a los programas de salud pública sólo ceñidos a



procesos nacionales y locales. Ahora bien, la irradiación y reproducción de lo que se conceptualiza como *determinación internacional en salud* parte de comprender la complejidad de condicionantes y adversidades entrelazadas en multiniveles inherentes al sistema mundo contemporáneo para la especificidad de América Latina y el Caribe como espacio del capitalismo mundialmente periférico.

La determinación internacional de la salud, entonces, se expresa en diferentes dimensiones y niveles. Este marco teórico muestra como *reduccionista* la presuposición que la producción de procesos de salud-enfermedad y de políticas sanitarias descansa sobre lo que ocurre sólo *entre y al interior de cada Estado-Nación*, como una dinámica de desigualdades globales-nacionales, sin vinculación fundamental o sin reconocimiento de las determinaciones desde las estructuras de poder globales sobre la salud y la vida en el Sur, o en una geopolítica centro y periferia (Dos Santos, 2020).

La ruptura geopolítica invita a abrir nuevas escalas de observación, problematizar la unidad de análisis, modificando las escalas espaciales como las escalas temporales para el estudio de eventos epidemiológicos, de las agendas y políticas sanitarias globales, interrogando si es válido continuar utilizando sólo los Estados-nación, sus fronteras y el *control* de enfermedades, subestimando las relaciones de condicionantes, adversidades y dependencias sanitarias dentro del sistema mundo contemporáneo (Basile, 2018).

El camino que Latinoamérica y Caribe aún adeuda a sí misma es profundizar el estudio, la formación y construcción de un pensamiento-acción geopolítica de soberanía sanitaria regional. La soberanía sanitaria es una categoría y concepto, pero también opera como marco teórico de comprensión. Aunque, sobre todo, es una estrategia regional.

La soberanía sanitaria es una estrategia regional de flujos y movimientos en la articulación de distintos niveles espaciales. Conjuga y complementa la teoría de la dependencia de Dos Santos (2020) a los desafíos del siglo XXI y la teoría de la autonomía de Helio

Jaguaribe (1979; 1986), abriendo una búsqueda de maximizar capacidades y espacios de autonomía en la toma de decisiones político-sanitarias en el contexto global imperante. Busca contrarrestar la geopolítica de lógicas hegemónicas teóricas y prácticas dominantes panamericanas y de salud global, donde quizás es una premisa sustancial ir construyendo en la búsqueda de una genuina formulación de marcos de comprensión, de pensamiento estratégico y construcción de gestión para políticas, tránsitos y caminos basados en los propios actores, problemas situados, saberes y voces del Sur. Así, la soberanía sanitaria regional conjuga y se complementa de múltiples aportaciones:

- Aportaciones de la teoría de la dependencia a los desafíos del siglo XXI (Dos Santos, 2020).
- Aportaciones de la teoría de la autonomía de Helio Jaguaribe (1979; 1986), Puig (1986).
- Aportaciones de la teoría de la desconexión de Samir Amin (1988).

Estas aportaciones resultan clave para la producción de una matriz de comprensión/acción geopolítica sobre las determinaciones internacionales de la salud en el Sur global, con la cartografía rigurosa de condicionantes y adversidades de determinaciones y dependencias sanitarias, para desde ahí pensar y planificar estratégicamente flujos de autonomía y soberanía sanitaria. Soberanía sanitaria nunca fue una simple política de afrontamiento gubernamental nacional a los condicionantes y adversidades de las determinaciones internacionales en salud del sistema mundo contemporáneo (Basile, 2023).

Soberanía sanitaria nació del pensamiento y acción de las epistemologías de la salud desde el Sur como *una estrategia regional* para comprender y actuar sobre procesos que están tejidos y articulados juntos, no por separado (Basile, 2023). Entonces, la ruptura geopolítica refiere al ejercicio de construir un *saber-hacer* para la producción de micro-geopolíticas de soberanía sanitaria en situaciones territoriales concretas que se condensan en espacios sociales, comunitarios, institucionales, gubernamentales, entre otros.



En el tercer movimiento propuesto, *el flujo o la ruptura categorial* es el pasaje del concepto al marco categorial. ¿Acaso podemos solucionar los problemas de la humanidad con las mismas concepciones que los crearon?

A diferencia de las formas de crítica eurocéntricas que apuntaron a reemplazar conceptos inadecuados por otros más verdaderos o más puros o más dicotómicos (buenos y malos conceptos), o simplemente que aspiran a la producción de un conocimiento positivo, el enfoque deconstructivo somete a borradura los conceptos clave de un sistema de conocimientos y categorías que son operados tanto por vertientes modernas empírico-funcionales de la salud pública como de corrientes críticas médico-sociales eurocentradas. Esto indica que ya no son útiles, no son “buenos para ayudarnos a pensar y actuar” en su forma originaria y no reconstruida (Hall, 2008). Pero como no fueron superados dialécticamente y no hay otros sistemas categoriales alternativos ni diferentes que puedan reemplazarlos, no hay más remedio que seguir pensando con ellos, aunque ahora sus formas se encuentren destotalizadas o deconstruidas y no funcionen dentro del paradigma en que se generaron en un principio (Hall, 2016). La línea que nada más los critica permite, paradójicamente, que se los siga leyendo o utilizando.

Reinventando la pregunta de Juan José Bautista Segales (2014), ¿qué significa pensar y hacer ciencia crítica en salud desde el Sur? El pensamiento crítico de salud desde el Sur asume un lado activo del conocimiento crítico al transformar(nos) en *sujetos epistemológicos*. El problema no es demostrar que el pensamiento latinoamericano caribeño en salud es superior al eurocéntrico panamericano. No.

Con las aportaciones de Juan José Bautista Segales (2014) en su obra *¿Qué significa pensar desde América Latina?*, el problema es construir un marco categorial que permita entender y comprender en el plano de una ciencia crítica en salud la especificidad de los problemas sanitarios en la periferia, las dependencias y soberanía sanitaria, las opresiones epidemiológicas que impactan en la

vida, las tecnologías de gestión y gobierno en los contextos de colonialismo, exclusión, el sufrimiento y la racialización en los territorios y territorialidades latinoamericanas caribeñas, y para ello no basta (porque es insuficiente) el pensamiento, las teorías, metodologías, políticas de la ciencia moderna europea, porque nunca fue su problema responder a estos problemas, desafíos, contextos, comunidades de la vida en el Sur.

El repensar categorial permite un ejercicio de cómo transformar, cambiar, discutir los lenguajes conceptuales, teórico-metodológicos para transformar, para cambiar no sólo en el plano epistémico, sino en el conocer-hacer. Analizar los modos en los hemos pensado conocíamos el sistema mundo, en especial los modelos en que hemos pensado y creíamos conocer la salud y la epidemiología desde el Sur. Utilizando lentes del Norte global para comprender y entender el mundo, la vida, los problemas sanitarios, el campo de la salud.

Bautista Segales (2014) nos llama a construir otros marcos categoriales desde el que se pudiesen pensar con rigor, primero, nuestros problemas, luego, el Sur global y, finalmente, la modernidad en su conjunto, para rematar en otra visión de la humanidad desde la geopolítica de los oprimidos, condenados y negados de todos los sistemas totalizantes. Dussel (2016) lo llamará una ética de la liberación latinoamericana caribeña.

[...] La categoría "pensar categorial" alude a la intención epistémico-teórica que no se limita a copiar categorías o conceptos, sino que intenta hacer una incorporación problematizadora en un corpus categorial nuevo, esto es, como la realidad pensada con la anterior categoría no es la misma, por ello la intención epistémica deviene inevitablemente en una transformación del contenido anterior del concepto o la categoría, para que el nuevo contenido del concepto o categoría sea pertinente a la realidad tematizada (Bautista, 2014, p. 21).

Apropiarse y reconocer un nuevo lenguaje, una nueva epistemología, pero en especial de un nuevo marco categorial (conceptual



y de categorías de estudio y comprensión) dinamiza los intentos prácticos y pragmáticos de pensar, estudiar, investigar, producir conocimiento de la salud desde el Sur. Asumir que los conocimientos son producciones humanas, donde otro marco categorial para pensar y hacer salud que no proceda en sentido estricto del eurocentrismo y panamericanismo moderno ni tenga a estos como presupuesto o fundamento, sino situado y contextualizado desde y para Latinoamérica y el Caribe, para luego ampliarlo en una geopolítica Sur-Sur de construir un consistente marco categorial desde el cual cuestionar en serio y en reemplazo a la pretensión de universalidad de esa ciencia y pensamiento euro-panamericano-céntrico sanitario. Esa es la principal invitación, en la proposición de la ruptura categorial.

La propuesta de base de esta práctica es que los abordajes de complejidad, en los bordes y con suma especificidad, en general pueden ser capaces de producir nuevas tramas categoriales necesarias para comprender y actuar en salud, en epidemiología, en soberanía sanitaria, buscando desencadenar articulación de procesos de afrontamiento y superación de problemas sanitarios socioambientales dinámicos, complejos y contingentes actuales. Múltiples grupos de estudio, de trabajo y producción de conocimiento crítico latinoamericano caribeño en salud proponen nuevas intersecciones de estudio y acción:

- La salud desde el Sur y estrategia de soberanía sanitaria.
- Las nuevas tecnologías de gestión y gobierno para la soberanía sanitaria.
- La refundación de los sistemas de salud.
- El cuidado integral de la salud y vivir bien.
- Salud socioambiental y epidemiología de los extractivismos.
- Epidemiología y geografía crítica.
- Feminismos decoloniales, negros, comunitarios para la salud y comunidad de vida.
- Monitoreo interseccional en salud y comunidad de vida.

Por último, la ruptura ética de una nueva acción política sanitaria implica reconfigurar una acción e implicación en salud y soberanía sanitaria que regenere la capacidad liberadora y transformadora desde la *comunalidad*, la *reciprocidad* y *relacionalidad* en una dinámica entre lo grupal-individual.

Partir de una cierta convergencia en que el conocimiento local tanto territorial-popular como técnico-político crítico funcionan como una articulación de operaciones prácticas, situadas, como conocimientos aterrizados, más que como sistemas formales enlatados, universales y estandarizados sin contexto. Esto tiene implicaciones vitales para los debates en torno de la acción sanitaria. Ante las incertidumbres, implica pensar y actuar de manera estratégica para tomar decisiones, decidirse por opciones diversas, en varias escalas territoriales e hilvanar envolventes procesos de acción en salud y soberanía sanitaria.

La búsqueda de opciones metodológicas para sustentar una práctica de salud desde el Sur y cuidado integral de la vida, ante las amenazas de las condiciones destructivas sociosanitarias, ambientales y civilizatorias del capitalismo contemporáneo, es valorizar una acción política sanitaria que deje atrás las premisas totalizantes de verdades únicas, convoque a la cooperación y articulación de procesos transmodernos entre *academia-comunalidad-territorialidad-movimientos*, imbrique el respeto por todos los otros seres y sistemas de conocimientos, postule la regeneración continua de la vida y la tierra, reconozca la co-creación de un saber-hacer en salud para construir respuestas situadas a las propias realidades latinoamericana caribeñas.

Abrir un giro decolonial hacia una transición epistémica y metodológica para un accionar geopolítico y territorial de la salud en el Sur es también asumir unos tránsitos de cambios como aproximaciones operacionales y metodológicos para la acción:

- Escala de observación (territorio/multi-territorialidad).
- Escala temporal (procesos-sistema mundo).



- Multi-escalas (multi-escalaridad).
- En unidad de análisis/comprensión (comunidad de vida).

Para accionar y producir intervenciones en las intersecciones del territorio, la vida y la salud, se necesita de la epidemiología crítica y su encuentro con la geografía social y con la geografía crítica (Santos, 2022), considerando al territorio como espacio donde se desarrolla la vida y se construye socioculturalmente la salud, lo cual reconfigura el centro en el estudio de las determinaciones, de las comunidades de salud colectiva y humana. Aunque se reconoce la polisemia del territorio y su consideración político administrativo y administrativo sectorial, se pretende evidenciar y superar las limitaciones de esas concepciones administrativo-burocráticas del Estado (Weber, 1974).

Milton Santos (1985) aborda unos de los problemas principales de la geografía crítica: identificar la naturaleza del espacio y buscar las categorías de análisis que permitan estudiarlo. Así, el espacio vivido, el territorio usado en la teoría de Santos (2000) enriquece la conceptualización del lugar de la epidemiología tradicional, al incorporar categorías del espacio geográfico. Una mirada sucinta a los elementos del espacio que el autor definiese como los hombres; el medio natural modificado; la producción, de bienes y servicios; de normas, órdenes, leyes; y las infraestructuras evidencia la proximidad de este modelo a las múltiples determinaciones de la salud o de campos y comunidad de salud. Por su parte, las categorías que formulase como *los fijos y los flujos*, dispuestos según una estructura, en permanente cambio –los procesos–, se convierten en soportes esenciales del estudio de las determinaciones espaciales de la salud y la vida (Santos, 1985). La dinámica territorial esta intrínsecamente ligada con los cambios propios del espacio. Caracteriza esta *concepción del espacio* su unicidad, historicidad y sus escalas y una variedad de términos concretos a incorporar en el análisis de las desigualdades e inequidades en salud como la territorialidad y la territorialización.

Aceptar la multi-territorialidad, la multi-actoralidad territorial y la multi-escalaridad, presentes en los diferentes tipos de territorios, aporta el contexto que se debate entre coherencia, integralidad y conflictos entre políticas, normas, regulaciones y resultados de su implementación. Aceptando estas consideraciones, se descubren los diferentes marcos en que se despliega la territorialidad de las políticas sanitarias (Íñiguez, 2018).

¿QUÉ HACER PARA CONSTRUIR UNA ÉTICA SITUADA DE ACCIÓN POLÍTICO-SANITARIA EN EL SIGLO XXI?

Sin recetas, hay múltiples aproximaciones de puntos de partida en prácticas y acciones político-sanitarias que se construyen, producen y actualizan siempre en el pensamiento crítico en salud desde el Sur en la actualidad.

Desde una academia transdisciplinar en salud que dinamiza acciones dirigidas a actualizar y transformar los marcos teóricos-epistémicos colabora en la reinención de la educación político-sanitaria para las nuevas generaciones de salubristas, construye una investigación situada y producción científica de la salud desde el Sur, asume una ubicación epistémica académica como retaguardia a los sistemas de saberes y conocimientos de las filosofías del Sur (Dussel, 2016). La academia sigue siendo un territorio y territorialidad en disputa, en tensión, pero también un espacio a regenerar y refundar para producir acciones sanitarias nuevas. Hace tiempo que los centros de formación y universidades del campo de la salud pública y epidemiología las dejamos en manos del pensamiento científico moderno en salud y médico-social eurocentrado; en general, con planes de estudio europeos y panamericanos.

Una red latinoamericana caribeña de posgrados, escuelas e instituciones académicas inscritas en el pensamiento crítico de salud desde el Sur y soberanía sanitaria pueden transformarse en una gran plataforma regional con nodos y núcleos desde donde articular la renovación de la formación, investigación, geopolítica y prácticas de acción sanitaria. El enfoque transdisciplinario en salud trata de rom-



per fronteras disciplinarias, articular ciencia crítica y conocimientos con respuestas materiales concretas a los problemas sanitarios de la sociedad, de la comunidad, de una manera más integral y compleja. Una vasta producción académica e intelectual que busca replantear soluciones teóricas y prácticas para los grandes problemas comunes en la salud de los pueblos del Sur.

- *Desde las acciones de los movimientos y organizaciones sociales, territoriales, comunitarias-populares.* Sus formas organizativas y prácticas institucionales y territoriales refieren a la construcción de una esfera pública de territorios de soberanía sanitaria desde donde actualmente se producen las mayores innovaciones, creaciones y prácticas de respuesta integral y evolvente al cuidado de la salud y la vida. Articulándose, pero al mismo tiempo también indisciplinadas de una academia por momentos fosilizada y endogámica, o de los espacios de gestión y gobierno en salud que a veces sólo convocan a la movilización acrítica o, peor aun, simplemente a la obediencia debida. Los movimientos impulsan diariamente procesos de cuidado integral de la salud y la vida pensados, decididos y ejecutados desde y con el territorio, el barrio, la comunalidad. Donde la comunidad de vida deja de ser un “objeto” de estudio o de intervenciones romantizadas, para ser sujeto protagónico de procesos. Es popular, porque la producción de conocimiento aquí no viene de “equipos técnicos” o “grupos de investigación” externos a la situación, sino de la producción de información y saberes convertidos en conocimiento en salud desde los actores populares, locales, territoriales. Estas acciones recuperan las voces, saberes, conocimientos y capacidades locales, populares, interculturales, grupales y comunitarias en nuevas estrategias de abordajes colectivos e individuales de la vida.
- *Desde lo técnico-político de la gestión y gobierno micro y macro,* incluyendo aquí a los equipos y prácticas de los servicios de salud. También hay variadas trayectorias y puntos de partida como ventanas de oportunidad para articular acciones de trabajo, organización, gestión y gobierno desde el pensamiento crítico en salud, como una nueva tecnología clave que aporta otras teorías y prácticas de gobierno para la soberanía sanitaria. Aquí, sin duda, también la gestión y gobierno para la soberanía sanitaria puede transformarse en ciertos momentos y escenarios en espacios de innovación y creación de acciones político-sanitarias que reconfiguren con eficacia material la respuesta a los problemas, necesidades y prioridades colectivas e individuales de salud y cuidados en la región.

Valorar de igual manera, cómo se le critica a la academia; que la gestión y gobierno en salud especialmente de instituciones gubernamentales desde los ministerios a los hospitales, de los centros de salud a agencias públicas estatales son esferas públicas por abrir aún más en sus condensaciones institucionales, aunque a su vez estar *alertas* con el error de considerar que estos son los únicos espacios de producción de acciones válidas para el cuidado de salud y vivir bien. También en el pensamiento crítico en salud desde el Sur se puede caer en una especie de *gubernalidad burocrática* sanitaria: creer que sólo se discuten ideas, se hace transformación o sólo se dan respuestas a las demandas de salud exclusivamente desde el gobierno del aparato del Estado weberiano. Una gran alerta cuando se habla repetidamente sólo del Estado moderno *presente* y el gobierno en clave *gubernal*, y se van perdiendo las capacidades de escucha, de nuevos saber-hacer con y desde los pueblos, las comunidades, los territorios.

- *Desde lo plurinacional e intercultural.* Es necesario señalar que una de las principales características en la producción de pensamiento crítico en la región latinoamericana y caribeña en el siglo XX son justamente el protagonismo civilizatorio y la participación directa protagónica de los sujetos políticos de las epistemologías del *vivir bien/buen vivir* de las naciones indígenas-originarias del Abya Yala. Según Walsh (2008), hoy asumen un liderazgo y saber-hacer en los significados y producciones de comunidades de vida para interculturalizar, plurinacionalizar y descolonizar las estructuras, concepciones, prácticas e instituciones del Estado y de las sociedades. Lo plurinacional pone en cuestión la construcción del Estado moderno en el Abya Yala, y la necesidad de refundación desde una interculturalidad política. También las epistemologías de salud en el Abya Yala llaman a acompañar, reaprender, abandonar lo monocultural y monólogos sanitarios como también a la complementariedad de saberes y prácticas.

Estos puntos de partida y articulaciones de acciones político-sanitarias demuestran una *heterogeneidad* que en apariencia parece desorganizada, aunque en realidad es un orden complejo multiactoral y multiterritorial donde se plantean desde diversas visiones en torno a la construcción de las alternativas para la salud y la vida en el Sur.

En definitiva, en este capítulo se introduce la necesidad y urgencia de desmontar el sistema de categorías asumidas como universales



que se anidan y reproducen en las epistemologías sanitarias del Norte global del pensamiento científico moderno en salud, sin renegar de la tradición crítica eurocéntrica, pero buscando sustituirlas por sistemas de categorías que expresen la actualización de un pensamiento crítico latinoamericano de la salud desde y para el Sur.

Lo que existe, por tanto, no es el desarrollo de una idea universal de salud y vida hacia el futuro que se identifica con el mito del desarrollo y el progreso. Lo que existe en realidad son bifurcaciones que permiten construir varios futuros; es decir, futuros posibles. El pensamiento crítico de salud desde el Sur es una bifurcación hacia un futuro situado.

El fin de las certidumbres de que nos habla Prigogine (1996, 1997) significa que lo que realmente existe son certidumbres parciales que no prevalecen eternamente. Tampoco en el pensamiento crítico en salud podemos tener certezas eternas, sagradas o momificadas.

Debemos atrevernos en el siglo XXI a formular nuevas aproximaciones y rupturas, a innovar, preparar respuestas e hipótesis teniendo en cuenta la permanente incertidumbre. El pensamiento científico moderno en salud en sus geopolíticas panamericanas y de salud global liberal todo el tiempo está camuflando, mutando, maquillando su hegemonía.

El pensamiento crítico latinoamericano en salud es una recombinación original de trayectorias y de ideas preexistentes, con nuevas aportaciones, articulaciones, revisiones y ejercicios de pensar y hacer Salud desde el Sur para el siglo XXI.

Cuestionar las formas en que investigadores, gestores, técnicos y profesionales de la epidemiología y la salud pública producimos y hacemos no es un llamado a descolonizar a las academias ni a las prácticas técnico-profesionales del propio Norte global. Esa es *una moda* que implica un ejercicio y esfuerzo (¿quizás decisión?) que no concierne al Sur. Estos intentos instrumentales de los programas de descolonización de la salud global o salud pública alojados

en el Norte global, en realidad funcionan con una gran ignorancia de las producciones y pensamientos del Sur, además de la ignorancia de su propio eurocentrismo tecnocrático académico reproductor de asimetrías que no cambian.

El pensamiento crítico latinoamericano de la salud desde el Sur debería como premisa sustancial basar sus aportaciones en abrir una invitación a una comunidad de diálogo fecundo, propositivo, de estudio, revisión y actualización constante, donde exista el tiempo, la relacionalidad humana y los espacios para discutir, pensar, producir, accionar. Y volver a discutir, pensar, producir, accionar cada vez que sea necesario. Tomarnos el tiempo de reflexionar sobre el sentido de la situación contemporánea del pensamiento en salud desde el Sur, el porqué de su inexistencia como espacio académico en el siglo XX, de sus propias limitaciones, del aún eurocentrismo y panamericanismo en varias corrientes político-sanitarias latinoamericanas caribeñas. ¿Por qué llegamos al punto que el pensamiento crítico en salud no pudo hegemonizar las escuelas y academias de salud pública de forma alternativa en el Sur? Quizás discutir por qué el pensamiento crítico en salud en Latinoamérica no hizo un giro decolonial hacia y desde el Sur es un interesante punto de partida.

Seguimos siendo coloniales tanto epistemológica como técnico-política sanitaria en la gran mayoría de las universidades de ciencias de la salud y ciencias sociales en el Sur. Seguimos siendo comentaristas –hasta críticos– de las bases, fundamentos o proposiciones del pensamiento científico moderno en salud, y no pensadores críticos e interculturales de las realidades sanitarias y epidemiológicas latinoamericanas caribeñas.

Claro que resulta difícil y con adversidades, articular un pensamiento, gestión y políticas de salud desde el Sur de forma libre y creativa hacia la soberanía sanitaria, en contextos agobiantes de dependencia político-sanitaria tanto a la doctrina panamericana sanitaria y a la acelerada salud global (neo)liberal que mantienen los *estatus quo* de colonialidad en el campo de salud.



Precisar, contextualizar y situar los problemas, reinventar y radicalizar las preguntas de investigación, crear enfoques metodológicos e interpretar nuevos hallazgos, revisar, aprender y visibilizar sistemas alternos de conocimientos, producir teoría y políticas desde la innovación y la osadía. Esto sirve también como una autocrítica e interpelación para quienes hemos estado en prácticas académicas reproductoras de colonialidad del conocimiento sanitario en el Sur (Quijano, 2000). Recuperar la exigencia, implicación, la fundamentación profunda y pertinencia a nuestras realidades y problemas sanitarios.

Pareciera necesario revisar desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud la lógica de vivir en un mundo de certidumbres científicas indisputadas, totalizantes, monoculturales impregnadas de racialización y supremacía blanca como de repetición de copia-pegar del Centro global del conocimiento hacia las periféricas dependientes y reproductoras. Es una invitación a suspender nuestros hábitos de certidumbres, de dilemas, de consignas líquidas, de esloganización vacía tipo *hashtag*, para volver a la potencialidad de producir alternativas de saber-hacer desde el Sur (Basile y Feo, 2022a).

Pareciera necesario desde la teoría crítica latinoamericana caribeña en salud liberarse de la parálisis, de los miedos a poner en crítica al orden científico universal moderno instituido que también implica revitalizar, actualizar, transformar al propio pensamiento crítico en salud para el siglo XXI. Una reconfiguración de conocer cómo conocemos y hacemos en el campo de salud y epidemiología en el siglo XXI. El conocimiento biomédico salubrista empírico funcional siempre estuvo atado a las reglas de una *lógica del razonar* que se materializó en una dinámica que fue hegemónica durante todo el siglo XX y parte del XXI en América Latina y el Caribe (Maturana y Varela, 1994).

Hay una necesidad de distancia estratégica de este pensamiento eurocéntrico, incluso de sus epistemologías críticas eurocéntricas, para situarlas y darles contextualidad. Establecer esta distancia es

condición previa para completar la tarea más fundamental de nuestro tiempo: pensar lo impensable, asumir lo inesperado como parte integral del trabajo teórico, epistémico, geopolítico, metodológico y de producción de conocimiento crítico en salud desde y para el Sur (Bautista, 2014).

Partir de las tramas epistemológicas entre el pensamiento crítico latinoamericano caribeño expresado en la nueva corriente de la salud desde el Sur (Basile, 2022), la ecología de saberes y sistemas de conocimientos del Abya Yala abren una opción ético-política-epistémica de construir una ciencia crítica en salud para el siglo XXI desde el Sur.

Identificar los puntos clave en las dinámicas de reproducción de lo instituido y encontrar e identificar en especial las dinámicas de transformación permite salir(nos) de las tesis de parálisis del *no se puede hacer nada*, de las subordinaciones dicotómicas “primero es hacer, luego pensar o primero pensar, para luego hacer”, de la reproducción de “una totalidad que enuncia todo, pero fragmenta en partes” o de un determinismo que “inmoviliza” (Minayo, 2021), de un vanguardismo profesionalizante que “aspira a un monopolio personalizado del activismo-político-academia”, frente a la complejidad y polifonía del *pensar-hacer* de una Salud desde el Sur en el siglo XXI.

En definitiva, este texto intenta divulgar los procesos de encrucijadas y tramas de saberes entre las filosofías del sur de las naciones indígenas-originarias, movimientos sociales, gestores de gobierno en la periferia y academia sanitaria crítica de retaguardia que buscan condensarse hoy en nuevas plataformas latinoamericanas caribeñas de pensamiento crítico en salud desde el Sur y soberanía sanitaria en el siglo XXI.

El desafío es abrir el pensamiento crítico latinoamericano en salud en el siglo XXI. Invitar y animar a la capacidad de abrir nuestra curiosidad, a reformular las preguntas, donde la imaginación y la recuperación de creatividad es más importante que el conocimiento actual.



Buscando interpelar la reinención de la educación político-sanitaria en el marco de una epistemología de pensamiento crítico latinoamericano de salud desde el Sur. Movimiento que resulta de una necesidad teórica, metodológica y de *praxis* para afrontar las encrucijadas y bifurcaciones en la producción de territorios y territorialidades de soberanía sanitaria en Latinoamérica y el Caribe.

Perdiendo el miedo de ser nosotras y nosotros mismos. Como diría Guamán Puma (Kusch, 1976): hay que abrir un tránsito que nos lleva a las raíces de nuestros conocimientos y existencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, Alberto. (2015). El buen vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y no tan económicas. *Política y Sociedad*, 52(2), pp. 299-330.

AGUIRRE Beltrán, Gonzalo. (1986) Antropología médica, México, CIESAS.

ALLENDE, Salvador. (1939). *La realidad médico-social chilena* Santiago: Ministerio de Salubridad. Disponible en: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-7737.html> Acceso en: 4 dic. 2023.

ALMADA, Ignacio. (1990). Siete tesis equivocadas sobre salud y sociedad. Cuadernos Médico-Sociales, 52, pp. 15-25.

ALMEIDA Filho, Naomar de. (1992). *Epidemiología sin números*. OPS.

_____. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud colectiva*, 2, pp. 123-146.

_____. (2007). Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. *Salud colectiva*, 2007, vol. 3, pp. 229-233.

_____. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud colectiva*, 16, e2751.

- _____ y Rouquayrol, Maria Zelia. (1999). Epidemiologia e saúde. En *Epidemiologia e Saude*. 1999.
- AMARANTE**, Paulo; Rizzotto, María Lucía; Costa, Ana María. (2015). Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 20, núm. 7, pp. 2023-2029.
- AMIN**, Samir. (1988). Desconexión, Iepala Editorial.
- ARAÚJO**, Maria de Fátima; Schraiber, Lilia Blima; Cohen, Diane Dede. (2011). "Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva." *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 15.38 (2011): pp. 805-818.
- ARELLANO**, Oliva Lopez, Escudero, José Carlos y Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina social*, 3(4), pp. 323-335.
- AROUCA**, Sergio. (1975). *O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica à medicina preventiva* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp; 1975.
- AYRES**, José Ricardo de Carvalho Mesquita. (1995). Epidemiologia e emancipação. En *Epidemiologia e emancipação*. 1995. p. 231.
- _____. (2002). Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2002, vol. 5, pp. 28-42.
- _____. (2016). Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. *Intelligere*, 2016, vol. 2, núm. 1, pp. 139-155.
- BARATA**, Rita Barradas. (2005). Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2005, vol. 8, pp. 7-17.
- _____. (2013). Epidemiologia e políticas públicas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2013, vol. 16, pp. 3-17.
- BARRETO**, Maurício. (1998). Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1998, vol. 1, pp. 123-125.



- _____. (2017). Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, pp. 2097-2108.
- BASILE**, Gonzalo. (2018). La Salud Internacional Sur Sur: giro decolonial y epistemológico. *Dossiers de Salud Internacional Sur Sur en Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO y Biblioteca CLACSO*, Buenos Aires.
- _____. (2020a). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y Caribe. Colección de los Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano, núm. 73, abril, Buenos Aires.
- _____. (2020b). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En: *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación.
- _____. (2022). Hacia una Salud desde el Sur: epistemología decolonial y de soberanía sanitaria. *Journal Social Medicine*, vol. 15, 2.
- _____. (2023). Soberanía Sanitaria: implicancias teóricas y geopolíticas de una estrategia regional. En *XI Dossier de Salud desde el Sur en Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO y Biblioteca CLACSO*, Ciudad Buenos Aires.
- _____ y Hernández Reyes, Antonio. (2021). *Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: descolonizar las Teorías y Políticas*. 1era Edición, Ciudad Autónoma de Bs.As. Editorial CLACSO.
- _____ y Feo, Oscar. (2022a). Las 3 “D” sobre las Vacunas de SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación. En *Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano (Segunda época núm. 91, dic. 2021)*.
- _____ y Feo, Oscar Istúriz. (2022b). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(2).

- _____ y Rivera Díaz, Marinilda. (2022). Epidemiología crítica del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación. Colección Grupos de Trabajo CLACSO y FLACSO República Dominicana. Buenos Aires y Santo Domingo, diciembre 2022.
- BAUTISTA S.**, Juan José. (2014). ¿Qué significa pensar desde América Latina?, Akal.
- BAUTISTA S.**, Rafael. (2022). Hacia una política para la vida. *Archipelago. Revista cultural de nuestra América*, 29(115).
- _____. Del mito del desarrollo al horizonte del "vivir bien". ¿Por qué fracasa el socialismo en el largo siglo XX?, CICCUS. Buenos Aires, Argentina.
- BEIGEL**, Fernanda; Falero, Alfredo; Kohan, Néstor. (2006). *Crítica y teoría en el pensamiento social latinoamericano*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- BIRN**, A-E. (2011). Reconceptualización de la salud internacional: Perspectivas alentadoras desde América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 30(2).
- BOSI**, Maria Lúcia Magalhães. Productivismo e avaliação acadêmica na Saúde Coletiva brasileira: desafios para a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 2012, vol. 28, pp. 2387-2392.
- BREILH**, Jaime. (1998). La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Revista brasileira de epidemiologia*, 1, pp. 207-233.
- _____. (2006). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Buenos Aires, Argentina.
- _____. (2010). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Editores: Universidad Andina Simón Bolívar/Corporación Editora Nacional.
- _____. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (sa-



- lud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (2013): pp. 13-27.
- _____. (2021). La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. San Pablo: Cad. Saúde Pública 37(12).
- _____. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, Ecuador, diciembre de 2023.
- _____ y Granda, Edmundo. (1989). Epidemiología y contrahegemonía. *Social Science & Medicine*, 28(11), pp. 1121-1127.
- CAMPOS**, Gaston Wagner de Sousa. (1999). Equipos de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, pp. 393-403.
- _____. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000, vol. 5, pp. 219-230.
- _____. (2001). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires. Lugar editorial.
- CANESQUI**, Ana María. (2008). As ciências sociais e humanas em saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 2008, vol. 18, pp. 215-250.
- CARTER**, Eric D. (2023). *In Pursuit of Health Equity: A History of Latin American Social Medicine*. University of North Carolina Press.
- CASTELL-FLORES**, Pastor. (2017). La administración en salud, componente de desarrollo de la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(1), pp. 1-2
- CASTRO** Gómez, Santiago. (2000). La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: perspectivas latinoamericanas.

- CASTRO**, Roberto. (2011). Sociología de la salud en México/Medical Sociology in Mexico. *Política y Sociedad*, 48(2), pp. 295-313.
- CÉSAIRE**, Aimé. (2023). Discourse on colonialism. En *Postcolonialism*. Routledge, pp. 310-339.
- COLMENARES** Lizárraga, Katya. (2022). De la sociedad moderna a la comunidad de vida: agenda para una filosofía decolonial transmoderna y posoccidental. *Tabula Rasa*, (42), pp. 133-152.
- COX**, Oliver. (1945). Prejuicio racial e intolerancia: una distinción. *Fuerzas Sociales*, 24, pp. 216-219.
- CROSBY**, Alfred W. (1988). Imperialismo ecológico. La expansión biológica de Europa, 900-1900, Barcelona, Crítica/Historia y Teoría, 1988.
- CUETO**, Marcos. (2004). The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care, *American Journal of Public Health* 94, núm. 11 (noviembre 1), pp. 1864-1874.
- CURIEL**, Ochy. (2007). Los aportes de las afrodescendientes a la teoría y la práctica feminista. *Perfiles del feminismo iberoamericano*, 2007, vol. 3, pp. 1-33.
- DELGADO** Díaz, Carlos Jesús. (2023). Revoluciones tecnológicas, cambio social e imperialismo. *Economía y Desarrollo*, 2023, vol. 167(2).
- _____, Sotolongo Codina, Pedro Luis. (2006). La revolución contemporánea del saber y la complejidad social: hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO.
- DESLANDES**, Suely Ferreira; Iriart, Jorge Alberto Bernstein. (2012). Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2012, vol. 28, pp. 2380-2386.
- DESROSIERS**, Georges. (1996). Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique. *Ruptures* 3(1): pp. 18-28.
- DONNAGELO**, Maria Cecília. (1983). Pesquisa na Área de Saúde Coletiva no Brasil: A Década de 70. *Ensino da Saúde Pública*,

Medicina Preventiva e Social no Brasil. *Rio de Janeiro: Abrasco/PEC/Escola Nacional de Saúde Pública*, 1983.

- DOS Santos**, Theotonio. (2020). Construir soberanía: una interpretación económica de y para América Latina (Theotônio Dos Santos Antología Esencial). Buenos Aires: CLACSO.
- DUSSEL**, Enrique. (2016). *Filosofías del sur: descolonización y transmoderindad*. Akal, 2016.
- _____. (2020). *Siete ensayos de filosofía de la liberación: hacia una fundamentación del giro decolonial*. Trotta, 2020.
- ECHEVERRÍA**, Bolívar. (2014). *Modernidad y blanquitud*. Era.
- ENGELS**, Federico. (2020). *La situación de la clase obrera en Inglaterra (Vol. 113)*. Akal.
- ESCOBAR**, Arturo. (2014). *Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín, UNAULA.
- ESPINOSA** Miñoso, Yuderkys. (2018). Una crítica decolonial a la epistemología feminista crítica. *El cotidiano*, 2014, núm. 184, pp. 7-12.
- ESTERMANN**, Josef. (2014). Colonialidad, descolonización e interculturalidad. Apuntes desde la filosofía intercultural. *Polis. Revista Latinoamericana*, (38).
- ESTEVA**, Gustavo. (1992). "Development". Wolfgang Sachs (ed.). *Development Dictionary. A Guide to Knowledge as Power*. Nueva York: Zed Books. pp. 1-23.
- FALS** Borda, Orlando. (1990). La investigación-acción participativa en América Latina. *Análisis Político*, núm. 9, pp. 120-120.
- FANON**, Frantz. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: Edefba.
- _____. (2022). *A dying colonialism*. Grove/Atlantic, Inc.
- FARAH**, Ivonne; Vasapollo, Luciano. (2011). *Vivir bien: ¿Paradigma no capitalista?* Cides-Umsa.

- FEO** Istúriz, Oscar. (2003). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 887-896.
- _____, Feo Acevedo, Carlos, Jiménez, Patricia. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 38, pp. 602-614.
- _____, Rodrigues, Ana María, Gómez Arias, Roberto. (2022). Epidemiología Crítica latinoamericana. En Apuntes de Salud Pública y Epidemiología. Universidad de Antioquia In press.
- FERNÁNDEZ**, Roberto. (2012). Proyecto Americano: apuntes para definir modos de proyecto en su contexto geocultural. In *Anales del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas. Mario J. Buschiazzo* (vol. 42, núm. 1, pp. 23-38). Universidad de Buenos Aires.
- FLEURY**, Sonia. (1988). "O dilema da Reforma Sanitária Brasileira". In: Berlinguer, G.; Fleury, S.; Campos, G.W.de S. Reforma Sanitária, Itália e Brasil. HUCITEC-CEBES, São Paulo: pp. 195-207
- FLEXNER**, Alexander. (1910). Carnegie Foundation Bulletin Number Four. *New York: Carnegie Foundation*.
- FRANCO**, Túlio Batista; Merhy, Emerson Elias. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud colectiva*, 2009, vol. 5, núm. 2, pp. 181-194.
- FREIRE**, Paulo. (1985): Pedagogía del oprimido. Montevideo, Tierra Nueva. México, Siglo XXI.
- _____. (2014). *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. México, Siglo XXI.
- GADELHA**, Carlos Augusto Grabois y Temporão, José Gomes. (2018). Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, pp. 1891-1902.
- GALEANO**, Diego, Trotta, Lucia y Spinelli, Hugo. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud colectiva*, 7, 285-315.



- GIFFIN**, Karen. (1995). Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. *Saúde Debate*, 1995, pp. 29-33.
- GIOVANELLA**, Lígia. (2012). et al. (ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- GONZALEZ**, Lélia. (1988). Por um feminismo afro-latino-americano. *Revista Isis Internacional*, Santiago, vol. 9, pp. 133-141.
- GONZÁLEZ** Casanova, Pablo. (2004). Las nuevas ciencias y las humanidades: de la academia a la política. *Las nuevas ciencias y las humanidades*, 2004, pp. 1-478.
- _____. (2020). *Explotación, colonialismo y lucha por la democracia en América Latina*. Akal.
- GOODMAN**, John. (2003). Pharmaceutical Industry. En: Cooter R, Pickstone J, editores. *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. Abingdon: Routledge; 2003. pp. 141-154.
- GRANDA**, Edmundo. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30 (2)
- GROSFUGUEL**, Ramón. (2006). La descolonización de la economía política y los estudios postcoloniales: transmodernidad, pensamiento fronterizo y colonialidad global. *Tabula rasa*, (4), pp. 17-48.
- GUAMÁN** Poma de Ayala, Felipe. (1987). *Primer Nueva Coronica y Buen Gobierno*.
- HALL**, Stuart. (2008). ¿Cuándo fue lo postcolonial? Pensar al límite. *Estudios postcoloniales Ensayos fundamentales*, 121-144.
- _____. (2016). O Ocidente e o resto: discurso e poder. *Projeto História: Programa de Estudos Pós-Graduados de História*, 56.
- HARNECKER**, Marta. (2007). *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. Siglo XXI.
- HARVEY** David. (2003). *The new imperialism*. Oxford University press; 2003. e Antioquia. Colombia.

- HERNÁNDEZ**, Mario. (2020). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em debate*, 43, pp. 29-43.
- _____. y Quevedo, Emilio. (1992). Historia, ciencias sociales y educación médica. *Educación Médica*, vol. 26, núm. 1, pp. 35-50.
- HOLZMANN**, Robert, y Jorgensen, Steen. (2000). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual. *Documento de análisis*, Banco Mundial.
- IANNI**, Aurea Maria Zöllner, et al. (2014). As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014, vol. 30, pp. 2298-2308.
- IRIART**, Celia et. al. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 12(2), 2002. Washington, D.C., United States of America.
- INSTITUTE** of Medicine (Estados Unidos de América) (1988), Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services. The future of public health. Washington, D.C.: National Academies Press.
- IÑIGUEZ** Rojas, Luisa. (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), pp. 701-711.
- IÑIGUEZ** Rojas, Luisa. (2018). Territorios y políticas: ¿Qué permanece y qué muda en Cuba? En: políticas públicas e territórios. Onze estudos Latino-americanos. Org. Fania Fridman, Luciana Alem Gennari e Sandra Lencioni. CLACSO Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. pp. 167-194.
- JAGUARIBE**, Helio. (1979). Autonomía periférica y hegemonía céntrica. *Estudios Internacionales*, 12(46), p. 91-130.
- _____. (1988). La Relación NorteSur. *Estudios Internacionales*, 21(84): 425-438.
- KELMAN**, Sander. (1971). Toward the Political Economy of Medical Care. *Inquiry*. 1971; 8(3): pp. 30-38.



- KNAUL** FM, et al. (2006) Evidence is good for your health system: Policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet*, 368 (9549): 1828-1841.
- KUSCH**, Rodolfo. (1976). *Geocultura del hombre americano*. Buenos Aires, Ed. García Cambeiro, 158 p. (Colección Estudios. Latinoamericanos, 18)
- L'ABBATE**, Solange. (2003). A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, pp. 265-274.
- LALONDE**, Marc. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.
- LANDER**, Edgardo. (2001). Pensamiento crítico latinoamericano: la impugnación del eurocentrismo. *Revista de sociología*, 2001, núm. 15, pp. 13-25.
- LANDER**, Edgardo (2006). Marxismo, eurocentrismo y colonialismo. En: Borón, Atilio; Amadeo, Javier; González, Sabrina (comp.) *La teoría marxista hoy. Problemas y perspectivas*. Buenos Aires: CLACSO.
- LAURELL**, Asa Cristina. (1974). Sociología médica: una bibliografía comentada. *Revista Mexicana de Ciencia Política*, pp. 105-111.
- _____. (1979) Investigación en Sociología Médica 4ª. parte. Salud Problema 4, Primera época, enero 1979. Págs. 22-26.
- _____ y Herrera, J. (2010) La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, Lanús, vol. 6, núm. 2, pp. 137-148.
- _____. (2012). Sistemas universales de salud: Retos y desafíos. *Quito: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Unión de Naciones Suramericanas*.
- _____. (2014). Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em debate*, 2014, vol. 38, pp. 853-871.

- _____. (2016). Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina (Ideología, discurso y realidades). *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(3).
- _____, Franco, Saul, Nunes, E. & Breilh, Jaime. (1991). Debates en Medicina Social, Quito, Organización Panamericana de la Salud/ALAMES.
- LEAVELL**, Hugh Rodman & Clark, E. Gurney. (1953). Textbook of preventive medicine. *Textbook of Preventive Medicine*.
- LEÓN HERNÁNDEZ**, Efraín. (2016). Geografía crítica: espacio, teoría social y geopolítica. Primera edición. Ciudad de México: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México: Itaca.
- LEVINS**, Richard. (1998). Looking at the Whole: Toward a Social Ecology of Health. Kansas: Estados Unidos.
- LIMA** Barreto, Mauricio (1998). Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1998, vol. 1, pp. 123-125.
- _____. (2017) Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2097-2108, 2017. Brasil.
- LINARDELLI**, María Florencia. (2018). La salud de las mujeres y sus trabajos: Convergencias entre la medicina social latinoamericana y la teoría feminista.
- LITSIOS**, S. (2002), "The long and difficult road to Alma Ata: A personal reflection" en *International Journal of Public Health*, núm. 32, Baltimore.
- LOBATO**, Lenaura de Vasconcelos Costa; Giovanella, Lígia. (2012). Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*, 2012, vol. 2, pp. 89-120.
- LONDOÑO**, José Luis, & Frenk, Julio. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* (núm. 353). Working Paper, IDB.
- LOPES**, Winnie Samanú. (2022). Epistemologias do Sul e Saúde Coletiva: diálogos sobre Saúde da População Negra no cenário



brasileiro. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 2022, vol. 43, núm. 2, pp. 257-268.

LUGONES, María. (2008). Colonialidade e gênero. *Tabula rasa*, 2008, núm. 9, pp. 73-102.

_____. (2010). Toward a decolonial feminism. *Hypatia*, 2010, vol. 25, núm. 4, pp. 742-759.

MAKINEN, Marty et al. (2000). Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78(1): pp. 55-65.

MALDONADO-TORRES, Nelson. (2008). La descolonización y el giro des-colonial. *Tabula rasa*, (9), pp. 61-72.

MAMANI, Fernando Huanacuni. (2010). Buen vivir/vivir bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. CAOI.

MARMOT Michael, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008; 372(9650): pp. 1661-1669.

MÁRQUEZ, Miguel. (2011). Formación del espíritu científico en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37, pp. 585-601.

MARTINS, Paulo Henrique. (2016). Epistemologias do Sul e seus Impactos sobre as ações e as Políticas em Saúde no Brasil. *Revista Ensaios e & Diálogos em Saúde Coletiva*, 2016, núm. 3.

MARX, Karl y Engels, Friedrich. (2018). *Manifiesto comunista*. Temis.

MATAMALA, María Isabel. (2006). Respuestas efectivas en violencia de género. Observatorio de equidad de género en salud OPS/OMS.

MATURANA, Humberto y Varela, F. (1994). El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento humano. Santiago: Editorial Universitaria.

MATUS, Carlos. (1987). *Política, planificación y gobierno* (vol. 2). Caracas: Fundación Altadir.

- _____. (2007). Escuela de gobierno. *Salud colectiva*, 3(2), pp. 203-212.
- MEDEIROS**, Hanna Priscilla da Silva, et al. (2023). Interrelações das Epistemologias do Sul e o cuidado transcultural nas práticas em saúde e Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 2023, vol. 27, pp. e20220443.
- MENÉNDEZ**, Eduardo. (1990). Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Cuadernos de la Casa Chata. México.
- _____. (1992). Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Publicación Científica OPS No. 540. Washington DC: OPS; pp. 103-122.
- _____. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1, 9-32.
- MERHY**, Emerson; Camargo Macruz Feuerwerker, Laura; Burg Cecim, Ricardo. (2006) Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, vol. 2, núm. 2, p. 147-160.
- _____, Franco Túlio Batista. (2006). Reestruturação produtiva em saúde. En: Dicionário da educação profissional em saúde. Río de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio, Fiocruz; p. 225-230.
- MIGNOLO**, Walter. (1998). Postoccidentalismo: el argumento desde América Latina. *Cuadernos americanos*, 1998, vol. 67, núm. 1, pp. 143-165.
- _____. (2005). " Un paradigma otro": colonialidad global, pensamiento fronterizo y cosmopolitanismo crítico. *Dispositivo*, 2005, vol. 25, núm. 52, p. 127-146.
- _____ y Walsh, Catherine. (2002). Las geopolíticas de conocimiento y colonialidad del poder. *Interdisciplinar las ciencias sociales: Geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. Perspectivas desde lo andino*, 17-42.



- MINAYO**, Maria Cecília. (1998). Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1998, vol. 3, p. 4-4.
- _____. (2013). A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas ea saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, 22(1), pp. 21-31.
- _____. (2021). Determinación social, ¡no! ¿Por qué? *Cadernos de Saúde Pública*, 37.
- MORALES-BORRERO**, Carolina, Borde, Elis, Eslava-Castañeda, Juan Carlos, & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15(6), pp. 810-813.
- MUÑOZ** Ochoa, Karina. (2019). *Miradas en torno al problema colonial: pensamiento anticolonial y feminismos descoloniales en los sures globales*. Akal.
- NASCIMENTO**, Marilene Cabral do, et al. (2013). A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, vol. 18, pp. 3595-3604.
- NICOLIS**, Gregory, Prigogine, Ilya. ([1989] - 1994). Exploring complexity: An introduction. Nueva York: W. H. Freeman. Traducido al castellano como *La estructura de lo complejo; en el camino hacia una nueva comprensión de las ciencias* (1994), Alianza.
- NORIEGA**, Mariano (1989). "El trabajo, sus riesgos y la salud". En defensa de la salud en el trabajo, p. 5-12. México: SITUAM
- NUNES**, Everardo Duarte. (1991). Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. *Debates en Medicina Social*. Quito: Organización Panamericana de la Salud/Asociación Latinoamericana de Medicina Social.
- _____. (1996). Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1996, vol. 1, núm. 1, p. 55-69.
- _____ y Louvison, Marília. (2020). Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. *Saúde e sociedade*, 2020, vol. 29, p. e200563.

- OPS** (Organización Panamericana de Salud). (1974). Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina [Internet]. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos núm. 2).
- _____. (1992). Educación médica y salud. Ciencias Sociales y Formación Recursos humanos. vol. 26, núm. 1 documento trabajo, Washington, enero/marzo 1992.
- PAIM**, Jairnilson Silva. (2006). *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. EdUFBA.
- _____. (2009). Medicina comunitaria: Introducción a un análisis crítico. *Salud colectiva*, 5(1), pp. 121-126.
- PAREDES**, Julieta. (2015). Despatriarcalización. Una respuesta categórica del feminismo comunitario (descolonizando la vida). *Bolivian Studies Journal*, 2015, pp. 100-115.
- PARSONS**, Talcott. (1966). El sistema social. Editorial Revista de Occidente. Madrid.
- PEREYRA**, Horacio; Ferrazini, Lisandro; Keppl, Gabriel; Verzeñassi, Damián et al. (2023). Extractivismos y las implicancias en la Salud, Ambiente y Territorios de Latinoamérica y el Caribe. En X Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Marzo.
- POLANYI**, Karl. (1989). The Great Transformation. Ediciones de La Piqueta. Ediciones Endymion C/ Cruz Verde, 22 28004, Madrid.
- PORTO**, Marcelo F.; Rocha, Diogo F.; Farsanello, Marina T. (2021). Saúde, Ecologias e Emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise(s). São Paulo: Hucitec.
- _____. (2017). Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, pp. 3149-3159.
- PRIGOGINE**, Illya. (1997). La fin des certitudes, Edition Odile Jacob, París, 1996. (Edición en español: El fin de las certidumbres, Taurus, Madrid, 1997)



- _____ et al. (1996). *El fin de las certidumbres*. Andrés Bello, 1996.
- PUIG, JC.** (1984). *América Latina: Políticas Exteriores Comparadas*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- _____. (1986). Integración y autonomía en América Latina en las postrimerías siglo XX. *Integración Latinoamericana*, 11(109): 40-62.
- QUIJANO, Aníbal.** (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América latina. In: Lander E, editor. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2000. pp. 241-6.
- RAFFESTIN, C.** (1993). *Por uma geografia do poder*. Ed. Hucitec. São Paulo. 1993 1ra. edición 1980 Remedios de Escalada: de la UNLa (Universidad Nacional de Lanús).
- REZAPOUR, Aziz, Azar, F. E., Aghdash, S. A., Tanoomand, A., Shokouh, S. M. H., Yousefzadeh, N., & Asiabar, A. S.** (2015). Measuring equity in household's health care payments (Tehran-Iran 2013): technical points for health policy decision makers. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 29, p. 246.
- ROJAS Ochoa, Francisco.** (2009). *Salud pública. Medicina Social*.
- SAMAJA, Juan.** (2002). *Reproducción social y salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- _____. (2003). "Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología Miltoniana)". *Brazilian Journal of Epidemiology*. vol. 6, núm. 2, junio.
- _____. (2004). *Epistemología de la salud: reproducción social. Subjetividad y transdisciplina*.
- SANTOS, Boaventura de Sousa.** (2011). Epistemologías del sur. *Utopía y praxis latinoamericana*, 16(54), pp. 17-39.
- _____. (2010). *Para descolonizar Occidente: más allá del pensamiento abismal*. CLACSO, Prometeo Libros.
- SANTOS, Milton.** (1985). *Espaço & Método*. São Paulo. Nobel.

- _____. (1990). *Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica*. 3. ed. São Paulo: Hucitec.
- _____. (1996). *A natureza do Espaço . Técnica e Tempo. Razão e Emoção* Editora Hucitc, São Paulo.
- _____. (2000). *La naturaleza del espacio: Técnica y tiempo. Razón y emoción*. Editorial Ariel, Barcelona.
- _____. (2022). *Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica (vol. 2)*. Edusp.
- SANTOS** Madrigal, Odeth. (2024). *Hacia los feminismos descoloniales, negros y comunitarios para descolonizar los estudios de género y salud*. En Colección N95 “Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano”, CLACSO.
- SEGATO**, Rita Laura. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status en la etiología de la violencia*. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Antropología.
- SEGRERA**, Francisco López. (2000). *Abrir, impensar, y redimensionar las ciencias sociales en América Latina y el Caribe. A colonialidad del saber: urocentrismo y ciencias sociales*.
- SERAPIONI**, Mauro y Tesser, Charles Dalcanale. (2020). “O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável.” *Saúde em Debate* 43 (2020): pp. 44-57.
- SIGERIST**, Henry. (2006). *Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social*. *Salud Colectiva*. 2006;2(3): pp. 269-279.
- SOLÍZ** Torres, María Fernanda. (2016). *Salud colectiva y ecología política: La basura en Ecuador*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; La Tierra, 2016.
- SOTO**, Edgar Carlos Jarillo, Cosme, José Arturo Granados, Arellano, Oliva López, Márquez, José Alberto Rivera, Andrade, María de los Ángeles Garduño, Henrion, Carolina Tetelboin, y Moreno, Sergio López. (2017). *Origen, rumbo y desafíos actuales de la Maestría en Medicina Social de México*. *Salud Problema*, (20), pp. 84-99.



- SOUSA** Campos, Gastão Wagner de. (2021). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. 1a ed; Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- STARR** P. (1991). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica.
- TAJER**, Débora, et al. (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*, 2007, vol. 14.
- TERRIS**, Milton. (1992). Tendencias actuales en la Salud Pública de las Américas. *la Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate*, *Pub. Cient.*, núm. 540.
- TESTA**, Mario. (1989). Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud. *Representación OPS/OMS Argentina; (11)*, 1989.
- TORRES** Goitia, Javier. (2008). Desarrollo y Salud: Historia de la medicina social y de la atención primaria de salud. In *Desarrollo y salud: historia de la medicina social y de la atención primaria de salud* (pp. 378-378).
- TORRES** Tovar, Mauricio. (2007). ALAMES: Expresión organizativa de la medicina social en América Latina. *Medicina Social/Social Medicine*, 2(3), pp. 139-144. 016).
- TORRES**, Esteban, et al. (2020). *Hacia la renovación de la teoría social latinoamericana*. Editorial Librería Latinoamericana CLACSO, Buenos Aires.
- TORRES**, Solís, Mauricio, y Ramírez-Valverde, Benito. (2019). Buen vivir y vivir bien: alternativas al desarrollo en Latinoamérica. *Latinoamérica. Revista de estudios Latinoamericanos*, (69), pp. 71-97.
- TURCI**, Silvana Rubano Barretto; Guilam, Maria Cristina Rodrigues; Camara, Maria Clara Coelho. (2010). Epidemiologia e Saúde Coletiva: tendências da produção epidemiológica brasileira quanto ao volume, indexação e áreas de investigação-2001 a 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010, vol. 15, pp. 1967-1976.

- UGALDE**, Antonio; Homedes, Núria. (2007). América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud colectiva*, vol. 3(1), pp. 33-48.
- VÉLEZ** Cardona, Waldemiro. (2019). Decolonizar las Ciencias Sociales para el desarrollo de unos Estudios Generales Latinoamericanos y Caribeños. *Revista Umbral*, vol. 1,(15), pp. 84-115.
- VIANA**, Ana Luiza D.Ávila; Elias, Paulo Eduardo. (2007). Saúde e desenvolvimento. *Ciência & saúde coletiva*, 2007, vol. 12, pp. 1765-1777.
- VIEIRA-DA-SILVA**, Ligia Maria. (2018). *O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- _____. Paim, Jairnilson, & Schraiber, Lilia Blima. (2014). O que é Saúde Coletiva. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 3-12.
- VILLELA**, Wilza Vieira, Monteiro, Simone Souza, y Barbosa, Regina Maria. (2020). A contribuição da Revista Ciência & Saúde Coletiva para os estudos sobre e gênero e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 25: pp. 4803-4812.
- VIVEROS** Vigoya, Mara. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, pp. 1-17.
- WAITZKIN**, Howard. (1981). Los orígenes sociales de la enfermedad: una historia olvidada. *Servicio de Salud Int J*. 1981; 11: pp. 77-103.
- _____. et al. (2001). Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American journal of public health* 91.10: pp. 1592-1601.
- _____. (2006). One and a half centuries of forgetting and rediscovering: Virchow's lasting contributions to social medicine. *Social Medicine*, 1 (1), pp. 5-10.
- WALLERSTEIN**, Immanuel. (2012). Geopolitics and geoculture. Ed KAIROS.



- WALSH**, Catherine. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de re-fundar el Estado. *Tabula rasa*, núm. 9, pp. 131-152.
- WEBER**, Max. (1974). *Wirtschaft und Gesellschaft* Berlin: Köln.
- WHITEHEAD**, Margaret. (1990). The Concepts and Principles of Equity and Health. EUR/ ICP/RPD 414.7734r. Copenhagen: World Health Organization.
- YU**, Chai Ping, Whynes, David. K., & Sach, Tracey H. (2008). Equity in health care financing: The case of Malaysia. *International journal for equity in health*, 7(1), pp. 1-14.

Descolonización de los estudios de género y salud: feminismos descoloniales, negros y comunitarios hacia una salud desde el Sur

ODETH SANTOS MADRIGAL

El objetivo de este trabajo es realizar una breve revisión sobre los fundamentos epistémicos eurocéntricos 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 descoloniales (Lugones, 2011) al pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur en el siglo XXI (Basile, 2022).

La propuesta de análisis en este capítulo 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 medicina social, la medicina preventivista, la salud pública funcionalista y las geopolíticas de la doctrina panamericana sanitaria con la contemporánea salud global liberal, y que reprodujeron un conjunto de conceptos, tesis, mandatos, consignas y agendas globales sobre la *salud de las mujeres* desde el pensamiento científico moderno en salud y sus dinámicas de colonialidad del poder, saber y conocer (Quijano, 2000).



Nos proponemos entonces revisar cómo hemos aprendido las determinaciones de los procesos de salud con 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 condicionantes, adversidades y deshumanización que impactan en lo social de los modos de vivir, trabajar, enfermar y morir de las naciones indígenas originarias, de los pueblos y poblaciones negras, de las diversidades sexuales –en general, 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, además cambios significativos en las teorías, las políticas y prácticas sanitarias en América Latina y el Caribe, entender que las soluciones a nuestros procesos de vida y cuidado integral de la salud y la vida no provienen sólo de los sistemas de conocimientos del campo técnico-sanitario moderno colonial, mucho, menos si insistimos en reproducir epistemologías y prácticas que naturalizan las matrices de opresión desde los feminismos eurocentrados dominantes sobre nuestra salud y vida colectiva e individual.

Así tenemos la importante tarea de replantear una epistemología de la salud desde el Sur (Basile, Iñiguez, 2023), que hace necesaria la descolonización epistémica, teórico-conceptual, técnico-práctica y metodológica de los estudios de género en salud para problematizar de manera dinámica y compleja una filosofía de saberes y conocimientos desde los feminismos decoloniales, negros, comunitarios para pensar 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 clínico?, ¿cómo la generalización de una categoría *género* 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 científico, la colonialidad y el eurocentrismo en la salud?

Para discutir, comprender o problematizar estos interrogantes en el campo de la salud, epidemiología, políticas y sistemas de salud, programas y estrategias promocionales-preventivas, gestión y gobierno en salud pública, entre otros espacios y campos técnico-político sanitarios, primero es menester 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

Partimos de una premisa de trabajo: 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 descoloniales y la crítica a la razón feminista eurocentrada (Espinosa 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 estos Norte o Centro globales, en su constitución como sistemas mundo contemporáneos, provienen 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 al capitalismo financiero. Esta corriente feminista eurocentrada universalizó e instituyó una forma de comprender la opresión entre sexos en una división: mujeres y hombres.

La declaración de los nacientes derechos del hombre y del 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 puede ubicarse temporal y espacialmente a partir de la Declaración de los Derechos de las Mujeres, elaborada y presentada por Olympe de Gouges en 1791, en la que sin reparos cuestionaba: “hombre, ¿eres capaz de ser justo?”.

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 (Stolke, 2004). Pero el término sólo cobró evidencia con la publicación de *Sex and gender: The development of masculinity and femininity* (Stoller, 1968), libro que inauguró el debate en torno al concepto, posteriormente incorporado al campo feminista del Norte (Stolke, 2004; Fraisse, 2003). 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 (1962). Para las defensoras de esta posición, la célebre frase de Beauvoir (1962, p. 9) “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 (Rubin, 1975; Oakley, 1972).

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 determi-



nismo biológico implícito en los términos *sexo* o *diferencia sexual*. En la década siguiente, el término ganó centralidad en el debate feminista, 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 implicaba una determinada opción teórica pero a su vez geopolítica (Louro, 1996; Barbieri, 1993; Scott, 1986).

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 dominante. 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 prima la parte masculina de la sociedad e institucionaliza la influencia del padre de familia. La perspectiva conceptual de género surge de las propuestas de diversas corrientes del feminismo eurocéntrico 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.

Centralmente esta perspectiva de la categoría género produjo una historia de las mujeres de Occidente (Duby y Perrot, 1994) sesgada en sus luchas y conquistas, ubicadas en estas sociedades y contextos, que se fueron universalizando como perspectiva global. Múltiples autoras y corrientes latinoamericanas caribeñas de feminismos eurocentrados asumieron la categoría como universal y estructuraron formas de pensar, investigar, hacer crítica o discutir el género, el sexo, la diferencia sexual en el Sur desde esta concepción (Lamas, 2000).

En este sentido, las aportaciones de la nigeriana Oyéronké Oyewùmi (2017) son claves para nuestro análisis, ya que ella 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 1852 en la Convención de los derechos de la mujer de Ohio en los Estados Unidos fue que Sojourner Truth, mujer negra de 80 años, quien fue esclava durante cuarenta y libre otros cuarenta, vestida muy parecido a como lo hacía en la plantación y llevando un pañuelo en la cabeza a la manera de las maums (mujer es ancianas) de todo el Sur, se subió a una tarima y pronunció el emblemático discurso *Ain't I a Woman* (¿No soy yo una mujer?). Con este discurso Sojourner Truth puso en evidencia que la experiencia de ser mujer no es universal. Así en el año 1977 el colectivo Combahee River Collective escribió un manifiesto feminista negro, en el cual visibilizó la articulación de distintos sistemas de opresión, afirmando que: “estamos comprometidas a luchar contra la opresión racial, sexual, heterosexual, y clasista, y que nuestra tarea específica es el desarrollo de un análisis y una práctica integrados basados en el hecho de que los sistemas mayores de la opresión se eslabonan. La síntesis de estas opresiones crea las condiciones de nuestras vidas. Como negras vemos el feminismo negro como el lógico movimiento político para combatir las opresiones simultáneas y múltiples a las que se enfrentan todas las mujeres de color...” (Pineda, 2020).

En síntesis, este marco de comprensión autopercebido *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 Yuderkys Espinosa (2022), las ideas de feminidad y masculinidad asociadas a la categoría de género no corresponden a la experiencia y situación de las mujeres y varones racializados, 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, plantea que existe un sistema de género moderno y colonial con la imposición de un sistema de género constitutivo de la colonialidad del poder, como la propia colonialidad (que significa órdenes jerárquicos que trae la colonización y se mantienen vigentes) que fue constitutiva de este sistema de género. Este sistema constituye el significado mismo de hombre y mujer en el sentido moderno y 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 productivas y reproductivas 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 y humanidad racializado y engenerizado, de manera simultánea, implica la inferiorización de las mujeres colonizadas, racializadas, deshumanizadas e inferiorizadas bajo otro sistema de opresiones diferente al establecido por Occidente de *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 por medio de la dominación colonial.

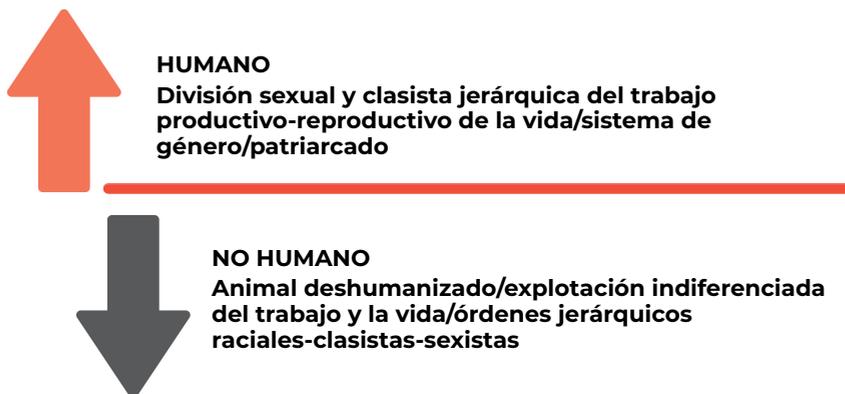
Se considera la humanidad y las relaciones humanas a través de una ficción, en términos biológicos.

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 el género como el patriarcado sólo 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 (Espinoza, 2022). 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.

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. Asimismo, la categoría universal de *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 4
Sistema sexo-género al sistema moderno colonial de género



Fuente: Lugones, 2010a.

El pensamiento desarrollado por las feministas descoloniales y antirracistas es radicalizar la crítica a esta pretensión del universalismo de esta producción de una teoría feminista. Como la teoría clásica feminista y la categoría género no sirve para interpretar la realidad y la opresión de las mujeres racializadas, porque esta 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 *mujer*² de los sistemas de conocimientos emanados de estos feminismos blancos no comprende, folcloriza o inferioriza a las mujeres negras, indígenas, campesinas, migrantes, lesbianas y sexodiversas; 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, 2010b). De esta manera, se fragmentaron en categorías homogéneas, que crearon 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. 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 (Quijano, 2009). La trayectoria del concepto de interseccionalidad es muy distinta; autoras como Martha Zapata Galindo (2011) plantean que, a diferencia de lo que sucede en Europa y en Estados Unidos, en Latinoamérica y el Caribe la interseccionalidad

² 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 (Espinosa Miñoso 2022, p. 82).



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 (Espinosa Miñoso, 2022) sea fundamental para los movimientos feministas negros, descoloniales, comunitarios que surgieron en el Caribe, Latinoamérica, África, Asia o Estados Unidos. Incluso la división pública/privado y división sexual del trabajo no responden históricamente a la comprensión integral de las violencias de las mujeres no blancas y las explotaciones.

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, incluso de las corrientes de medicina social europea y latinoamericana, entre otras. 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.

Esta reproducción de engranajes del sistema moderno colonial de género (Lugones, 2010) en el campo de la salud cuenta actualmente con sus hegemonías epistémicas, culturales, económicas 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 la salud, imponiendo criterios que, al reproducirse acríticamente, se naturalizan e interiorizan en el Sur global.

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 colectiva 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.

El peso del uso de la categoría de *género* entendida de forma eurocentrada y anglosajona hace que de manera automática se sostengan estas evidencias convirtiéndose en tesis, mandatos y políticas 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, sigue la posición histórica adoptada en la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1984) sobre que estas desigualdades impactan negativamente en 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 (Villela et al, 2020).



Es decir, nos cuesta mucho deconstruir, problematizar, incluso revisar y asumir como parte de una *colonialidad* sanitaria a la *genderización* que siguió la agenda global y regional de salud pública especialmente para las mujeres de Latinoamérica y el Caribe.

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 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. Innumerables estudios epidemiológicos, reducen la categoría género a distribuciones y frecuencias de morbi-mortalidades por sexo (OPS, 2019).

Estas fueron las llamadas 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 programas 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 (Basile, 2018).

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 (Ruiz-Cantero, et al., 2019).

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” (Ruiz-Cantero, et al., 2019). En esta conceptualización, el determinismo social y biológico es muy evidente.

En la revisión de literatura también ubicamos a los estudios de género y salud reproduciendo toda la epistemología feminista eurocentrada operacionalizada en el campo de la salud de las mujeres: “promover la equidad de género en salud implica contribuir a la acumulación 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).



En revisiones de literatura del uso de la categoría género en la salud colectiva brasileña se ponderan también los estudios enfocados a la salud sexual y reproductiva, las masculinidades y la violencia de género contra las mujeres, considerando al género en una generalidad como este sistema sexo-género divide a los seres humanos en dos categorías: “mujeres y hombres, que se distinguen no sólo por su anatomía-fisiología reproductiva, sino también por sus atributos sociales, conductuales y psicológico”. Aun con la recomendación de tratar de manera interseccional el género, la hegemonía epistémica en salud a evadido tales recomendaciones.

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 de género fue y es muy útil para la reconfiguración de políticas y programas de salud pública focalizados en el marco de las oleadas de reformas neoliberales al sector salud y a los sistemas sanitarios, 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, llamando *perspectiva de género* a contabilizar paquetes, beneficios o acciones mitigatorias según cantidad de mujeres y niñas pobres, niñas, niños y adolescentes incluidos; las cuales se nominalizan y ordenan por el nivel de ingreso, lugar, sexo, edad y otras capas de datos acumulados en los sistemas de beneficiarios únicos de programas sociales y sanita-

rios dentro de una población determinada como una 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 una perspectiva de género bajo estas mismas premisas mitigatorias.

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: “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 sino que tampoco toman en cuenta los modos de vida y el devenir de la comunidad ni cómo atraviesan sus procesos de salud-enfermedad-cuidado históricamente condicionados por matrices de opresión múltiples.

Aunque estos marcos categoriales quizás 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, camuflaje, pero con evidentes flujos de financiamientos internacionales hacia las ONG locales, activistas y redes como también internacionalizadas por el propio sistema de Naciones Unidas en los programas de salud pública, ministerios de salud, servicios y políticas en los sistemas sanitarios, entre otras articulaciones operacionales.

Aquí las mujeres y hombres de comunidades negras e indígenas fueron y aún son sometidos a toda una agenda de *control pobla-*



cional 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 salud sexual y reproductiva aunque continúa siendo planificación familiar con rostro humano para poblaciones empobrecidas. Para contribuir a los planes de desarrollo económico, bajo unos enunciados de consensos, por ejemplo, a través de indicadores económicos propuestos por la CEPAL, 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, Jamaica, 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, comunidades.

Como se conoce y recuerda, en Perú, entre 1996 y 2001, fueron esterilizadas más de 270 mil mujeres y 22 mil hombres, la mayoría provenientes de comunidades indígenas quechuas y de familias campesinas, según cifras del propio Ministerio de Salud. Este programa de control de la natalidad, conocido como Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, fue implementado como medida para combatir la pobreza, y lejos de ser voluntario muchas de estas mujeres y hombres fueron casos de esterilización forzada. En el sur de México, entre 1994 y 2001, esta práctica de esterilización se realizó también en hombres y mujeres indígenas, como lo denuncia el Centro de Derechos Humanos de La Montaña Tlachinollan, con sede en Guerrero.

Necochea López (2010) 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 para el 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, 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 coloniales 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 internacionales de cooperación. Es decir, tecnocracias feministas eurocentradas que gobiernan estos programas, financiamientos y acciones que de alguna manera genera incentivos y dependencias sobre las organizaciones y comunidades del Sur.

Este sistema internacional de cooperación también en salud reproduce una geopolítica Norte-Sur a través de sus agencias cooperantes centrales (por ejemplo: USAID, UE, DFID, AFD, JICA, entre otras) y ONG 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 las ONG del Norte global con ONG y redes en Latinoamérica y el Caribe fueron entrando a los ministerios de salud pública, a las instituciones sanitarias, a la academia y la formación político-técnico sanitaria, a los movimientos sociales de mujeres, a las agendas de incidencia en políticas públicas en el Sur.



Esto, por supuesto, 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 la salud quedaron por momentos hegemónicas por las tesis feministas eurocéntricas anglosajonas incluyendo al remanido *empowerment* (empoderamiento), que viene del liderazgo empresarial de empleados que en el campo de la salud se adecuó para impulsar conductas y 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, pues es la forma más común de entender las desigualdades en el campo de la salud en los fenotipos femenino-masculino, pero aún con prácticas clínicas racializadas. Los sistemas de atención médica curativa-asistencial individual (que llamamos sistemas de salud) reproducen en su propio diseño, gestión, cuidado y respuestas experiencias de racialización y opresión que de manera frecuente se viven quizás simplemente como formas de discriminación exacerbadas y reconocidas actualmente como formas de violencia institucional de los servicios de salud (ejemplo: 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, en esta breve crítica a la categoría género operacionalizada en la salud desde los feminismos eurocentrados y anglosajones nos referimos a:

- En la biomedicina y la práctica clínicas: guías clínicas y abordaje de problemas de salud-enfermedad-cuidado a nivel individual; las prácticas patriarcales en el saber biomédico-farmacológico sobre el cuerpo de la mujer, invisibiliza las prácticas de *racialización* sobre las mujeres negras, indígenas, populares y sobre los cuerpos no femenino-masculino; la universalización de guías clínicas del Norte sobre la salud y la vida de mujeres en el Sur.
- En los programas de salud pública funcionalista donde se impulsan actualmente el repetido *empowerment* (empoderamiento) que viene del liderazgo empresarial de empleados que en el campo de la salud: 1) Impulsando conductas/comportamientos sexual-reproductivo a nivel individual (enfocado en estilos de vida occidentales-modernos). 2) La actual resiliencia promovida por las lógicas de cuidado y protección social neoliberal en las mujeres empobrecidas y racializadas en el Sur. (Banco Mundial-BID-CEPAL). 3) Fragmentaron por programas verticales en lo materno-infantil, en la salud sexual-reproductiva, por la patologización de indicadores occidentales la salud de las mujeres del Sur.
- En la epidemiología funcionalista-poblacional (estudios y vigilancia epidemiológica): 1) Los estudios de frecuencia y distribución de enfermedades por sexo-género. Y a eso lo llaman variable o perspectiva de género en la epidemiología. 2) Conteo y diferenciales de asociaciones de riesgo de morbi-mortalidades por sexo, y eso se considera perspectiva de género. 3) Factores de riesgos 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*.
- En el diseño, gestión y arquitectura de sistemas de salud (institucionalizar el género como un servicio o una transversalización): 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



dan respuestas con experiencias de *racialización y opresiones múltiples (racismo estructural en el propio 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 (por ejemplo: violencia gineco-obstétricas, malos tratos, 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 panamericana. 2) Estas “geopolíticas” de políticas y financiamientos ser insertan luego en las prácticas, programas y acciones de los servicios de salud pública en el Sur; 3) La agenda de “Población y Desarrollo” colonial en la salud y epidemiología en el Sur
- En 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 salud. 2) En la propia agenda y prácticas de investigación en 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 DE LOS FEMINISMOS DECOLONIALES, NEGROS, COMUNITARIOS PARA PENSAR Y HACER SALUD DESDE EL SUR

Los feminismos decoloniales logran debatir y 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). Este pensamiento crítico interpela la

categoría de género propuesta por los feminismos blancos anglosajones y eurocéntricos dominantes, que al permear y colonizar el conocimiento y los movimientos feministas fueron perfilando también las prácticas teóricas y las políticas en salud en el Sur global (OMS, 2018), incluso actualmente pretendiendo estudiar la interseccionalidad en los perfiles epidemiológicos mediante categorías lineales como aditivos sumados por nivel socioeconómico (clase), color de piel (raza) y sexo-género, o peor aún, como variables y simplemente como sumatorias de factores de riesgo individuales que se ejemplifican como inequidades de género en salud de las mujeres (OPS, 2022).

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. Las concepciones feministas decoloniales, desde pensadoras y activistas como María Lugones (2010a), Lélia González (1984), las afrocaribeñas Ochy Curiel (2021), Yuderkys Espinosa Miñoso (2016), Julieta Paredes Carvajal (2014; 2018), Mara Viveros (2023), Karina Ochoa Muñoz (2019), 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.

Cuando nos planteamos la idea de hacer una intersección entre los feminismos decoloniales, negros y comunitarios con el pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur iniciando a través de la crítica a la categoría de *género* en salud, 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 sesgando los marcos de comprensión de la salud de las mujeres y en general la salud en los territorios y comunidades latinoamericanas caribeñas y del Sur global (Santos Madrigal, 2024).



De acuerdo con los trabajos de Mara Viveros (2016), Patricia Hill Collins (2000), Mohanty (1991), Curiel (2013), Yuderlys Espinosa (2016), Breny Mendoza (2010), María Lugones (2005), Oyéronké Oyewùmi (2017) y otras compañeras, las opresiones vividas de las mujeres negras, de color, campesinas, 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.

El objetivo 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, folclorizar o frivolar en lo afro o lo indígena, que se repiten actualmente desde los camuflajes de los feminismos anglosajones y eurocéntricos.

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 global (Basile, 2022). Comprendiendo a la salud como un proceso complejo, sociocultural e históricamente determinado, 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, dejando 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 nuevas formas de organizar e institucionalizar estrategias, servicios y acciones sanitarias para monitorear y responder integralmente a las interseccionalidades en la vida y la salud? (Basile e Iñiguez, 2023; Santos Madrigal, 2024).

En términos del contenido y rupturas, el pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur implica construir respuestas para el siglo XXI frente a las simplificaciones, reduccionismos, lógicas únicas de la dominación epistémica del pensamiento científico moderno, positivista y binomial desde sus engranajes de la biomedicina clínica, la salud pública y medicina social eurocéntrica como con sus geopolíticas del panamericanismo sanitario y la salud global liberal (Basile, 2018). Recuperar, reinventar y transformar prácticas teóricas que conceptualmente respondieron a momentos de importación e imitación de las tesis del desarrollo, del estado de bienestar y sus políticas sanitarias dominantes en la región, por lo cual, después de la salvaje cruzada neoliberal que avalló cualquier mirada crítica, en la actualidad latinoamericana caribeña se plantea la deuda de una revisión radical de las nociones de desarrollo, la epistemología del bienestar, la coartada del progreso y sus categorías típicas del pensamiento sanitario moderno eurocentrado para trascender sus limitantes y camuflajes. Y aquí se ubican las revisiones de los estudios de género en salud.

El pensamiento crítico latinoamericano en salud se encargó 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, así como reconocer 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 vivi-



da y normalizada de los propios grupos y colectivos para generar autonomías relativas y espacios de soberanía sanitaria en contextos globales y regionales adversos (Basile y Feo, 2022; Breilh, 2022).

Aquí nos aparece el punto clave de este capítulo: decimos que no hay pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud desde el Sur para el siglo XXI sin feminismos decoloniales, negros y comunitarios en el centro de sus epistemologías, marcos de comprensión, teorías, políticas y prácticas sanitarias (Santos Madrigal, 2024).

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 global (Condim, et al., 2020). También invitamos a mirar con los lentes de las luchas de los feminismos negros, comunitarios, decoloniales, para hacer una revisión profunda de la categoría interseccionalidad en salud, proponiendo el estudio y accionar simultáneo sobre la salud colectiva 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-atención-cuidado alarmantes en poblaciones precarizadas negras y deshumanizadas aún en el siglo XXI (Bomfim, et al., 2021).

Puntualizamos los aportes y o principios de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios al campo de la salud (Santos Madrigal, 2024) 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 salud desde el Sur.

Los feminismos descoloniales (Lugones, 2010a, 2010b, 2011; Curiel, 2017, Espinosa Miñoso, 2022) son movimientos y procesos que buscan abordar las intersecciones de género, raza, colonialismo y colonialidad. Algunos de sus principios incluyen:

1. *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.
2. *Recuperación* de sus 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 y sus intersecciones de los feminismos negros, de color, comunitarios, críticos y latinoamericanos.
3. *Complejización*. Complejizaron sus propuestas, sus análisis, replantearon situacionalmente sus propias opresiones, sus lugares de enunciación y sus propias formas de entenderse dentro del entramado de opresiones. Complejizaron a la salud y los procesos de cuidado y de apropiación y politización del espacio doméstico como generador de la reproducción y la vida.
4. *Reconocimiento*. De la pluralidad y diversidad entendiendo siempre las matrices de opresión, entendiendo la multiplicidad y geopolítica de experiencias de mujeres racializadas desde el sur y la importancia de escuchar y respetar diversas voces y perspectivas.
5. *Restauración*. Con los seres humanos y con nuestros territorios. Entrar a procesos de restauración de los daños provocados por el racismo, clasismo y sexismo.

Los feminismos negros son un movimiento político para combatir a las simultáneas y múltiples opresiones a las que se enfrentan y enfrentaron las mujeres y poblaciones negras en su racialización y deshumanización (Colectiva Río Combahee, 1978). 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 entenderse debe analizarse en relación con otras matrices de dominación para ver como interactúa 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 Latinoamérica, desde hace más de un siglo, en su esclarecimiento de las múltiples opresiones vividas por las propias mujeres de estos colectivos, conocimientos y voces que han sido ignoradas, víctimas de los propios ordenes que generaron las líneas de lo superior e inferior. Denuncias que han evidenciado la necesidad de combatir estas opresiones múltiples, sin priorizar exclusivamente el género. Algunos de sus principios incluyen:

6. *Interseccionalidad*. Reconoce las múltiples formas de opresión que enfrentan las mujeres negras debido a su raza, género y clase; entre otras determinaciones replantea, complejiza y supera la idea de interseccionalidad, a través de la genealogía vivida de ser mujer, negra y precarizada.
7. *Metodologías propias* para enfrentar el despojo, la esclavitud, 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.
8. *La raza y el género*, como categorías inseparables que constituyen la *episteme* moderno 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 inferiorización del colonizado. Lo social del género en el Sur es necesario comprenderlo y ubicarlo subsumido a lo racial y colonial, y no al revés.
9. *Las luchas populares* antirracistas y anticoloniales por la defensa de la vida y el territorio; con ello la capacidad de comunicar en los últimos dos siglos de manera oral y escrita, como lo marca su trayectoria de lucha y resistencia desde diferentes planos, no sólo el académico e intelectual, sino colocando en cuerpo para la transformación de todas las opresiones.
10. Los análisis y aportes de las voces de los feminismos negros a través de la historia de las luchas por el *reconocimiento de humanidad* son los enclaves con los que enmarcamos el pensamiento crítico en salud desde esta perspectiva.

Los feminismos comunitarios (Paredes, 2018; Mendoza, 2010; Cumes, 2014), las mujeres y los feminismos comunitarios son procesos de lucha que proponen la recuperación de la idea de comunidad y comunal dentro de las naciones indígenas originarias para contraponer

al individualismo del proyecto moderno y de los movimientos reivindicativos de corte occidentalista, así como recuperación y respeto a sus propias formas de pensar y hacer, interpelan las formas hegemónicas de ser mujer, reivindican las múltiples maneras en que las mujeres indígenas forman parte del mundo comunal y participan en la toma de decisiones; además de que se ven como sujetos y agentes que desarrollan estrategias para lograr el bien propio y de la comunidad. En los pueblos originarios y del Abya Yala son generadores de las epistemologías del buen vivir. Algunos de sus principios y propuestas incluyen:

1. *Entronque de los patriarcados* como propuesta del estudio para interpelar al patriarcado universal y eurocéntrico. Definiendo un patriarcado original y un patriarcado colonial-moderno.
2. *La defensa del derecho a crear sus propias categorías analíticas* y volver a las fuentes de los sistemas de conocimiento del Abya Yala para leer en clave propia las relaciones en comunidad.
3. *Diferenciación de la mujer occidental y su individualismo, su desarrollo económico femenino y autonomía*, caracterizando las formas múltiples de ser mujeres en comunidad, como agentes políticos, de cuidado de la vida y de toma de decisiones y con sus responsabilidades colectivas.
4. *El protagonismo de las luchas de las mujeres en la defensa de la tierra-territorio* como espacios de vida comunal y espiritual.
5. *La crítica al derecho* como un instrumento 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 y respuestas teóricas, políticas, prácticas y técnico-metodológicas.

Partimos de hecho que las bases del conocimiento científico moderno y los engranajes de la biomedicina, la salud pública, la medicina social eurocéntricas panamericanas eran y son aún profundamente racistas. Racializaron el conocimiento sanitario tanto biomédico como salubrista médico-social. El racismo epistémico y estructural tiene bases en la ciencia moderna occiden-



tal donde el discurso racista biológico es una secularización en el siglo XIX del discurso racista teológico. Al pasar la autoridad del conocimiento científico en Occidente de la teología cristiana a la ciencia a partir de la lustración y la Revolución francesa en el siglo XVIII, se transmutó el discurso racista teológico sepulvedano de “pueblos sin alma” en un discurso biologicista de “pueblos sin genes humanos” (Grosfoguel, 2012).

Como bien lo describe Ramón Grosfoguel (2012), 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) nunca fue y es igual. Es decir, los modos de racialización del nacer, vivir, trabajar, enfermar y morir en la zona del ser nunca fueron iguales a las zonas del no ser. Mientras que en el Norte global hay mecanismos de regulaciones y emancipación dentro de esa zona del ser incluso de los los derechos humanos de poblaciones excluidas pugnando por igualdad y reconocimiento, en el Sur prima aún hoy deshumanización y negación. Negación de la humanidad y de la vida significa en Latinoamérica y el Caribe aún hoy zonas de sacrificio humano y ambiental y de racismo territorial, perfiles epidemiológicos raciales deshumanizados, de un acumulado de precariedades de bienes públicos universales, integrales y de calidad en los sistemas de salud pública, de polarización epidemiológica racializada. Más que una determinación social de la salud, en Latinoamérica y el Caribe tenemos una determinación racial-colonial de la salud y la vida, que justamente determina lo social.

Los feminismos decoloniales, negros y comunitarios complejizan y ubican los sistemas de opresión, lo mismo que el pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur en la actualidad, retomando estudios en principio para teorizar las formas de nacer, vivir y responder a la vida, el trabajo, de enfermar y morir de los territorios y comunidades (algunos lo denominan *modos de vida*), pero además para proporcionar la posibilidad de apropiarnos de nuestros procesos de vida y salud al descolonizar las prácticas que el modelo biomédico hegemónico, de salud pública y el pensamiento médico social europeo universalizó y llevó a procesos de

biomedicalización, mercantilización en salud con dosis de control poblacional y control estatal sobre nosotras, nuestras vidas, nuestros sistemas de conocimiento. Estos feminismos descoloniales, negros y comunitarios traen aportaciones claves al campo de la salud pública y epidemiología crítica desde el Sur:

- Revisión y descolonización de la categoría género en el campo de la salud pública.
- La imbricación de las matrices de opresiones para pensar y hacer epidemiología crítica en el siglo XXI.
- La imbricación de las matrices de opresiones para repensar las determinaciones de la salud: la determinación de lo biológico por lo social, lo social en el Sur fue y es determinado por lo racial-colonial que las tradiciones médico-sociales europeas no visualizaron.
- La propuesta metodológica de los sistemas de conocimientos y saberes con una revisión y reaprendizaje metodológicos.
- Cómo reparar, reconocer y visibilizar los sistemas de conocimientos y saberes en salud ancestrales, territoriales, comunitarios.
- Que no nos alcanza en el siglo XXI en el Sur con los enunciados disciplinares metodológicos de *buenas intenciones* en ciencias médicas-salud o ciencias sociales eurocéntricas: antropología médica, sociología, otras. También sus abordajes metodológicos son coloniales.
- Los significados de ser mujer y con eso *sesga los marcos de comprensión de la salud de las mujeres* y en general la salud en los territorios y comunidades latinoamericanas caribeñas y del Sur global (Santos Madrigal, 2024).

En definitiva, abrir una revisión crítica situada en el Sur de los actuales estudios de género y salud empírico funcionalistas que atraviesan la teorías y políticas sanitarias como la epidemiología de morbilidad y mortalidad por sexo en Latinoamérica y el Caribe, caracterizar y describir en profundidad cómo se ha ido produciendo una agenda global y regional de la *salud de las mujeres* supuestamente monocultural, universal y reproductora de todas las tesis coloniales del Norte global en especial desde los feminismos eurocéntricos, analizar las teorías y políticas que promueve la salud global liberal sobre el género actualmente, la planificación fami-



liar o su continuo moderno de salud sexual y reproductiva anclado en tesis en el Sur, dialogar con las contribuciones de la interseccionalidad crítica de los feminismos negros para estudios epidemiológicos en el siglo XXI, cartografiar y comprender la ecología de saberes de los sistemas de conocimientos de las poblaciones negras y las naciones indígenas-originarias sobre el cuidado intercultural de la salud y la vida en el Sur, comprender las opresiones y las implicancias del racismo en la salud pública de las comunidades/pueblos en el Sur y sus diferencias con la epidemiología anglosajona del color de piel, 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 claves del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur en el siglo XXI.

En resumen, no se trata de 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 de estudios de género y salud contemporáneas, no se trata de interseccionar lógicas sin replantearse las formas de conocer y hacer salud desde el Sur. Quizás como primera aproximación se trata de reconocer que los campos de la salud pública y la epidemiología en Latinoamérica y el Caribe tienen que construir un giro descolonizador de los feminismos eurocéntricos en sus estudios, teorías, políticas y prácticas sanitarias especialmente cuando se trata de nosotras como mujeres desde y en el Sur.

Gráfica 5
Giro descolonizador de los feminismos eurocéntricos



Fuente: Elaboración propia, 2023.

El racismo es un proceso o una matriz de dominación, que constituye un orden jerárquico que dividió, con la invención de la raza, una línea entre lo superior e inferior, entre lo humano y lo no humano. Configurado por elementos estructurales (leyes, políticas institucionales), elementos disciplinarios (que se refieren a jerarquías burocráticas y técnicas de vigilancia), elementos ideológicos hegemónicos y aspectos interpersonales, prácticas discriminatorias usuales en la experiencia cotidiana. El racismo se entramó con otros órdenes y procesos de patriarcalización en el desarrollo de las fases del capitalismo, que determinaron la formas de vivir, trabajar, enfermar y morir de nuestros territorios, dejando en desventaja y viviendo opresiones múltiples a las mujeres racializadas de América Latina y el Caribe, impactando así los procesos de salud-enfermedad-cuidado.



En este proceso de trabajo nos encontramos un conjunto de investigadoras y activistas desde el Grupo Regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO donde 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:

Desde estas intersecciones y vectores de opresiones entonces buscamos construir investigaciones, sistematización y visibilización de experiencias y saberes, revisiones teórico-epistémicas, descripciones/caracterizaciones y reflexiones teóricas/metodológicas en torno a:

1. Aportaciones y rupturas de los feminismos negros, decoloniales y comunitarios en el campo de la salud hacia el pensamiento crítico latinoamericano en salud.
2. Revisión crítica de los estudios de género y salud en Latinoamérica y el Caribe. Usos de la categoría de género en el campo sanitario y de epidemiología, tipologías de estudio y marcos teóricos eurocéntricos presentes.
3. Colonialidad, sistema de cooperación internacional y lógicas de las agendas de salud global liberal y panamericanismo sobre las mujeres en el Sur global.
4. Filosofías de saberes y conocimientos en el cuidado integral de la salud de las mujeres negras e indígenas-originarias.
5. Salud reproductiva e interculturalidad. Matronas, parteras y saberes ancestrales en el cuidado de la vida colectiva y la salud.
6. Monitoreo colectivo de la salud de las mujeres negras e indígenas-originarias. Sistemas de conocimientos, prácticas y la ecología de saberes. Luchas y resistentes ancestrales en salud. Comunidad y salud de las naciones indígenas.
7. Cuidado de la Madre Tierra, territorio y salud. Plantas medicinales, terapéuticas y cuidado de la tierra y la salud.
8. Racismo y salud desde el Sur: racialización de las poblaciones negras, las naciones indígenas-originarias, clases populares y su impacto en la salud de las mujeres racializadas y pueblos racializados.
9. Epidemiología crítica del racismo. Debates del racismo en el Norte global y en el Sur y sus implicancias para la salud pública y la epidemiología.

10. Racismo institucional en las teorías, políticas y sistemas de salud.
11. Racismo ambiental, territorios y salud socioambiental.

A MODO DE CIERRE Y REFLEXIÓN FINAL

Invitamos a este esfuerzo por hacer diálogos e interseccionar nuestros conocimientos, ecología de saberes y prácticas de los feminismos decoloniales y del pensamiento crítico en salud desde el Sur como ejes epistémico-teórico-prácticos, con la implicancia de asumir compromisos ético-políticos por transformar la realidad de nuestros territorios marcados por la colonialidad-modernidad capitalista en el campo de la salud con una vigencia y actualidad abrumadora en la vida, territorios y destrucciones de lo común y colectivo en Latinoamérica y el Caribe.

Este tránsito sirve al proyecto histórico por el cual apostamos en donde no existan órdenes opresivos que produzcan condiciones de vida y salud racializadas e injustas, muertes prematuras y violencias estructuradas y sistemáticas. Es importante situarse y enunciar desde donde estamos, desde donde vivimos y desde los otros mundos con los que convivimos. En voz de las zapatistas mexicanas, cada quien con sus modos y desde sus mundos (Marcos, 2014).

Como menciona Silvia Marcos (2014), lo decolonial ha sido construido y más trabajado por mujeres indígenas, campesinas y negras, con vivencias de opresión sistematizada, múltiples y estructuradas. Por eso es importante sin duda no esloganizar lo decolonial o lo interseccional hoy incluso en enunciaciones superfluas de las feministas eurocéntricas.

Estas reflexiones de mujeres desde el Sur de los feminismos decoloniales, negros, comunitarios activan pistas para pensarse desde los lugares de enunciación y nos señalan caminos, rutas y rumbos en la investigación, el estudio, las prácticas y las políticas en salud desde diferentes comunidades epistémicas, territoriales, de resistencias ancestrales. Los feminismos decoloniales constituyen un campo fértil y en construcción que abren una profunda posibilidad



y potencialidad de producir nuevos marcos de comprensión y de acción sanitaria realmente transformadora de la salud y la vida en el Sur.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANUNCIÇÃO, Diana, Pereira, Lucélia, Silva, Hilton, Nunes, Ana Paula y Soares, Jaqueline. (2022). (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10).

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

BARBIERI, T. (1993). Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *Debates Sociol.*, núm. 18, pp. 2-19.

BASILE, Gonzalo e 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*. *Revista Cubana de Salud Pública*.

_____. Rivera Diaz, Marinilda et al. (2022). *Epidemiología crítica del SARS-COV-2 en América Latina y el Caribe*. Determinación, dependencia, y descoordinación regional. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupos de Trabajo de CLACSO.

_____. (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.

_____. (2020). *SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20952020>

_____. Hernández Antonio et al. (2021). *Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: Descolonizar las teorías y políticas*. 1a. edición impresa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CLACSO.

- _____ y Feo-Istúriz, Oscar. (2022). *Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 40(2), e349879. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349879>
- _____. (2018). *Salud internacional sur sur: hacia un giro decolonial y epistemológico*. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre.
- BANCO** Mundial. (2023). *Entendiendo la pobreza: Género*. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/gender/overview>
- BERRIO**, Lina Rosa (2014). *Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. En: Sánchez Bringas MA. (coord.). Desigualdades en la procreación: La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio y las trayectorias de atención de las mujeres mexicanas en el siglo XXI. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- BORRELL**, Carme. (2015). Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud. *Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve*, 33-37.
- BOMFIM** Leny, Silva, Hilton et al., (2021) (Organizadores) *Saúde-doença-cuidado de pessoas negras: expressões do racismo e da resistência* Salvador: de Bahía. Brasil. Universidade Federal da Bahia. EDUFBA, p. 242.
- BREILH**, Jaime. (2010). *Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. Universidad Andina Simón Bolívar/Corporación Editora Nacional.
- _____. (2022). *La determinación social de la salud y la transformación del derecho y la ética: metodología metacrítica para una ciencia responsable y reparadora*. Revista Redbioética/UNESCO. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética Publicación semestral on-line, año 13, vol. 1, núm. 25.
- _____. (1998). *La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología*. Revista brasileira de epidemiologia, 1, 207-233.



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.

_____. (1989). *Políticas de población en América Latina experiencia de 10 años*. Políticas de población. Plan de acción mundial para la población. (PAMP).

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

BBC, (2023). *Esterilización forzosa en Perú*. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56243650>

CURIEL, Ochy. (2013). La nación heterosexual. Análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación. Bogotá: Brecha Lésbica.

_____. (2017). *Género, raza, sexualidad: debates contemporáneos* 1. Intervenciones en estudios culturales, vol. 3, núm. 4. enero-junio. pp. 41-61.

_____ y Falconi Travez Diego (2021). *Feminismos decoloniales y transformación social*. Ochy Curiel dialoga con Diego Falconí Trávez. Barcelona: Icaria Editorial.

CUMES, Aura. (2014). *La india como sirvienta: Servidumbre doméstica, colonialismo y patriarcado en Guatemala*. *PhD diss., CIESAS, Mexico*, 47-59.

DAHLGREN Göram, Whitehead Margaret. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

DUBY, Georges y Perrot, Michelle. (1994). *Historia de las mujeres en Occidente*. Taurus Minor, Grupo Santillana de Ediciones.

ESPINOSA Miñoso, Yuderkys. (2016). *De por qué es necesario un feminismo descolonial*. Ensayos sobre género y sexualidad, Icaria. Barcelona.

_____. (2022). *De por qué es necesario un feminismo descolonial*. Ensayos sobre género y sexualidad, Icaria. Barcelona.

- FRAISSE**, Geneviève. (2003). La diferencia de sexos, una diferencia histórica. Arenal. Revista de Historia de las Mujeres, 10(1), 41-58.
- 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. Gonzalez, Lélia. (1984). *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 223-244.
- GROSGOUEL**, 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.
- HILL-COLLINS**, Patricia. (2000) Pensamiento feminista negro: el conocimiento, la conciencia y la política de empoderamiento (2ª ed.). Nueva York. Routledge.
- LAMAS**, Marta (comp.). (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. En: Revista Cuicuiló. Escuela Nacional de Antropología e Historia de México, 7 (18), enero-abril, 1-24.
- LAURELL**, Assa Cristina. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina.
- LOURO**, G.L. (1996). Nas redes do conceito de gênero. In: Lopes, M.J.M.; Meyer, D.E.; Waldow, V.R. (orgs.). *Gênero & saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.
- LUGONES**, María. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*. Bogotá, Colombia núm 9: 73-101, julio-diciembre.
- _____. (2005). Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color Revista Internacional de Filosofía Política, núm. 25, pp. 61-76, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa México.
- _____. (2010a). Towards a decolonial feminist, *Hypatia*, 25(4), 742-759.
- _____. (2010b). Colonialidad y género. *H. Cairo & R. Grosfoguel, Descolonizar la modernidad, descolonizar Europa, Madrid: IEPala*.



- _____. (2011). Hacia un feminismo descolonial. *La manzana de la discordia*, 6(2), 105-117.
- MARCOS**, Silvia. (2014). en Millán Mágina (coord.) Más allá del feminismo: caminos para andar, 1ª ed. México, Red de Feminismos Descoloniales, 2014.
- MENDOZA**, Breny. (2010). La epistemología del sur, la colonialidad del género y el feminismo latinoamericano. Aproximaciones críticas a las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano, vol. 1, pp. 19-36.
- _____ y Muñoz Ochoa, Karina. (2021). Presentación: debate sobre la colonialidad y los feminismos descoloniales en los sures globales. *Tabula Rasa*, (38), 11-23.
- MOHANTY**, Chandra. (1991). *Third World Women and the Politics of Feminism*. Indiana University Press, Bloomington.
- _____. (1984/2008). Bajo los ojos de occidente. Academia Feminista y Discurso Coloniales. En Liliana Suárez y Aída Hernández (eds.).
- NECOCHEA** López, Raúl. (2010). Anticonceptivos en el sur, seguridad nacional en el norte. *Salud colectiva*, 6, 103-111.
- OCHOA MUÑOZ**, Karina. (2019). Miradas en torno al problema colonial: pensamiento anticolonial y feminismos descoloniales en los sures globales (vol. 27). Akal.
- OAKLEY**, Ann. (1972). *Sex, gender and society*. New York: Harper Colophon Books.
- OYEWÙMI** Oyéronké. (2017). La invención de las mujeres. *Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género*.
- OMRAN**, Abdel. (1971). The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change, in *Milbank Mem Fund Quart*, núm. 49.
- OMS** (Organización Mundial de la Salud). (2018) Género y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

- OPS** (Organización Panamericana de la Salud). (2009). Elementos para elaborar un perfil de género y salud. Por Harpa Isfeld Margaret Haworth-Brockman Prairie del Women's Health Centre of Excellence, Washington.
- _____. (2022). Igualdad de Género en Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero-salud>
- PAREDES** Carvajal, Julieta. (2014). Hilando fino. Desde el feminismo comunitario, Comunidad mujeres creando comunidad. México: Cooperativa El Rebozo.
- _____. (2018). Entronque patriarcal: la situación de las mujeres de los pueblos originarios de Abya Yala después de la invasión colonial de 1492. Buenos Aires, Argentina: FLACSO.
- PINEDA**, Esther. (2020). Feminismo interseccionalidad y transformación social. *Gabriela Gusis, Poder patriarcal y poder punitivo: diálogos desde la crítica latinoamericana*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ediar.
- QUIJANO**, Anibal. (2009). Colonialidade do poder e classificação social. In: Santos, B. de S. et al. (org). Introducción a las Epistemologías del Sur. (p. 73-11). Buenos Aires argentina: CLACSO; Coímbra: Centro de Estudos Sociais-CES.
- _____. (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: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO.
- RUIZ-CANTERO**, María Teresa, Tomás-Aznar, Concepción, et al. (2019) Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España, pp. 485-490.
- RUBIN**, Gayle. (1975). The traffic in women: notes on the political economy of sex. In: REITER, R. (Org.). Toward an anthropology of women. New York: Monthly Review Press, pp. 157-210.
- SANTOS** Madrigal, Odeth. (2024). Hacia los feminismos descoloniales, negros y comunitarios para descolonizar los estudios de

- género y salud. En Colección N95 “Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano”, CLACSO.
- SCOTT**, Joan W. (1988). *Gender and the Politics of History*, Nueva York, Columbia University Press.
- STOLKE**, Verena, (2004). La mujer es puro cuento: La cultura del género. *Revista de estudios Feministas*. (12 (2), 77-105.
- STOLLER**, Robert. (1968) *Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity*.
- TAJER**, Debora, 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*
- VIVEROS**, Mara. (2016). *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación*. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- _____. (2023). *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. 1a ed. Buenos Aires: CLACSO; Amsterdam: TNI Transnational Institute.
- VILLELA**, Wilza Vieira, Monteiro, Simone Souza e Barbosa, Regina Maria (2020) *Contribuição da Revista Ciência & Saúde Coletiva para os estudos sobre e gênero e saúde. Ciência & Saúde Coletiva vol. 25, núm. 12 , pp. 4803-4812.*
- WERNECK**, Jurema (2016). *Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade, vol. 25, núm. 3, 535-549.*
- ZAPATA**, Martha. (2011). *El paradigma de la interseccionalidad en América Latina. Ponencia leída en el Lateinamerika-Institut, Freie Universität Berlin, 17 de noviembre.*

Epidemiología crítica latinoamericana: hacia una ruptura epistémica y metodológica con la epidemiología funcionalista

OSCAR FEO ISTÚRIZ

INTRODUCCIÓN

En el seno de la medicina social latinoamericana y la salud colectiva brasileña durante el siglo XX se empezó a gestar una corriente de pensamiento crítico latinoamericano en epidemiología, que, consciente de las limitaciones de la epidemiología funcionalista, enfatiza la dimensión socioambiental y sociocultural del proceso salud enfermedad y su distribución desigual y compleja en la sociedad. Esa corriente de pensamiento se la reconoce como epidemiología crítica latinoamericana, cuya construcción se fundamenta en los desarrollos teóricos y metodológicos de Laurell (1982), Breilh (2010, 2023), Castellanos (1987), Samaja (1996, 1998), Almeida Filho (1986, 2006, 2020), y más recientemente Basile (2021; et al. 2022), entre otras y otros.

La epidemiología crítica parte de comprender las limitaciones de *la epidemiología funcionalista clásica* y propone una *ruptura epistémica* que supere las limitaciones del paradigma moderno empírico funcionalista dominante en salud, en la perspectiva de construir un nuevo paradigma, que incorpora nuevas categorías de análisis que provienen del pensamiento crítico en salud.



En este capítulo haremos, en primer lugar, una crítica a la epidemiología funcionalista señalando algunas de sus limitaciones y sesgos, para posteriormente presentar aportes y bases epistémicas de la epidemiología crítica latinoamericana.

CRÍTICA A LA EPIDEMIOLOGÍA FUNCIONALISTA

La epidemiología tiene sus antecedentes más remotos en la observación y descripción de las grandes epidemias que azotaron a la humanidad; a partir de allí su desarrollo inicial como disciplina se dedicó básicamente al estudio de las enfermedades causadas por agentes infecciosos. Se consideran hitos en el desarrollo de la epidemiología el estudio de Snow (1854) sobre el cólera en Londres y la polémica Koch-Virchow sobre el origen de las enfermedades (Rosemberg, 1962). En el siglo XX, la epidemiología se consolida como una disciplina y desarrolla una metódica de investigación para estudiar la distribución y los determinantes de las enfermedades, basándose fundamentalmente en estudios transversales, casos y controles y estudios de cohorte, así como el análisis cuantitativo de los riesgos relativos derivados de esas observaciones.

Más recientemente, Last (2001), en su diccionario de epidemiología, la define como el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas y su aplicación al control de los problemas sanitarios.

Desde la epidemiología crítica se considera que la epidemiología clásica es prisionera de un paradigma estructural funcionalista que se nutre del positivismo cartesiano; sus bases epistémicas se han construido desde la teoría microbiana y los postulados de Koch, los niveles de prevención de Leavell y Clark (1953) y más recientemente los determinantes sociales de la salud (OMS, 2008). Esa epidemiología centrada en factores de riesgo, entendidos como toda condición, generalmente de tipo individual, que aumenta las probabilidades de una persona para contraer una enfermedad, separa al ser humano del mundo que lo rodea y convierte las relaciones de lo social y lo biológico y de la sociedad con la naturaleza en

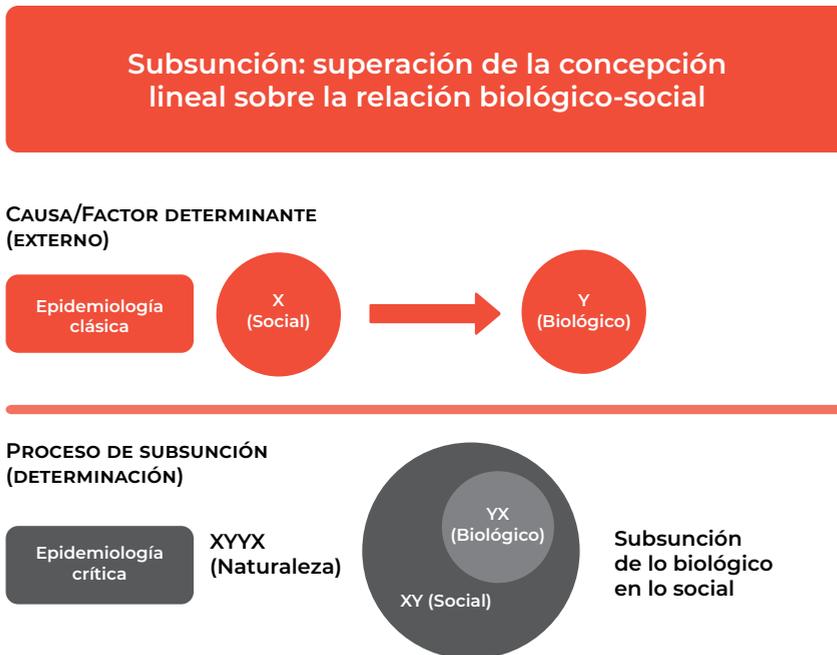


meras relaciones entre factores, en el marco de un causalismo lineal que reduce la realidad a factores de riesgo, y culmina cuantificando la toma de decisiones, haciendo de los riesgos relativos un dogma que cuantifica la causalidad.

Ese paradigma, estrechamente vinculado al modelo médico que domina la medicina y la salud pública, no logra comprender la relación de subsunción que existe ente lo biológico y lo social y termina reduciendo su análisis a lo singular, y su acción a un marco individual, biologicista, ahistórico, sin referentes territoriales, y lo más importante incapaz de comprender las desigualdades sociales y de transformar la realidad sanitaria.

Gráfica 6

Subsunción en la superación de la concepción lineal de la causalidad



Fuente: Tomado y modificado de Breilh (2010) y Basile (2021).

En síntesis, la epidemiología funcionalista ha jugado un papel importante en el desarrollo de una salud pública vertical, o como la llama Granda (2004) enfermología pública, y de su concepción lineal de la causalidad, limitando su capacidad para comprender los determinantes sociales de la salud y transformar la realidad sanitaria.

A nuestro juicio, sus limitaciones más importantes son:

1. Una explicación reduccionista y fragmentada de la realidad, centrada en la enfermedad como hecho biológico y en los factores individuales de riesgo, la cual enmascara el carácter eminentemente sociocultural y racial-colonial del proceso salud enfermedad, y convierte su lógica explicativa y de acción en una concepción restringida de la exposición y la vulnerabilidad y limitada a la medición de frecuencias y asociaciones probabilísticas estimadas al margen de sus contextos.
2. La epidemiología clásica y funcionalista se basa en un enfoque positivista de la ciencia del pensamiento científico moderno, que asume que la realidad es objetiva y puede ser conocida a través de la observación y la experimentación. Esto lleva a una visión simplista de los problemas de salud, que no toma en cuenta la complejidad de su determinación social.
3. Una reducción de la práctica epidemiológica a la vigilancia de enfermedades notificables o acciones sobre factores de riesgo y estilos de vida de individuos sin historia ni contexto, con un arsenal metodológico lineal, empírico y analítico, y con una filosofía desde el pragmatismo monocultural, antropocentrista, racista y sexista.
4. Una reducción de la determinación social, a determinantes sueltos aislados e inconexos, expresando una escasa comprensión del carácter histórico sociocultural de la salud enfermedad de la población reduciendo la complejidad de la salud y la vida.
5. El enfoque ahistórico de la epidemiología clásica y funcionalista suele centrarse en el estudio de los problemas de salud en el presente, ignorando su historia y su contexto social. Ello lleva a que proponga políticas ineficaces para abordar los problemas de salud. Por ejemplo, puede llevar a que se centren los esfuerzos en cambiar los comportamientos individuales, ignorando los factores sociales y ambientales que contribuyen a la enfermedad. Asimismo, puede llevar a que se culpabilice a las personas por su enfermedad, ignorando su determinación social.



En conclusión, la epidemiología reduccionista, positivista y ahistórica no interpreta adecuadamente la situación de la salud enfermedad de la población, y propone políticas mitigatorias insuficientes e ineficaces para su abordaje. Aplana y fragmenta la realidad en pedacitos y propone acciones focalizadas y aisladas sobre cada uno de ellos.

Para superar estas limitaciones, la epidemiología crítica latinoamericana propone una ruptura epistémica que implica un marco categorial que le permita superar sus debilidades y limitaciones, que la haga parte de una propuesta de refundación profunda de la salud pública y los sistemas de salud, que permita transformar la realidad de la vida material y territorial.

Para concluir este acápite, es necesario señalar que también desde el Norte global se han realizado esfuerzos importantes por transitar hacia un nuevo paradigma que incorpore lo social, aunque bajo los ojos eurocéntricos occidentales; en ese sentido, los aportes de Navarro (2009), Benach y Muntaner (2005), Krieger (2011) y Whitehead y Dalgren (2006) han liderado importantes aportes en sus contextos y particularidades del Norte global.

EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA LATINOAMERICANA

Considerando que a cada sociedad, modo de producción y clase social corresponden determinados patrones de desgaste y perfiles epidemiológicos de salud enfermedad, pudiéramos definir la epidemiología crítica como el estudio de la distribución desigual de la salud enfermedad de la población y sus perfiles epidemiológicos en relación con el sistema social y los modos de vida, producción y consumo; es decir, su determinación social.

En este sentido, como señala Breilh (2013), la epidemiología es un espacio de conflicto y de lucha entre clases y sectores sociales con diferentes intereses, las cuales confrontan sus enfoques sobre la salud, la enfermedad y las acciones requeridas para transformarlas.

Dichos debates trascienden el ámbito académico, porque reflejan intereses y posiciones políticas, económicas y sociales.

La epidemiología crítica plantea la necesidad de superar la visión individual y clínica de la salud enfermedad, centrada en el espacio de lo singular, incorporando a su estudio las dimensiones de lo general y lo particular. Lo general concebido como la sociedad, su modo de producción, el sistema mundo; lo particular, asumido como los modos de vida que se construyen en las distintas comunidades; y lo singular, referido más al individuo y sus estilos de vida.

Gráfica 7
Niveles de análisis y explicación de los problemas de salud



Singular: resalta lo individual y lo clínico, las conductas individuales y estilos de vida.

Particular: entre grupos sociales en una misma comunidad y territorio/modos de vida. Clase social, étnia-género.

General: corresponden a la sociedad, la naturaleza, el sistema mundo, el patrón civilizatorio.

Fuente: Elaboración propia.



Breilh (2013) señala que la salud se encuentra en un constante flujo dialéctico entre las dimensiones mencionadas. “Se reproduce de lo general a lo particular y se genera de lo particular a lo general”. Durante este proceso se manifiestan formas de subsunción en las que los procesos de las dimensiones más simples se desenvuelven bajo la influencia de las más complejas. De esta manera, la relación entre lo social y lo natural, o lo social y lo biológico, “ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado que es la naturaleza”.

Al estudiar los problemas de salud, la epidemiología crítica supera los análisis epidemiológicos tradicionales, centrados en su dimensión singular individual, fuera de su contexto social. Se propone una ruta inversa caracterizando las condiciones históricas y socioeconómicas de la población de interés. Cuando se comprende su dimensión general, se procede a la identificación y análisis de la dimensión particular, considerando los problemas de cada uno de los subgrupos en estrecha relación con sus modos de vida. Las condiciones sociales e históricas no son entonces variables adicionales o complementarias, como las concibe la epidemiología clásica, sino producto de la determinación social que existen con anterioridad al problema analizado y que configuran su esencia y su apariencia. Las dimensiones general y particular constituyen la clave para comprender la dinámica del problema y la manera de enfrentarlo.

TRANSFORMACIÓN DE LOS EJES CLÁSICOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA

El discurso epidemiológico tradicional trabaja con las categorías persona, tiempo y lugar, pero reduce la persona a variables de edad, sexo y ocasionalmente ocupación, ignorando las condiciones sociales de esas personas; el enfoque clásico limita el análisis del tiempo a series cronológicas diarias, semanales, mensuales, anuales, desconociendo su contexto y su historia, y convierte el lugar sólo en sitio geográfico de ocurrencia de la enfermedad, usualmente utilizando categorías geopolíticas, nación, provincia, departamento, municipio,

que ocultan en su heterogeneidad las desigualdades que se evidencian en los territorios sociales (Feo et al, 2023).

La epidemiología crítica pretende superar estas limitaciones y enriquecer su conceptualización, incorporando categorías como territorio, clase social, raza/etnia, género/feminismos decoloniales y antipatriarcales. Pretende dar un mayor contenido a esas categorías, convirtiendo la persona en sujeto activo que pertenece a una clase social, a un momento en la historia y a un lugar en el territorio social donde se produce la salud y la enfermedad. Asimismo, supera el concepto de factores de riesgo individual, centrándose en aquellos procesos dinámicos que promueven y protegen, o dañan y deterioran, la salud (Betancourt, 1999). Insiste, además, en superar el concepto biologicista de la historia natural de la enfermedad, incorporando el concepto de historia social de la salud y la enfermedad.

Ciertamente, es importante que en este marco teórico no sólo parta de la necesidad de superar la linealidad y la reducción de la salud como un conjunto de factores aislados y desconectados, hacia un proceso social complejo y multidimensional (Almeida Filho, 2006) que lleva a realizar una revisión crítica de la biomedicina y de la salud pública, para posteriormente resituar las categorías y los marcos conceptuales del pensamiento crítico latinoamericano en salud y la epidemiología crítica. Sino también resituar la teoría crítica sanitaria desde las epistemologías de la salud desde el Sur, incluso problematizando en el siglo XXI las tesis médico-sociales deterministas, desarrollistas, totalizantes, mecánicas histórico-sociales del siglo XX (Basile, 2022).

La epidemiología es un campo de disputa (Breilh, 2023) sobre cómo enunciar la salud y cómo pensar, comprender y actuar, y esa disputa obedece a relaciones y geopolíticas de poder, a intereses sociales y a operaciones de subordinación a un tipo de ciencia positivista, lineal, universal y funcionalizada de cara a ciertos mandatos jerárquicos del sistema mundo contemporáneo (Wallerstein, 2011).



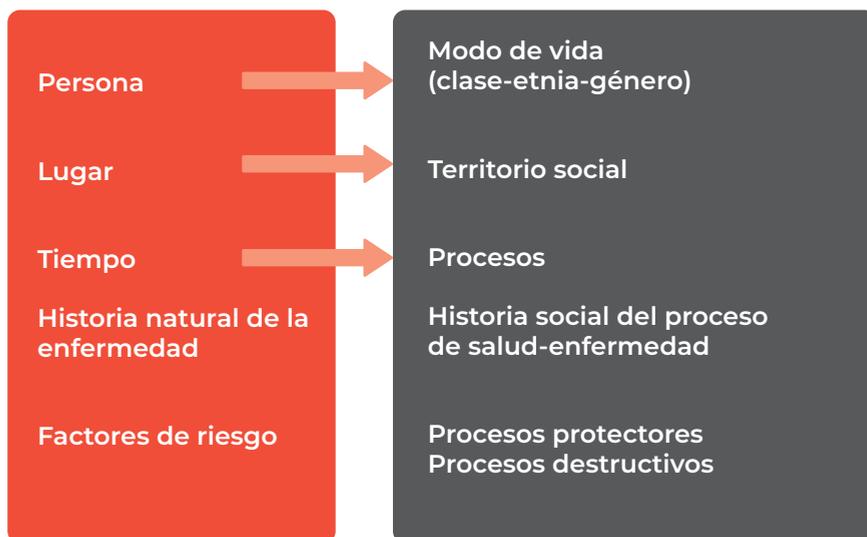
Breilh (2023) plantea la necesidad de una ruptura epistémica con la epidemiología clásica, y en su reciente texto *Critical Epidemiology and the People's Health* propone rescatar la determinación de la salud como eje de otra forma de ver la salud, que además incorpora categorías como metabolismo-sociedad-naturaleza, los aprendizajes de la *episteme* intercultural espiritual sanitaria del Abya Yala, la reproducción social, el modo de vida colectivo (no estilos), dando un nuevo sentido a las variables persona, lugar y tiempo de la epidemiología clásica, para potenciarlas y convertirlas en clase social, género decolonial y depatriarcal, etnia, territorio, historia social de la salud-enfermedad-cuidado.

Desde esta epidemiología crítica y sociocultural del sur, la *determinación* concibe la salud y la enfermedad como resultado de procesos de producción social de la salud y reproducción, que ocurren al interior de cada comunidad como eslabones de las múltiples dimensiones rizomáticas de la complejidad de la vida, y considera que la salud de las poblaciones está determinada tanto por las condiciones materiales de existencia, especialmente por aquellos procesos mediante los cuales toda sociedad genera sus medios de subsistencia y se reproduce por un conjunto de condiciones de órdenes jerárquicos que naturalizan asimetrías de poder colonial, racial, de clase, sexista y geopolítico como a proyecciones espaciales que impactan en la salud y la vida en el Sur (Basile et al., 2022).

Abrir un giro decolonial hacia una transición epistémica y metodológica para el estudio de las determinaciones de la salud en el Sur implica desde la epidemiología crítica asumir unas transiciones teóricas y metodológicas siempre como aproximaciones:

- Escala de observación (territorio/multi-territorialidad).
- Escala temporal (procesos).
- Multi-escalas (multi-escalaridad).
- En unidad de análisis/comprensión (modos de vida/comunidades de vida).

Figura 1
Transformación de los ejes
de análisis de la epidemiología clásica a la crítica



Fuente: Elaboración propia.

Este proceso de transición epistémica y teórica también implica saltos en las aproximaciones metodológicas, como por ejemplo:

- Escalas de observación (cartografía social del territorio, territorialidad y territorialización, multi-territorialidad).
- Escala temporal (memoria de experiencias, etnografía de procesos, flujograma de procesos en planificación, otras).
- En unidades de análisis (combinación cualitativa-cuantitativa: desde asambleas comunales, técnicas de entrevistas/grupos de discusión, observación participante, semáforos epidemiológicos locales, multi-actorialidad territorial).

El monitoreo de epidemiología crítica (Breilh, 2003), puede permitir transitar estas transiciones de forma epistémica, teórica pero especialmente en la práctica. Este monitoreo participativo de salud



colectiva (Breilh, 2003) conjugado al monitoreo de epidemiología crítica tiene implicancias epistémicas, teóricas y metodológicas:

- Es un monitoreo de procesos donde viven los colectivos humanos, no de casos ni pacientes.
- Es participativo: pensado, decidido y ejecutado desde y con la comunidad/barrio/territorio. La comunidad deja de ser un objeto, para ser sujeto protagónico del proceso.
- Es popular, porque la producción de conocimiento no viene de técnicos externos a la situación, sino de la producción de información para producir conocimiento en salud colectiva de las y los actores populares, locales, territoriales.
- Es una estrategia en espiral sobre el modo de vida colectivo, en el territorio junto a la territorialización del cuidado integral de la salud y la vida.
- Es restituir los conocimientos a los que los poseen y más los necesitan, para que sus situaciones de vidas particulares no sean totalmente dependientes de las decisiones tomadas en nombre de reglas que se pueden continuar llamando científicas de la enfermería pública o del saber biomédico que no considera a los otros sistemas de conocimientos.
- Es recuperar las voces, saberes, conocimientos y capacidades locales, populares, interculturales, grupales y comunitarias en las estrategias de abordajes de los modos de vida colectivos.
- Es una conjunción de la *comunidad* y lo popular definiendo sobre todo una forma de trabajo y un objetivo: hacer epidemiología, no sobre o alrededor de grupos humanos (llamadas poblaciones), si no “*con y desde*” estos mismos grupos.
- Es complejizar y repolitizar la concepción de comunidad y territorio.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS Y ACCIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA

Breilh (2023) en su libro *Critical Epidemiology and the People's Health*, y Basile y Rivera (2022) en *Epidemiología crítica del SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe*, plantean la necesidad de un repensar categorial. No se trata de categorías aisladas, sino nuevos marcos categoriales desde donde tenga sentido el uso de estos

nuevos conceptos y categorías; es decir, disponer de un sistema categorial que se expresa y materializa en un pensamiento crítico latinoamericano de la salud, construido desde el Sur, y permita una ruptura epistémica con la epidemiología funcionalista.

Esa ruptura epistémica implica un cambio profundo del pensamiento y la práctica basado en tres categorías fundamentales: determinación social, metabolismo sociedad naturaleza y reproducción social.

Determinación de la salud. La determinación sociocultural es la categoría básica de la epidemiología crítica latinoamericana que permite comprender la salud-enfermedad-cuidado, no sólo a nivel biológico individual, sino como proceso socioculturalmente determinado (Solar, 2006).

Las condiciones materiales de existencia y las interacciones sociales que se van dando en los grupos sociales, van configurando la vida humana los modos de vida colectiva, y los procesos que en el territorio social promueven o afectan la salud, y determinan en última instancia los perfiles de salud-enfermedad de los colectivos humanos. Esto impone a los epidemiólogos el reto de estudiar enfoques teóricos y metodológicos que proceden de las ciencias sociales. Dichos conocimientos, técnicas y métodos han sido excluidos de su formación tradicional por el paradigma positivista imperante; y en la práctica han reducido las explicaciones del proceso salud enfermedad a determinantes sociales aislados, los cuales se han incorporado al discurso sanitario tradicional en calidad de factores de riesgo. Dichos análisis restringidos terminan proponiendo políticas e intervenciones centradas en la atención de individuos aislados, afectados por el daño.

La salud pública y la epidemiología clásicas confunden la determinación social como categoría explicativa con los determinantes sociales aislados y fuera de contexto (Rodríguez et al, 2019). La determinación social parte de comprender la articulación entre los procesos biológicos y sociales. Asume que lo biológico y lo social no



son dimensiones excluyentes ni contradictorias, sino procesos que se concatenan y subsumen. En la determinación de lo biológico por lo social entra en juego la categoría subsunción. Lo biológico tiene vida propia y sus leyes y principios, pero está subsumido por lo social, que constituye un plano de determinación superior.

El compromiso teórico con la determinación social del proceso salud-enfermedad, exige desarrollar enfoques teóricos y metodológicos que permitan estudiar ordenadamente los grupos humanos y develar las estructuras y los procesos sociales que actúan bajo las apariencias. A diferencia del enfoque tradicional en salud pública, que analiza las poblaciones como agregado de individuos, reconoce las limitaciones de la estadística para dar cuenta de los atributos esenciales de la sociedad, y considera que tanto las poblaciones como las instituciones deben considerarse organizaciones sociales complejas, cuyos atributos esenciales no son el resumen, sino el resultado dinámico de la interacción entre los individuos del grupo y sus formas de producir. En otras palabras, en lugar de considerar las poblaciones como agregados estadísticos de individuos, se propone enfocar los grupos humanos como organizaciones sociales heterogéneas y cambiantes, pero con identidad e historia propias.

Metabolismo sociedad naturaleza. Para comprender la salud enfermedad de los colectivos humanos es necesario considerar el metabolismo social. Este concepto, acuñado inicialmente por Marx (1783), se refiere al conjunto complejo y cambiante de procesos de intercambio de materia y energía que ocurren permanentemente entre cada sociedad y las condiciones materiales en que desarrolla su existencia; dicho intercambio ocurre mediante el trabajo, y gracias a él, el hombre y la naturaleza se transforman mutuamente. Por medio del trabajo el hombre humaniza o degrada la naturaleza, y al mismo tiempo, ese trabajo dignifica o aliena al ser humano. El metabolismo social ocurre en las entrañas de la sociedad, donde la energía y la materia circulan, se transforman, se consumen y finalmente son convertidos en desechos, emanaciones o residuos, vertidos en los espacios naturales (Toledo, 2013). La noción de metabolismo social es una categoría esencial, no solamente para comprender la salud y la enfermedad, superando

el dualismo naturaleza-sociedad, sino también para identificar las condiciones que deben ser transformadas mediante la *praxis*.

Los patrones de interacción del hombre con la naturaleza varían a lo largo de la historia. En el mundo capitalista globalizado predomina el extractivismo, que convierte a la naturaleza en mercancía y expolia masivamente sus recursos para incorporarlos al mercado global. Esa conversión de la naturaleza en mercancía rompe la armonía del ecosistema, fenómeno que Harvey (2003) ha denominado acumulación por despojo. La subsunción de la naturaleza y del trabajo desde los principios del capitalismo y el interés de lucro, rompe la armonía con la naturaleza, y se relaciona estrechamente con la generación de diversos desastres naturales, pandemias y epidemias, determinando los perfiles de salud enfermedad de las poblaciones (Feo et al., 2022).

Varios ejemplos ilustran este proceso. Uno de ellos es el modelo agrícola intensivista predominante en Latinoamérica, caracterizado por una agroindustria que promueve el monocultivo y el uso intensivo de agrotóxicos, y que convierte la producción de alimentos en un negocio, donde el alimento deja de ser un valor de uso que resuelve la necesidad vital de alimentación, para convertirse en un valor de cambio, una mercancía que se incorpora al mercado global en función de la rentabilidad económica. Otros ejemplos pueden ser la aplicación extensiva del glifosato, el fracking, y la megaminería, los cuales requieren un uso intensivo de agua y contaminan suelos, agua, y aire con una enorme producción de desechos tóxicos.

La alteración del metabolismo social y de la armonía sociedad-naturaleza, unidas a la imposición de modos y estilos de vida malsanos e hiperconsumistas, producen un impacto nocivo sobre la salud y la vida, que se expresa de múltiples formas.

Reproducción social. Este término se define como el proceso que permite a una sociedad producir, distribuir y consumir sus medios de existencia de forma renovada, garantizándole su supervivencia



en el tiempo. Este proceso se considera la clave de la dinámica social, pues determina tanto la aparición y conservación de cada modo de producción como de las relaciones de poder que surgen a lo largo de la historia. A este respecto, Samaja (2004) señala que la reproducción social comprende cuatro dimensiones: a) biológica; b) cultural, relacionada con la conciencia y la conducta; c) procesos ecológicos y ambientales; y d) relaciones políticas y económicas. Cada dimensión se rige por principios y leyes específicas que son objeto de estudio por parte de diferentes disciplinas científicas. En cualquier caso, lo biológico se considera subsumido por la dinámica social; es decir, subordinado a la influencia de los procesos sociales.

Desde este enfoque la salud y la enfermedad de la población son el resultado de procesos de producción y reproducción que ocurren al interior de la sociedad, estrechamente a las condiciones materiales de existencia. La salud-enfermedad es un proceso cambiante, complejo y dinámico, que forma parte de la vida, y se va configurando en el tiempo y la sociedad, y sólo puede entenderse a la luz de las condiciones concretas en las que la gente nace, vive y trabaja; y de las relaciones de poder que generan exclusión, explotación y desigualdades, y se materializan en formas diferenciadas de enfermar y morir. Estas condiciones, que cambian a lo largo de la historia, explican cómo y por qué algunas personas enferman y mueren tempranamente y otras no.

Según este enfoque, las condiciones materiales de existencia y las interacciones sociales que se dan en las diversas clases sociales que conforman la sociedad, determinan la vida humana de forma ventajosa o desfavorable; por tal razón, se resalta la importancia de comprender las condiciones históricas de producción y reproducción social, las cuales configuran, en última instancia, los perfiles de salud-enfermedad de la población. Ello, impone a los investigadores el reto de familiarizarse con enfoques teóricos y metodológicos que proceden de la filosofía y las ciencias sociales. Dichos conocimientos, técnicas y métodos han sido excluidos de su formación tradicional por el paradigma positivista imperante, y en la práctica han reducido las explicaciones del proceso salud-enfer-

medad a determinantes sociales aislados, los cuales se han incorporado al discurso sanitario tradicional en calidad de factores de riesgo. Dichos análisis restringidos terminan proponiendo políticas e intervenciones centradas en la atención de individuos aislados, afectados por el daño y sus estilos de vida.

Cuadro 1
Aportes del marco categorial de la epidemiología crítica

<p>Categorías para enriquecer los niveles de análisis</p>	<p>Buen vivir/vivir bien Complejidad Transdisciplinariedad Interseccionalidad Determinación internacional de salud Epistemologías de la salud desde el sur Sistema mundo. Centro/periferia</p>
<p>Para transformar los ejes y categorías de la epidemiología clásica</p>	<p>Modo de vida/comunidad de vida Territorio social Procesos protectores/destructivos en salud Clase social Feminismos decoloniales Etnia/raza/interculturalidad decolonial Historia social de la salud enfermedad</p>
<p>Para generar la ruptura epistémica con la epidemiología clásica</p>	<p>Determinación sociocultural y socioambiental Metabolismo sociedad naturaleza Reproducción social</p>
<p>Categorías que se están desarrollando en el pensamiento crítico en salud</p>	<p>Cuidado integral de la salud Refundación de sistemas de salud</p>

Fuente: Elaboración propia.

INTERSECCIONES DEL TERRITORIO, LA VIDA Y LA SALUD

La epidemiología crítica y su encuentro con la geografía social y con la geografía crítica (Santos, 2022) propone considerar el territorio como espacio donde se desarrolla la vida y se construye socialmente la salud, lo cual reconfigura el centro en el estudio de las determinaciones de la salud colectiva y humana. Aunque reconoce la polisemia del territorio, y su consideración político administrativo y administrativo sectorial, pretende evidenciar y superar las limitaciones de esas concepciones administrativo-burocráticas del Estado (Weber, 1974).

Milton Santos (1985) aborda uno de los problemas principales de la geografía crítica: identificar la naturaleza del espacio y buscar las categorías de análisis que permitan estudiarlo.

Así el espacio vivido, el territorio usado en la teoría de Santos (2000) enriquece la conceptualización del *lugar* de la epidemiología tradicional al incorporar categorías del espacio geográfico. Una mirada sucinta a los elementos del espacio que el autor definiese como “los hombres; el medio natural modificado; la producción, de bienes y servicios; de normas, órdenes, leyes; y las infraestructuras”, evidencia la proximidad de este modelo, a las múltiples determinaciones de la salud o de campos de la salud. Por su parte, las categorías que formulase como *los fijos* y *los flujos* dispuestos según una estructura, en permanente cambio –los procesos–, se convierten en soportes esenciales del estudio de las determinaciones espaciales de la salud y la vida (Santos, 1985). La dinámica territorial está intrínsecamente ligada a los cambios propios del espacio.

Caracteriza esta *concepción del espacio* su unicidad, historicidad y escalas y una variedad de términos concretos a incorporar en el análisis de las desigualdades e inequidades en salud, como la territorialidad, la territorialización que considere en particular periodos de desterritorialización; por ejemplo, cuando ocurren desplazamientos forzados o ineludibles de comunidades y los avatares de un nuevo periodo de re territorialización, nuevos, ajenos y en muchas

ocasiones adversos donde las poblaciones deben migrar (Raffestin, 1993).

Pretende también dar un mayor contenido a esas categorías, convirtiendo las personas en sujetos activos que pertenecen a una clase social, etnia-raza y género –no como sumatorias aditivas y superficiales–, a un momento en la historia y a un lugar en el territorio social donde se produce la salud-enfermedad y el cuidado. Las personas de la epidemiológica clásica, superada por los grupos en sus contextos de vida, como colectivos humanos activos. A pesar de que las personas, familias, la población, los pueblos, los grupos sociales constituyen parte esencial de la concepción del espacio geográfico, la más destacada contribución de Milton Santos a los desafíos de la epidemiología fue reintroducir los sujetos en el espacio (Samaja, 2003).

A propósito, el tiempo entendido como fecha, empleado en registros epidemiológicos, es ampliado al tiempo como sucesión cronológica y como simultaneidades, tiempo concreto, que incluye el espacio como acumulación de tiempos, el pasado en formas y funciones (tiempo histórico) y los tiempos del cotidiano y las diferentes posibilidades del uso del tiempo (tiempo espacial) (Santos, 2022).

Aceptar la multi-territorialidad, la multi-actorialidad territorial y la multi-escalaridad presentes en los diferentes tipos de territorios, aporta el contexto que se debate entre coherencia, integralidad y conflictos entre políticas, normas, regulaciones y resultados de su implementación. Aceptando estas consideraciones, se descubren los diferentes marcos en que se despliega la territorialidad de las políticas públicas, que definen las de Estado, las sectoriales también de Estado y las estrategias y acciones de la sociedad (Iñiguez, 2018).

Los enfoques geográficos que en la actualidad se desarrollan, promueven la necesaria profundización de los procesos de producción de daños a la salud y el vivir bien, la definición de problemas y



necesidades en salud de grupos en espacios y redes espaciales. Constituye una prioridad en el análisis de determinaciones de la salud, considerar el territorio como espacio de realización de un(os) sujeto(s) social(es), con su reproducción social: economía, metabolismo con naturaleza, cultura y relaciones políticas, entre otras. Junto a esto, para comprender los periodos de la territorialización, es clave entender como agentes patógenos, inequidades, la jerarquía de clases, el racismo, la destrucción socioambiental, la dependencia regional periférica y la fragmentación social (Levins, 1998).

Por último, el lenguaje típico de expresión de la geografía en la representación del espacio es la cartografía, los mapas. El incremento vertiginoso de la utilización de mapas en la epidemiología funcionalista instalando a la cartografía virtual como gestión del conocimiento sanitario, es objeto de crítica a la representación del espacio.

Los mapas no eliminan sino reproducen las deficiencias de la información en salud en sus unidades de análisis, de la consolidación de la biomedicalización del dato a la cartografía sanitaria. Los mapas pueden también convertirse en un recurso peligroso, al conseguir de una forma atractiva reducir la preocupación por las limitaciones de la calidad de la información y de las unidades de medición y registro, además de incorporar otras nuevas deficiencias derivadas del desconocimiento o utilización incorrecta de métodos de representación cartográfica de la producción del espacio social y la salud colectiva (Iñiguez, 1998).

CONCLUSIONES. RETOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA

Desde esa perspectiva la epidemiología crítica, no es solamente un instrumento fundamental para la salud pública en el orden de conocer la salud-enfermedad de los colectivos humanos, sino también y sobre todo para proponer acciones para la transformación de la situación de salud enfermedad de los colectivos humanos y de los sistemas de salud.

Ello hace que surjan un conjunto de temas emergentes que son objetos de estudio de la epidemiología crítica, tales como la crisis civilizatoria, y más en particular la crisis y deterioro ambiental generada por el extractivismo que convierte a la naturaleza en mercancía para el mercado global; los desastres, mal llamados *naturales*, las nuevas pandemias y el surgimiento de enfermedades emergentes, la violencia en sus distintas formas incluida la violencia de género y la guerra, entre otros.

Es necesario recombinar y revisar las aportaciones y claves de la epidemiología crítica latinoamericana, en un diálogo complejo y transdisciplinar actual con los aportes del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur.

Por último, enunciamos algunos de los retos que se plantea la epidemiología crítica:

1. Superar el reduccionismo empírico cuantitativista de la epidemiología clásica.
2. Superar la falsa confrontación entre investigación cuantitativa y cualitativa.
3. Explicar la distribución diferencial de la salud-enfermedad cuidado y su relación con la estructura social, las jerarquías racial-colonial y los modos de producción y de vida.
4. Producir conocimientos que contribuyan a evaluar las políticas públicas y a diseñar estrategias adecuadas de monitoreo epidemiológico crítico y las interseccionalidades de la vida en los territorios.



5. Desarrollar una nueva perspectiva de la relación de los saberes académicos y populares y convertirse en herramienta de liberación y transformación social.
6. Revisar las tesis médico-sociales de lo social en la salud y epidemiología, cuando en el Abya Yala lo racial-colonial determinaron y estructuraron esa determinación social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA-FILHO** Naomar. (1986). Bases históricas da epidemiologia. *Cad Saúde Pública*, 2(3), 304-311.
- _____. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud colectiva*, 2(2), 123-146.
- _____. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*; 16 (e2751).
- BASILE**, Gonzalo. (2022). Hacia una salud desde el Sur: epistemología decolonial y de soberanía sanitaria. *Journal Social Medicine*, vol. 15, 2.
- _____ y Feo Istúriz, Oscar. (2022). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(2).
- _____ et al. (2021). Epidemiología del trabajo doméstico: el proceso de vivir, trabajar, enfermar y morir de las trabajadoras del hogar en la República Dominicana. FES Caribe y programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana, Santo Domingo.
- _____ y Rivera Díaz, Marinilda. (2022). Epidemiología crítica del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación. Colección Grupos de Trabajo CLACSO y FLACSO República Dominicana. Buenos Aires y Santo Domingo, diciembre.

- BENACH**, Joan y Muntaner, Carles. (2005). Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud. El Viejo Topo.
- BETANCOURT**, Oscar. (1999). Salud y seguridad en el trabajo, Quito. OPS/FUNSAID.
- BREILH**, Jaime. (2023). *Critical Epidemiology and the People's Health*. New York: Oxford University Press.
- _____. (2003). Epidemiología crítica. Buenos Aires.
- _____. 2010. Epidemiología: economía política y salud. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador y Corporación. Nacional, Biblioteca Ecuatoriana de Ciencias, núm. 4, 7.^a ed.
- _____. (1989). Epidemiología: economía, medicina y política. 3.^a ed. México: Fontamara.
- _____. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 31:13-27.
- CASTELLANOS**, Pedro Luis. (1987). Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. *Cuad Médico Soc Chile*, 42(1)15-24.
- FEO ISTÚRIZ**, Oscar, Basile, Gonzalo y Maizlish, Neil. (2023). Rethinking and Decolonizing Theories, Policies, and Practice of Health from the Global South. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*.
- _____. Rodrigues Ana, Gómez Rodolfo. (2022). *Epidemiología crítica Latinoamericana*. En *Debates de Salud Pública y Epidemiología*. Compilación de Rubén Darío Gómez-Arias. 1a ed. Mar del Plata: EUDEM; Colombia: Universidad CES.
- GRANDA**, Edmundo. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista cubana de salud pública*, 30(2).



- IÑIGUEZ ROJAS**, Luisa. (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 701-711.
- _____. (2018). Territorios y políticas: ¿Qué permanece y qué muda en Cuba? En: políticas públicas e territórios. Onze estudos Latino-americanos. Org. Fania Fridman, Luciana Alem Gennari e Sandra Lencioni. CLACSO Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. pp. 167-194. Harvey David. The new imperialism. Oxford: Oxford University Press.
- KRIEGER** Nancy, (2011). *Epidemiology and the people's health*, Oxford University Press.
- LAURELL**, Asa Cristina. (1989). Social analysis of collective health in Latin America. *Social Science & Medicine*. 28(11):1183-1191.
- _____. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuad Médico Soc. ene.* (19): 1-11.
- LEAVELL** Hugh Rodman, Clark Gurney. (1953). *Textbook of Preventive Medicine*. Third Edition. New York: McGraw-Hill.
- LAST**, John. (2001). *A dictionary of epidemiology* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- LEVINS**, Richard. (1998). *Looking at the Whole: Toward a Social Ecology of Health*. Kansas: EUA.
- MARX**, Karl. (1783). *El capital*. Tomo I. El proceso de producción del capital [1873]. Madrid: Siglo XXI 2010.
- NAVARRO**, Vicente. (2009). What we mean by social determinants of health. *Int J Heal Serv* [Internet]. 39(3):423-441.
- OMS** (Organización Mundial de la Salud). (2008). *Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra.
- QUIJANO**, Aníbal. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. Lander E (ed.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, pp. 241-246.

- RAFFESTIN, C.** (1993). Por uma geografia do poder. Ed. Hucitec. São Paulo.
- ROSENBERG, Charles.** (1962). The Koch-Virchow Controversy: A Debate in Modern Medicine. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 17(4), 269-289.
- SANTOS, Milton.** (1985). Espaço & Método. São Paulo. Nobel.
- _____. Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica (vol. 2). Edusp.
- _____. (2000). La naturaleza del espacio: Técnica y tiempo. Razón y emoción. Editorial Ariel, Barcelona.
- SAMAJA Juan.** (1996). Epistemología y metodología. Buenos Aires: Eudeba.
- _____. (1998). Epistemologia e epidemiologia. Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco.
- _____. (2004). Epistemología de la Salud: Reproducción Social. Subjetividad y Transdisciplina. Ciudad de Buenos Aires: Lugar Editorial
- SNOW, Jhon.** (1854). On the mode of communication of cholera. *The Lancet*, 1(925), 319-322.
- SOLAR, Orielle, & Irwin, Arlec.** (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health promotion journal of Australia*, 17(3), 180-5185.
- TAMBELLINI, Anamaria Testa; Schütz, Gabriel Eduardo.** (2009). Contribuição para o debate do CEBES sobre a "Determinação Social da saúde": repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, 2009, vol. 33, núm. 83, p. 371-379.
- TOLEDO, Victor.** (2013). El metabolismo social: una nueva teoría socioecológica. *Relaciones* [Internet]; Disponible en: <http://www.revistarelaciones.com/files/revistas/136/pdf/VictorToledo.pdf>.



WALLERSTEIN, I. (2011). The modern world-system I: Capitalist agriculture and the origins of the European world-economy in the sixteenth century (vol. 1). Univ of California Press.

WEBER, Max. (1974). Wirtschaft und Gesellschaft Berlin: Köln.

WHITEHEAD, Margaret y Dahlgren, Göran. (2006). The Social Determinants of Health: The Solid Facts. World Health Organization.



Segunda parte

Debates y reflexiones desde
las I Jornadas mexicanas
de pensamiento crítico en
salud y soberanía sanitaria

Rutas hacia la reconfiguración del derecho a la salud desde una mirada latinoamericana

GRACIELA BEATRIZ MUÑOZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN

Pensar y analizar la salud y el derecho a la salud sin incluir la perspectiva crítica resulta un ejercicio parcial e incluso sesgado, principalmente cuando la reflexión se sitúa en la región Latinoamericana y del Caribe en la que prevalecen profundas injusticias y desigualdades en el ámbito sanitario, económico y social. Si bien la crisis de salud en la región ha sido referida a lo largo de las últimas décadas, la pandemia global por la COVID-19 visibilizó la desensibilización del sufrimiento de los otros, en lógicas narcisistas, consumistas e individuales, propias de la mercantilización de la salud.

En los últimos años hemos sido testigos de manera directa o indirecta de los impactos de la reproducción generacional de la mala salud a nivel colectivo y sus consecuencias en los estilos de vida no saludables de nuestras poblaciones, las prevalencias de las comorbilidades y enfermedades crónicas, así como de la grave fragmentación de los sistemas de salud en la región y los enormes retos que enfrentan los Estados para responder y resolver las necesidades más apremiantes de la población. Paralelamente, se visibilizaron los impactos y consecuencias multidimensionales de las desigualdades económicas y sociales agregadas que afectaron de manera diferencial a los conjuntos sociales históricamente discriminados,



indígenas, afrodescendientes, personas en situación de exclusión y calle, migrantes, así como a quienes sobreviven al día con alta dependencia a la economía informal, fuertemente afectada por las medidas de confinamiento social. Todos estos grupos, en la región Latinoamericana y del Caribe, han visto vulnerados sus derechos durante la emergencia sanitaria y han enfrentado dificultades en el periodo pospandémico (Filgueira, 2020).

En este contexto, resulta necesario y urgente analizar la salud y cuestionar las múltiples formas en las que el capitalismo y las políticas neoliberales han afectado y continúan en una tendencia progresiva incidiendo en la efectividad del derecho a la salud, en el sentido más amplio posible.

A lo largo del capítulo se traza un panorama de los principales aportes epistemológicos de la antropología médica crítica y la epistemología crítica latinoamericanas, que sientan las bases para entender la salud descentrada de la enfermedad, cuestionan las relaciones de poder en y desde las realidades territoriales latinoamericanas y apuntan hacia otras formas de aproximar el derecho a la salud a las personas de la región con una intención conscientemente política, militante y comprometida con la salud.

Estas perspectivas críticas visibilizan horizontes de posibilidad para analizar y transformar las lógicas inequitativas, desiguales y mercantilistas de la salud que atraviesan los cuerpos y las vidas de las personas y las comunidades, para imaginar y construir condiciones un acceso efectivo al derecho a la salud integral en condiciones de igualdad.

LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS: MIRADAS DESDE EL PENSAMIENTO CRÍTICO

El modelo neoliberal, asistencialista y mercantil, que se ha consolidado en las últimas décadas a nivel global, ha recrudecido las desigualdades económicas, sociales y ha impactado en las condiciones de salud de la población en la región. Este modelo, basado en la ideología que deslinda a los Estados de la financiación y la



responsabilidad de garantizar a las personas condiciones y servicios de salud integral, ha permitido el desarrollo del ámbito privado como responsable de las actividades de cuidados de la salud (Basile y Hernández, 2021). La individualización de la salud, la tendencia hacia la privatización y la construcción de la salud como una mercancía han deteriorado las condiciones para alcanzar el *buen vivir* (Quijano, 2014).

En el presente capítulo interesa recuperar los enfoques epistemológicos críticos que incorporan al análisis sociohistórico y multidisciplinar, que visibilizan y cuestiona las relaciones de poder y las diferentes condiciones estructurales, relacionales e individuales que median el acceso y la efectividad del derecho a la salud, así como aquellos que contribuyen a la construcción de condiciones menos inequitativas y más justas.

Entre los principales desafíos contemporáneos para garantizar el derecho a la salud destacan la descomposición de las condiciones laborales y de vida de las personas, el incremento de las desigualdades sociales y de salud, la desarticulación de las instituciones de seguridad social y de atención a la salud, las violencias en la región que impactan de múltiples formas los cuerpos y las vidas de las personas, así como la compleja situación epidemiológica, con una alta carga de enfermedades crónicas y las tasas de mortalidad evitable (Basile y Hernández, 2021).

Ante estos retos es necesario repensar la salud y las formas de afrontar las enfermedades y padecimientos y las formas de garantizar el acceso al derecho a la salud. Para avanzar en este sentido, se cuenta con una caja de herramientas teóricas críticas desarrolladas desde las ciencias sociales y ciencias sociomédicas que no se limitan a describir las diversas condiciones de salud de los conjuntos sociales, sino que analizan los factores que inciden en los procesos de salud, enfermedad y atención, para mostrar las formas de construir condiciones de posibilidad para que todas las personas, sin distinción de raza, etnia, sexo, género, situación económica, clase o estatus jurídico o migratorio, puedan gozar de un buen estado de salud y accedan a una atención a la salud oportuna, respetuosa y centrada en sus necesidades.

La antropología médica y la epidemiología críticas son disciplinas que han desarrollado, desde los años sesenta hasta el día de hoy, un andamiaje teórico sólido para analizar y actuar en las realidades latinoamericanas y abonan al debate de la problematización de la construcción de los saberes y las luchas sociales. Estas disciplinas suman a los retos que enfrenta el pensamiento epistémico, ético y político, que supone:

[...] construir un conocimiento social potencializador de relaciones sociales no dominantes [que] nos implica y obliga a tener presente el [...] estar-siendo contra la dominación, contra el sujeto social capitalista. Eso significa reconocer la pluralidad de sujetos colectivos y singulares que constituyen dicho sujeto (Sandoval, 2015, p. 160).

Cabe señalar que en la región latinoamericana y del Caribe se han implantado sistemas de salud, resultado de la colonialidad de los conocimientos y las lógicas del capitalismo, en una suerte de híbrido entre diferentes sistemas de atención y protección de la salud, que han hecho a un lado los conocimientos de las comunidades originarias, los saberes no biomédicos y que no toman en consideración los contrastes sociales, culturales, económicos y políticos y los conflictos que se entretajan en las realidades del Sur.

Por otro lado, es relevante señalar que escenarios interpretativos y contextos sociohistóricos para regular y legitimar las relaciones. Alan Arias (2013) sostiene que el origen emancipatorio de los derechos humanos reside en los movimientos sociales, políticos e intelectuales que emergen para confrontar el abuso del poder como estrategias de reivindicación de libertades y como formas de regulación garantista por parte del Estado. En este sentido, los derechos humanos son vehículos contrahegemónicos para buscar o avanzar hacia la dignidad humana, reconociéndola como universal.

Las personas y las colectividades en su diversidad construyen diversos caminos, formas y vías para luchar por la dignidad humana y alcanzar una *vida digna de ser vivida* (Herrera, 2005, p. 28). Este universalismo de la dignidad lleva implícito el reconocimiento de diversas (múltiples, plurales, muy otras) formas de pensar, vivir e interpretar el mundo y la generación de condiciones para hacer



realidad formas de vida y convivencia menos inequitativas y más justas, lo que supone: “un fuerte grado de compromiso ante la multiplicidad y diversidad de sufrimientos e indignaciones que los seres humanos padecen en sus vidas cotidianas” (Herrera, 2005, p. 32).

Al retomar esta perspectiva crítica, el concepto del derecho a la salud, no se reduce a la definición biomédica hegemónica de la “ausencia de enfermedad” sino que debe incorporar diversos elementos que, desde la diversidad cultural y la multiplicidad de contextos sociohistóricos y territoriales, se entiende como la salud centrada en la dignidad humana. De acuerdo con la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946),³ la salud es un elemento esencial para alcanzar un nivel de vida adecuado; la define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OPS, 2014).

Sin embargo, debe entenderse como un parámetro mínimo no excluyente de otras formas de entender, vivir e interpretar la salud. La definición establecida por los sistemas de protección de los derechos humanos requiere ser interpretada a partir del concepto de dignidad humana, ampliando su campo de acción, incorporando los referentes sociales y territoriales y buscando desvincularla del enfoque propio del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1983), legitimado por la ciencia vigente y avalado por los Estados; con lo cual se busca evitar la reproducción de lógicas profundamente mercantilistas y jerárquicas de la salud y la búsqueda del bienestar entendido exclusivamente desde la perspectiva dictada desde el Norte global hacia países del Sur.

Para abonar a otras formas de vivir, entender y atender la salud, el pensamiento crítico latinoamericano ha planteado importantes aportes desde la década de los setenta y a lo largo de los siglos XX y XXI. En el presente capítulo se recuperan algunos de los principa-

³ Constitución de la Organización Mundial de la Salud suscrita en Nueva York, el 22 de julio de 1946. Aprobada: Decreto legislativo número 639, de 29 de junio de 1949. Ratificada: 22 de julio de 1949. Depositado el Instrumento: 26 de agosto de 1949. Publicada: Diario Oficial, tomo LVI, número 32, de 9 de septiembre de 1949. Disponible en: <https://n9.cl/mgxao>

les planteamientos desarrollados por la antropología médica crítica, la epidemiología crítica y la salud colectiva, para ayudar a entender el origen, los conceptos centrales y los horizontes posibles para pensar la salud.

La necesidad de una revisión de los aportes epistemológicos en el campo de la salud desde el Sur está enmarcada por la denominada *crisis de los sistemas de salud* y los retos globales y regionales que se dieron cita en el proceso de implementación de las estrategias emergentes para afrontar las necesidades de salud pública pospandemia global. Hoy resulta urgente e impostergable repensar la salud: el derecho de todas las personas a la salud descentrada de la enfermedad, que reconstruya las prácticas antiindividualistas del cuidado a la salud desde una perspectiva crítica.

LOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS PROCESOS DE SALUD, ENFERMEDAD Y ATENCIÓN: LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA CRÍTICA Y SU DESARROLLO EN LATINOAMÉRICA

La antropología médica es una rama de la antropología social que, sin desvincular la parte biológica, se ha centrado en analizar las dimensiones sociales y culturales de los procesos de salud, enfermedad y atención que ponen en práctica los diferentes conjuntos socioculturales. Este enfoque, desarrollado a partir de la década de los sesenta, propone una forma integral de analizar los procesos biológicos, situando dichos procesos en el contexto histórico, geográfico, político y cultural en el que se presentan distanciándose de las perspectivas biomédicas occidentales que reducen los procesos del cuerpo, incluidas las morbi-mortalidades maternas y los procesos como el nacimiento, exclusivamente a lo orgánico, etiquetándolas como disfunciones biológicas, propias del cuerpo individual del paciente (Martínez Hernández, 2008; Comelles y Martínez, 1993).

Esta rama de la antropología analiza las dimensiones constitutivas de los procesos de salud/enfermedad/atención (S/E/A), diferenciándolas en enfermedad, padecimiento y malestar, en inglés *disease/illness/sickness* (Fábrega, 1974; Good, 1994; Kleinman, 1980 y 1995;



Menéndez, 1983; Young, 1980 y 1995). Cada una se refiere a diferentes aspectos: el biológico (enfermedad/*disease*), el cultural (padecer/*illness*) y el social (malestar/*sickness*).

Desde la perspectiva de Kleinman (1980), la dimensión enfermedad/*disease* se refiere al mal funcionamiento de los órganos o a una mala adaptación de los procesos biológicos; es decir, un estado patológico, denominado así por los médicos y profesionales de la salud, cuyos conocimientos surgen y se estructuran a partir de un cuerpo teórico y técnico desarrollado por la biomedicina. Mientras que el padecimiento/*illness* es una construcción cultural que incluye los procesos de atención, las percepciones, conductas, problemas y demandas en salud de las diferentes poblaciones (Kleinman, 1980, p. 72). La tercera dimensión de los procesos S/E/A es el malestar/*sickness*, el cual, en términos generales, se refiere a los desórdenes que afectan a las poblaciones considerando los factores macrosociales que intervienen en las formas de nacer, enfermar, sanar y morir (Osorio, 2000, p. 33).

Young (1982), ampliando la visión propuesta por Fábrega, Good y Kleinman, desarrolla una perspectiva crítica de los procesos de salud, enfermedad y atención; define el malestar/*sickness* como el proceso mediante el cual se expresan tanto el padecer/*illness* como la enfermedad/*disease*; es decir, el proceso de socialización de las dimensiones de los distintos modelos explicativos, tanto los del paciente como de los curadores o profesionales de la salud (Young, 1982). Esta postura integra al análisis las relaciones de poder de los diferentes actores que participan en el proceso de salud enfermedad y atención (S/E/A) (Menéndez, 1992), sin dejar de lado el contexto social, cultural, económico y político y los diferentes factores macrosociales que intervienen en el proceso de nacer, enfermar, sanar y morir (Osorio, 2000). Singer y Bear señalan que el enfoque crítico en la salud:

[...] enfatiza la importancia de las fuerzas políticas y económicas, incluido el ejercicio del poder, al moldear la salud, la enfermedad, la experiencia del padecer y el cuidado de la salud. En nuestros esfuerzos por construir una antropología médica crítica, buscamos desmontarla de su subordinación a la biomedicina (que no significa

alejara de la colaboración con los proveedores de salud) para llevarla hacia una comprensión más holística de las causas del padecer, las características clasistas, racistas y sexistas de la biomedicina como sistema hegemónico, las relaciones entre los sistemas médicos y las estructuras políticas, las disputas en las relaciones entre pacientes y médicos, la visibilización de la experiencia del sufrimiento de enfermar y la capacidad de actuar y resolver el problema de salud, en diversos y contrastantes contextos político-económicos (traducción propia Singer y Bear, 1995, pp. 5-6).

Cabe distinguir tres grandes aproximaciones para comprender los procesos de salud, enfermedad y atención (S/E/A) desde la perspectiva crítica. En primer lugar, las relaciones entre conocimiento y poder, recuperando las aportaciones de las ciencias sociales para visibilizar las distintas fuerzas y relaciones de poder que afectan los cuerpos de ciertos conjuntos sociales de formas diferenciales y que definen las formas de atención de la salud de las personas. En segundo lugar, comprender el contexto histórico, económico, político, socio cultural, geográfico y ambiental en los que se presentan los procesos de S/E/A, debido a que las características específicas de cada contexto influyen en la construcción de las estructuras de desigualdad que impactan en las formas de enfermar y resolver los problemas de salud; al comprender el contexto desde una perspectiva crítica se posibilita la identificación de los distintos sistemas de atención a la salud y su organización jerárquica particular (Young, 1992).

Finalmente, la tercera aproximación busca, a partir del *análisis de casos* concretos recopilados durante el trabajo de campo, los *factores meso y macroestructurales* que influyen en las formas en las que las personas nacen, enferman y mueren.

Esta corriente es una estrategia de buscar vincular el macro nivel de la economía política, el nivel nacional de la estructura política y de clases, el nivel institucional del sistema de atención en salud, el nivel comunitario de creencias populares, el micro nivel de la experiencia de la enfermedad y de sus conductas, significados y fisiología y el nivel de los factores ambientales (Singer, 1995, en Martínez Hernández, 2008, p. 154).

A fin de focalizar el desarrollo de la antropología médica en México, es central recuperar los estudios de Aguirre Beltrán (1963), médico



de formación, quien analizó diferentes dimensiones de la salud en las comunidades indígenas y afro; sus aportes son consideradas las base fundacionales de la disciplina en la región, ya que incorporó factores esenciales para el análisis, por ejemplo, la visibilización de la problemática en el encuentro entre el sistema de la medicina tradicional y el sistema colonialista, occidental y biologicista de atención a la salud, en el marco de la conformación del Estado mexicano. Asimismo, encabezó estudios pioneros sobre los grupos afroamericanos y participó en la conformación del modelo de integración indígena. Si bien, su postura política dista de la perspectiva crítica, sí logró hacer visible la relevancia de la dimensión cultural como factor que incide en las formas de entender la salud y en las prácticas para resolver los problemas de salud.

Posteriormente, pero sin dejar de lado los aportes de Aguirre Beltrán, se desarrollan perspectivas críticas. Menéndez, retomando las reflexiones de Gramsci (1891-1937) sobre el materialismo histórico y la teoría de la cultura muestran la contradicción dialéctica de la cultura popular y la occidental-hegemónica, dando dinamismo y enriquecimiento la teoría antropológica; desarrolla los fundamentos la antropología médica crítica desde Latinoamérica (Aguirre Beltrán en Campos, 2016) (Eduardo Menéndez, 1983; 1984; 1990; 1992; 1997; 2004; 2016; 2020).

Influenciado por la perspectiva crítica de la antropología médica anglosajona, incorpora al análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención (S/E/A) las especificidades socioculturales, económicas y políticas latinoamericanas, tomando distancia de la antropología clásica, que no incluía en sus reportes etnográficos sobre la salud y la enfermedad, el rol de los procesos globales y de la economía política, ni contemplaba los procesos de colonización e imperialismo, procesos históricos centrales para una comprensión de las diversas concepciones de la salud de los diversos conjuntos socioculturales y étnicos de la región.

Menéndez señala que, dada la diversidad de saberes para entender la salud y las múltiples prácticas para atender la enfermedad, resulta necesario desarrollar una herramienta teórico-metodológica que

permita explicar las distintas formas de atención a los problemas de salud; así introduce el Modelo Explicativo de Atención Médica (Menéndez, 1983 y 2020), conformado por el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo alternativo subordinado (MAS) y el modelo de atención basado en la autoatención (Menéndez, 1983).

Estas herramientas heurísticas ayudan, entre otros aspectos, a mirar las dinámicas de poder entre diferentes formas de entender la salud y atender a enfermedad, a visibilizar las estrategias que despliegan las personas para resolver sus problemas de salud de acuerdo con sus contextos socioculturales y condiciones de vida y a comprender el papel del Estado y el mercado en la salud de las poblaciones.

El modelo médico hegemónico (MMH) es eminentemente biomédico, evolucionista, positivista, cientificista, ahistórico, basado en la eficacia pragmática y jerárquico, características estructurales que convierten los procesos de salud, enfermedad y atención en cuestiones individualistas y definidas por el mercado. Este modelo, excluye tanto ideológica como jurídicamente a otros conocimientos, saberes y formas de atención alternativas.

La lógica del control biomédico instaurado en las instituciones de salud, que controlan de las formas de nacer, enfermar y vivir, está vinculada con la producción y el capitalismo.

Recordemos que, desde los años treinta, los Estados establecieron sistemas de atención a la salud para garantizar que los cuerpos productivos sigan siendo productivos para el mercado y para la guerra o que trajó consigo el desarrollo de las ciencias biomédicas, como la farmacología, la inmunología y la cirugía, convirtiéndose como la forma hegemónica internacional de atención a la salud “que influye de manera creciente en la demanda de pacientes” (Menéndez, 2020, p. 2), confinados en los espacios clínicos, en donde los procesos y los cuerpos son vigilados y controlados (Foucault, 1966).

En el modelo médico hegemónico se desarrollan submodelos corporativos de la salud, los cuales se estructuran a través de la jerarquización, la burocratización y las formas de control de la productividad. El modelo corporativo privado traslada la responsabilidad de la salud



a los individuos lo cual produce indudablemente desigualdades en el acceso a la prevención y atención de la salud de acuerdo con la capacidad de pago; el modelo corporativo público depende de las legitimaciones ideológicas y políticas de cada Estado en el marco del contexto regional (Menéndez, 2016).

Por otro lado, el modelo alternativo subalterno, integra una diversidad de conocimientos, saberes y prácticas curativas, incluidas las denominadas medicinas tradicionales, que tienen en común la falta de legitimidad del conocimiento biomédico; sin embargo, si en un periodo de tiempo se logra consolidar su efectividad pragmática, pueden ser asimilados por el modelo hegemónico, como en el caso de la acupuntura y la homeopatía, que ya forman parte de algunas currículas de formación biomédica.

En la región latinoamericana, las medicinas tradicionales se expanden en todo el territorio; generalmente se basan en mecanismos de atención comunitaria y familiar, con fuertes raíces históricas. Estas medicinas, surgieron y se desarrollan desvinculadas del mercado capitalista y cuentan con alta efectividad simbólica entre los conjuntos sociales que las practican y reproducen. La perspectiva intercultural crítica integra tanto las dimensiones simbólicas como étnicas de los procesos de salud, enfermedad y atención en articulación con la dimensión económica y política, destejando y buscando comprender las relaciones interculturales en su complejidad, tomando en consideración el interjuego de la cooperación y la competencia, la simetría y asimetría, la cooperación y la lucha entre las diferentes formas de ver y vivir la salud (Menéndez, 2016).

Como ejemplos de la importancia de la interculturalidad como objeto de estudio desde la perspectiva crítica y que responden a la necesidad de la reivindicación de los derechos de los pueblos indígenas en la región os estudios interculturales desarrollados por Carlos Zolla (1988, 1994) sobre la medicina tradicional en México, las investigaciones de antropología aplicada que integran las costumbres tradicionales en diálogo con los servicios de salud en México y los estudios sobre la cosmovisión indígena y la atención de la enfermedades tradicionales –empacho– en Latinoamérica y México de-

sarrolladas por Roberto Campos (2000, 2010, 2016, 2017); los análisis sobre la salud colectiva y la autonomía en salud del pueblo mapuche en Chile publicados por Andrés Cuyul (2012), por mencionar algunos. Sin embargo, la fuerza del MMH, ha transformado las prácticas y es cada vez más común que curadores, curanderos y parteras tradicionales utilicen fármacos durante la atención a los padecimientos y síndromes de filiación cultural (Fagetti en Campos, 2016).

Finalmente, el modelo de autoatención hace referencia a las acciones conscientes que realizan las personas y sus redes cercanas –grupos parentales, familiares o comunales– en torno a la salud y la enfermedad, pero que se realizan independientemente de los sistemas de atención biomédica o tradicional. Este sistema de *real* de atención se robustece en los momentos en los que el Estado pierde legitimidad y las personas no acuden a los servicios de salud.

Retomando el modelo explicativo del pluralismo médico, se han desarrollado estudios a partir de la década de los setenta en México y en la región, que analizan el interjuego de la ideología y las prácticas de salud. Esta perspectiva permite develar factores ocultos en los sistemas de salud, lo que en palabras de Giovani Berlinguer son “las contradicciones de un sistema” (Berlinguer, 1994).

En este sentido, resulta prudente retomar un ejemplo contemporáneo: nos encontramos en un momento histórico, las respuestas ante la pandemia por COVID-19 evidenciaron profundas desigualdades, rezagos de los sistemas de salud y múltiples barreras que enfrentan los grupos subalternos para acceder al derecho a la salud. Si bien, los países del Norte global presentaron respuestas sanitarias integrales que incidieron en sus tasas de mortalidad con relación al coronavirus SARS-CoV-2, también se mostró, en países como los Estados Unidos de América, la prevalencia de grandes sectores de la población en condiciones de precariedad sanitaria, sin acceso a la seguridad social, que ensancharon las tasas de mortalidad por causas relacionadas a la COVID-19.

De acuerdo con reportes publicados desde los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), entre los factores que más incidieron en los fallecimientos por la COVID-19 en Estados



Unidos, se identifican la raza y la pertenencia étnica, “develando el racismo estructural que ha permeado en las políticas públicas en salud” (CDC, 2022).⁴ Analizar la respuesta a un problema de salud pública, como fue la pandemia por la COVID-19, permite poner en evidencia los factores estructurales que inciden en la condición de posibilidad de sobrevivir a una pandemia para algunas personas y las barreras como limitantes para generar condiciones de sobrevivencia para quienes pertenecen a grupos racializado o minoritarios.

La antropología médica crítica y la epidemiología crítica permiten acercarnos al análisis de las profundas desigualdades sociales, políticas y económicas de los grupos racializados y las minorías étnicas y a las formas en que la atención a la salud opera de manera diferencial, en un marco de políticas ideológicas racistas y discriminatorias que ponen el riesgo la vida de los grupos subalternos, amenazando el acceso al derecho a la salud en condiciones de igualdad.

REPRODUCCIÓN SOCIAL, SOCIEDAD-NATURALEZA Y DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD: LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA LATINOAMERICANA

Aunque se ha desarrollado en capítulos anteriores de este libro, resulta necesario integrar algunas características del desarrollo de la epidemiología crítica desde el Sur.

La epidemiología es una ciencia que investiga desde una perspectiva poblacional los fenómenos sanitarios, como la distribución, frecuencia, determinantes y consecuencias tanto psicológicas, psicológicas y sociales de las enfermedades; la distribución, frecuen-

⁴ El racismo estructural incluye “... las políticas racistas de larga data y las prácticas discriminatorias en todas las instituciones, incluidas las agencias gubernamentales y la sociedad, que impide el acceso a varios grupos raciales y étnicos en condiciones de igualdad a los recursos vitales (como la atención de la salud, la vivienda y los alimentos) y a las oportunidades (como el empleo y educación) que promueven la salud y el bienestar general. El impacto desproporcionado de la COVID-19 destaca cómo estas desigualdades influyen negativamente en los resultados de salud” (CSTE. “Addressing Gaps in Public Health Reporting of Race and Ethnicity Data for COVID-19: Findings & Recommendations Among 45 State & Local Health Departments”).

cia y determinantes de los riesgos a la salud, las formas de control y las modalidades e impacto de las respuestas que implementan los sistemas de salud para atenderles (López Moreno et. al., 2000).

En la década de los setenta, frente a las propuestas epistemológicas del Norte anglosajón, se gestó en la región latinoamericana una crisis que cambió el paradigma de los estudios epidemiológicos buscando la deconstrucción de conceptos fundacionales y proponiendo nuevas formas de teorizar y actuar sobre la realidad social en salud en la región. Esta crisis surge paralelamente al movimiento antihegemónico de la salud colectiva, enfocada en las acciones comunitarias de prevención de los riesgos a la salud (Ayres, 1993; Iriart C, Waitzkin H, et.al., 2002 en Hernández, 2009).

En contraste con la epidemiología convencional –funcionalista, como señala Oscar Feo en el capítulo anterior–, la epidemiología crítica surge distinguiéndose desde lo ontológico y epistemológico, así como desde lo metodológico y la *praxis*:

La epidemiología crítica es un término utilizado para expresar una propuesta latinoamericana frente a la llamada epidemiología convencional de tradición más anglosajona y de hemisferio norte. La Epidemiología Crítica se concibe como uno de los ejes disciplinares del movimiento de la medicina social, en conjunto con la planificación y las ciencias sociales en salud. Es decir que se ubica en un contexto como disciplina dinamizadora de la salud colectiva como movimiento alternativo de salud pública (Hernández, 2009: pp. 18-19).

Esta nueva epidemiología ha sido impulsada por Naomar Almeida Filho (1989) en Brasil, Jaime Breilh y Edmundo Granda, desde el grupo de Quito en Ecuador y por Asa Cristina Laurell (1982) en México, entre otros(as) científicos de la salud que apuntaron la necesidad de una visión integral de los procesos de salud, enfermedad y cuidado que recuperan las acciones comunitarias.

La epidemiología crítica incorpora tres categorías centrales: reproducción social, metabolismo sociedad-naturaleza y determinación social de la salud. Este nuevo posicionamiento epistemológico integra los aportes de la dialéctica del pensamiento científico, el posicionamiento sociopolítico y la determinación comunitaria de la ciencia desarro-



llada por Kuhn (2006) y, la perspectiva de Bordieu sobre el rol de *habitus* en la producción teórica y la práctica científica en un marco determinado por las relaciones de poder, en el que se disputan las formas de enunciar la salud y actuar sobre la salud (Breilh, 2013).

Incrustada en el paradigma de histórico-social de la salud, la epidemiología crítica subraya la importancia de integrar al análisis otros factores como las estructuras, la política y las condiciones de vida de las personas y de los colectivos; desde esta perspectiva los factores socioeconómicos son retomados como determinantes sociales de la salud y no únicamente como factores de riesgo, tal como señala la epidemiología biologicista convencional.

La epidemiología crítica reconoce más la politicidad de su accionar en el sentido que puede favorecer transformaciones en los procesos que producen enfermedad. El epidemiólogo debería asumir un papel militante en cuanto a que se le considera un sujeto político que puede producir movilización social para afectar los determinantes estructurales o socioeconómicos. Para la epidemiología convencional su accionar es más limitado como disciplina de la salud pública y reconoce que es a esta última a quien le corresponden intervenciones (Hernández, 2009, p. 20).

Al subrayar el rol político del quehacer epidemiológico, se apunta hacia un análisis complejo sobre la salud y la vida, lo que además en la región latinoamericana no sólo es pertinente sino necesario. Cabe señalar que, desde sus inicios la epidemiología crítica, se ha enriquecido con los enfoques eco-sustentables, políticos y de las luchas por la justicia a través de movimientos contrahegemónicos; distanciándose del paradigma mercantilista, individualista y biologicista de la salud y de la salud pública empírico-funcionalista, que expulsa de la ecuación las concepciones solidarias, centradas en la vida más que en la enfermedad y hacia la construcción de modos de vivir saludables.

De acuerdo con sus impulsores y tal como ha subrayado Oscar Feo en sus intervenciones y publicaciones, si bien la epidemiología crítica latinoamericana se tejió en los espacios académicos, siempre ha estado vinculada e inspirada en los pueblos que buscan superar

las condiciones opresoras del régimen capitalista y alejarse de las lógicas burocráticas (Breilh, 2013).

La incorporación los otros determinantes de la salud; es decir, factores tanto estructurales como las condiciones sociales, culturales y ambientales, las condiciones de vida y de trabajo, las redes sociales y comunitarias, los estilos de vida de las personas y las particularidades biológicas de cada persona, como la edad, sexo, factores físicos y genéticos, a partir de una interpretación situada en un marco sociohistórico y territorial particular, permite a los estudios epidemiológicos alejarse de la explicación fenoménica, reduccionista, fragmentaria de las realidades en salud, de la causa-efecto como primicia organizadora del pensamiento en salud, y la reificación de esta relación (causa-efecto) como herramienta para la identificación de los factores de riesgo, propia de la epidemiología convencional del modelo médico hegemónico (Breilh, 2013; Menéndez, 2000).

Otras aportaciones centrales a la disciplina en Latinoamérica han sido, en distintos momentos: a) la incorporación del enfoque de las inequidades determinadas por clase, género y etnia, mientras que en la década de los noventa, se retomó la recuperación del sujeto y el reconocimiento la construcción intercultural como contestación contrahegemónica a la sociedad de mercado (Breilh, 1997); b) los aportes desde el realismo crítico materialista (Laurell, 1982; Breilh, 1997) y c) el desarrollo de la etnoepidemiología y la epidemiología desde el pensamiento de Habermas desarrolladas por Filho y Krieger, respectivamente (Breilh, 2023).

Estas miradas críticas surgen en respuesta a las reformas económicas y políticas del modelo neoliberal, que han transformado las condiciones y los estilos de vida, el cuidado de la salud de las personas y los conjuntos sociales, respondiendo a los intereses geopolíticos y del mercado. Actualmente, la epidemiología crítica se ha desarrollado en la región, promoviendo la refundación de los sistemas de salud, la emancipación sanitaria y la justicia y equidad en salud, lo que se visualiza como un horizonte posible.



LOS ENFOQUES CRÍTICOS EN SALUD Y EL BUEN VIVIR: UNA RECONFIGURACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

Para pensar desde el *buen vivir* o *bien vivir* la salud (Quijano, 2014), corresponde enfocarse en la vida y no en la enfermedad, en la salud integral como un elemento de vida en armonía con el medio ambiente y la naturaleza y no es la salud como una mercancía enmarcada por intereses de individualización y privatización. Estas posturas se enfrentan a la encrucijada de los intereses individualistas de las industrias de la salud y del capital que se “mueve” en los pasillos de las políticas neoliberales, ofreciendo un horizonte posible, a través de la emancipación de los saberes y las prácticas, la construcción de sociedades saludables:

La sociedad saludable implica, sobre la base de la sustentabilidad soberana y organización solidaria del convivir, el contar con la posibilidad real de modos de vida que consoliden y perfeccionen, en los diferentes espacios socio culturales, la preeminencia de procesos protectores y soportes, colectivos, familiares e individuales, que posibiliten el predominio de formas fisiológicas y psíquicas que sustenten una buena calidad de vida biológica y psíquica, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de noxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, disfrute del placer y la espiritualidad (Breilh, 2010, p. 98).

Estas sociedades saludables se construyen siempre desde lo colectivo a partir de movimientos específicos que buscan una otra construcción de la vida, de la autonomía desde el cuerpo individual y social. Sin embargo, el garantizar el derecho a la salud, tal como ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud, no resulta suficiente, sobre todo cuando señala que la salud es el completo bienestar físico, mental y social, porque hace referencia a un nivel individual y no colectivo; esta concepción sigue la lógica hegemónica de la biomedicina (Menéndez, 1984) sin situar a las personas socio-histórica y políticamente (Laurell, 1982) e invisibilizando la complejidad de los procesos de salud, enfermedad y atención de los colectivos sociales.

Los esfuerzos contemporáneos para repensar la salud se comparten en los debates regionales de descolonización de las teorías y de las políticas (Basile y Hernández, 2021), en los espacios de generación de conocimiento crítico en salud, a fin de fortalecer las voces de los grupos y organizaciones comunitarias, de los activistas, de defensores de derechos humanos y actores clave de los Estados hacia una construcción democrática de la salud y la atención integral del Sur.

Al retomar la perspectiva crítica de los derechos humanos, se abre la posibilidad de ubicar la dignidad al centro como eje fundamental del buen vivir y de una vida saludable en la que se incluya la diversidad de grupos y conjuntos sociales. Se plantea como un reconocimiento de los saberes de las comunidades, una relación respetuosa y armónica con los sistemas ecológicos y la reducción de las brechas de inequidades desde un enfoque intercultural e interseccional. Esto sólo será posible, en la región a partir de la lucha por el derecho humano a la salud como resultado de un movimiento social, de la mano con la investigación-acción comprometida para la descolonización de las teorías y la refundación de los sistemas de salud, visualizando un horizonte posible más equitativo y justo para todos, todas y todes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIRRE** Beltrán, Gonzalo. (1963). Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial. Instituto Nacional Indigenista/Fondo de Cultura Económica, México.
- _____. (1986). Antropología médica. CIESAS.
- ARIAS** Marín, Alán. (2013). Contribución a una teoría crítica de los derechos humanos. Revista de Derecho de La UNED (RDU-NED), (13).
- AYRES**, José Ricardo. (1993). Elementos históricos e filosóficos para la crítica da epidemiologia, Rev. Saúde Pública; 27(2): 135-44.
- BASILE**, Gonzalo; Hernández Reyes Antonio et al. (2021). Refundación de los sistemas de salud en América Latina y del Caribe:



descolonizar las teorías y políticas. 1a ed. Buenos Aires: CLACSO, Grupos de trabajo de CLACSO.

BERLINGUER, Giovanni. (1994). *la enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*. Buenos Aires.

BREILH, Jaime. (1997) *Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad [tesis de maestría en Medicina Social]*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. México.

_____. (2010). *Las tres "S" de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud en "Determinacao Social da Saude e Reforma Sanitaria" (R Passos, organizador) Rio de Janeiro: CEBES Coleção "Pensar emSaúde", pp. 87-124.*

BREILH, Jaime. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31 (supl. 1): S13-S27.

_____. (2023). *Critical Epidemiology and the People's Health*. New York: Oxford University Press; 2021. Accessed March 6, 2023.

CASTRO, Roberto (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires. UNAM-CRIM, 2011.

CAMPOS Navarro, Roberto. (2010). *La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud*. México.

_____. (2017). *Veinticinco años de políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en la región andina. Una aproximación a los casos de Chile, Bolivia y Venezuela (1990-2015)*. *Boletín americanista*, ISSN 0520-4100, núm. 74.

_____. (2000). *El empacho en la medicina mexicana. Antología siglos XVI-XX (2000)*. Instituto Nacional Indigenista, México.

_____. (2010). *La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud*. México.

- _____. (coord.). (2016). Antropología médica e interculturalidad. McGraw Hill Education, México.
- COMELLES**, Josep María; Martínez Hernáez, Ángel. (1993). Enfermedad, cultura y sociedad un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina. Universidad Complutense de Madrid.
- CUYUL**, Andrés. (2012). Salud intercultural y patrimonialización de la salud mapuche en Chile. En: Historia, colonialismo y resistencia en el país mapuche. Temuco: Comunidad de Historia Mapuche.
- DE Sousa Santos**, Boaventura. (2011). Introducción: las epistemologías del sur. Formas Otras. Saber, nombrar, narrar, hacer. Seminario llevado a cabo en IV Training seminario de jóvenes investigadores en Dinámicas Interculturales, Barcelona.
- FÁBREGA**, Horacio Jr. (1974). Disease and social behavior: An interdisciplinary perspective. The MIT Press. Unites Estates of America.
- FILGUEIRA**, Fernando et al. (2020). América Latina ante la crisis del COVID-19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social, serie Políticas Sociales, núm. 238 (LC/TS.2020/149), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- FREYERMUTH**, Graciela. (2010). Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas. Un análisis desde la inequidad. Informe de desarrollo Humano en Chiapas, Documentos de trabajo. México: PNUD.
- _____ y Sesia, Paola. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica, en Desacatos núm. 20, CIESAS, México, enero-abril 2006.
- FOUCAULT**, Michel. (1966 [2012]). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. México, Siglo XXI.
- GETINO** Canseco, María; Martínez Hernández, Ángel. (1992). Nuevas tendencias en la antropología de la medicina. En ROL, Revista de Enfermería, Año XV, núm. 172, diciembre.
- GOOD**, Byron. (1994). Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Cambridge University Press, Engalnd Gramsci, Antonio. (31 de diciembre de 1978). Antología, Siglo XXI.



- HABERMAS**, Jürgen. (2010). El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos, *LV Dianoia*, 64, 6 (mayo).
- HERNÁNDEZ**, Luis Jorge. (2009). Qué critica la epidemiología crítica: Una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho. *Boletín del Observatorio en Salud*, vol 2, núm 4.
- HERRERA** Flores, Joaquín (2005). Los derechos humanos como productos culturales. *Crítica del humanismo abstracto*. Los libros de la Catarata. Madrid, España
- IRIART**, Celia; Waitzkin Howard et al. (2002) *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*, *Rev Panam Salud Pública*; 12(2): 128-130.
- KLEINMAN**, Arthur. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration in the borderland between Anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, USA: University of California Press.
- _____. (1995) *Writing at the margins. Discourse between anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press. USA.
- KUHN**, Thomas. (2006). *La estructura de las revoluciones científicas. Breviarios*. Fondo de Cultura Económica. México.
- LAURELL**, Asa Cristina. (1982). *Acerca de la Reconceptualización de la Epidemiología*. *Salud Problema* 8, Primera Época, junio.
- _____. (1982). *La salud-enfermedad como proceso social*. *Cuadernos Médicos Sociales* núm. 19, enero.
- LÓPEZ** Moreno, Sergio, Garrido Latorre, Francisco, Hernández Ávila, Mauricio. *Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica*. *Salud Pública Mex*, 1 de marzo; 42(2): 133-4.
- MARTÍNEZ** Hernáez, Ángel. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Editorial Anthorpos, Barcelona.
- MENÉNDEZ**, Eduardo Luis. (1983). *Modelos hegemónicos, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Características estructurales. Hacia una práctica médica alternativa*. He-

gemonía y autoatención (gestión) en salud. CIESAS. Cuadernos de la Casa Chata. México.

MENÉNDEZ, Eduardo Luis. (1984). Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales, ISSN-e 0185-0636, núm 23.

_____. (1990). Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179, p. 107-38, 165-203.

_____. (1992). Modelo hegemónico, Alternativo subordinado, modelo de autoatención. La antropología Médica en México; 1ra Edición, Universidad Autónoma Metropolitana.

_____. (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie, en Nueva Antropología, núm. 51, México, febrero.

_____. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli, H (Compilador). Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires.

_____. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. CIESAS México.

_____. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colectiva [online]. v. 16, e2615.

OMS (Organización Mundial de la Salud). (1949). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Diario Oficial, tomo LVI, núm. 32, 9 de septiembre, Ginebra, Suiza.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (1994). Lo biológico y lo social su articulación en la formación del personal de salud. Washington, D.C. 1994 - xii, p.161].

OSORIO C. Rosa María. (2000). Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente ante los padecimientos infantiles. CIESAS, INAH, INI. México.

QUIJANO, Aníbal (2014). Bien vivir: entre el “desarrollo” y la des/colonialidad del poder”. En Cuestiones y horizontes: de la depen-



dencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. Buenos Aires: CLACSO.

SANDOVAL Álvarez Rafael, Epílogo. Retos del pensar epistémico, ético y político, pp. 160-167 en Leyva, X. et. al. (2015) Prácticas otras de conocimiento(s): Entre crisis, entre guerras. 1a edición digital, Buenos Aires: CLACSO; Chiapas: Cooperativa Editorial Retos; Lima: Programa Democracia y Transformación Global (PDTG); Copenhague: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA); La Habana: Talleres Paradigmas Emancipatorios-Galfisa; Coimbra: Proyecto Alice-Espejos Extraños, Lecciones Insospechadas; Guadalajara: Taller Editorial La Casa del Mago. Tomo III.

SINGER, Merrill & Hans A., Baer. (1995). *Critical Medical Anthropology*. First Published. Routledge, New York, USA.

_____. (2011). *Introducing Medical Anthropology: A discipline in Action*. AltaMira Press, 2th edition.

TERRIS, Milton. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social, Siglo XXI*, México. Zolla, Carlos; del Bosque, Sofía; Tascón, Antonio y Mellado María Virginia. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

YOUNG, Allan. (1980). An anthropological perspective on medical knowledge. *Journal of Medicine and Philosophy* 5 (2):102-116.

_____. (1992). *Interpretations of illness: Syncretism in modern Ayurveda* in Charles, Leslie & Allan Young (editors). *Paths to Asian medical knowledge*. First edition. Series Comparative Studies of Health Systems and Medical Care. University of California Press. USA.

_____. (1995). *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

ZOLLA, Carlos, Sofía del Bosque, Antonio Tascón y Virginia Mellado (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

_____ y Mata Pinzón, Soledad. (1994). *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, México, INI.

Sistema de salud en México: aportes para la descolonización de nuestro conocimiento político sanitario

LUIS ENRIQUE PÉREZ SILVA

INTRODUCCIÓN

Desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud, es imprescindible un ejercicio de deconstrucción, para analizar la lógica interna, los medios y el contexto de cómo el colonialismo y la colonialidad propagaron su dominio epistemológico sobre las teorías y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe a lo largo del último siglo.

Nuestra epistemología de la salud fue implantada desde Estados Unidos y Europa en las primeras décadas del siglo XX en los ministerios/secretarías de salud, escuelas de salud pública, y también en la arquitectura de los sistemas de salud, en el marco del colonialismo sanitario de enfermedades tropicales, el modelo biomédico clínico centrado en la enfermedad individual, el preventivismo, una salud pública funcionalista y su epidemiología eurocéntrica.

A partir de la década de 1980, se implementó una agenda de la salud global liberal, materializada en una serie de reformas organizacionales e institucionales desde el enfoque de las teorías, políticas y prácticas del Norte global. Bajo este contexto, la propuesta de la protección social neoliberal, basada en el pluralismo estructurado para servicios de salud, promovida por organizaciones financieras internacionales,



gobiernos latinoamericanos caribeños y academias de México (Londño y Frenk, 1997), tuvo como propósito la expansión de mercados regulados de cobertura financiera a través de seguros de salud que culminaron en la premisa global de promoción neoliberal de la cobertura universal en salud (Basile y Hernández Reyes, 2021).

Este artículo asume un ejercicio de revisión crítica de las teorías y políticas de reformas sanitarias en México desde las epistemologías de refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe para descolonizar teorías y políticas (Basile y Feo, 2022).

Basile (2022) introduce las epistemologías de *refundación de los sistemas de salud* parten del malestar, del inconformismo, de la autocrítica y revisión de los procesos precedentes en el campo de la teoría crítica latinoamericana caribeña sobre sistemas de salud (Basile y Hernández Reyes, 2021). Como también (re)imaginar nuevos puntos de partida significa afrontar diversas resistencias a lo nuevo y abrir transiciones. Conocer desde el Sur, para refundar los Sistemas de Salud del Sur es un pensar y actuar como sujeto epistemológico con orientación geopolítica y de prácticas de estudio como político-sanitarias (Basile y Feo, 2022).

Los estudios sobre sistemas de salud en el siglo XXI no bastan sólo con pensarlos hacia y desde México o desde América Latina y el Caribe, ya que aún continúan basados en teorías, políticas y prácticas eurocéntricas, de salud global y panamericanas (Basile y Hernández Reyes, 2021).

Refundación configura e introduce un nuevo punto de partida con múltiples trayectorias simultáneas posibles desde lo teórico, en lo técnico-político, en las prácticas, luchas y ecología de saberes nacidas de los territorios y comunidades, y en ventanas temporales de la propia acción política de la gestión y gobierno en la refundación de los sistemas de salud para responder a los desafíos epidemiológicos, socioambientales y territoriales (Basile y Feo, 2022).

Actualmente, México busca dejar atrás las políticas neoliberales en salud y las reformas que trajo el pluralismo estructurado de mercado de coberturas sanitarias en el país.



El propósito de este trabajo es realizar una breve caracterización del sistema de salud de México haciendo visibles sus dependencias sanitarias, describiendo desde donde fueron pensadas y desarrolladas las múltiples teorías y políticas de reformas sobre sistema de salud mexicano implantadas en el país, para que las y los lectores obtengan aproximaciones de comprensión en la búsqueda de descolonizar y romper con las concepciones dominantes del debate actual sobre el sistema de salud en México.

PRIMERAS APROXIMACIONES: DEL PANAMERICANISMO A LA SALUD GLOBAL NEOLIBERAL EN MÉXICO

Determinados actores globales del vigente sistema-mundo construyeron por décadas un conjunto de tramas simbólicas, culturales y políticas que en tanto hegemónicas (Gruppi, 1978) reproducen narrativas totalizantes logrando instalar un conjunto de ideas, creencias, valores e intereses que son internalizados como supuestas grandes verdades de la salud pública y de la salud internacional (Basile, 2018).

Realizar una revisión sistemática sobre las dimensiones de la salud como asunto internacional, de cómo la geopolítica determina la agenda político-sanitaria y cómo la salud en el Sur global es condicionada por las relaciones del actual sistema mundo (Wallerstein, 2005), implica trabajar la genealogía de la llamada salud internacional del panamericanismo (SPI) y salud global liberal (SGL), que aparecen como ejes disciplinadores de las reflexiones, teorías, metodologías, agendas y acciones políticas en este campo. Marcando que la doctrina panamericana sanitaria es una doctrina de política exterior de Estados Unidos que gobernó toda la concepción geopolítica y práctica de la salud pública en Latinoamérica y el Caribe desde finales del siglo XIX (Basile, 2022).

La concepción panamericana de la salud pública desarrollada por el Servicio Marítimo de Hospitales de la Marina de los Estados Unidos (hoy Organización Panamericana de la Salud) fundó toda una con-

cepción de *enfermología* de control de fronteras, vigilancia militar de enfermedades sobre los incipientes Estados nación modernos de Latinoamérica y el Caribe. México fue parte de esta concepción y agenda panamericana a la salida del colonialismo, desarrollando toda una concepción del control de enfermedades, el comercio, los puertos y las fronteras que atravesaron la concepción mexicana de la higiene a la salud pública moderna.

IMPLANTACIÓN DE LA MEDICINA ESTATAL

A finales del siglo XIX en Latinoamérica, comienza la transición de las sociedades precapitalistas a capitalistas, surgen cambios en la estructura organizativa del Estado, explicada como una transformación necesaria a la fase inicial de la implantación del capitalismo. México estaba en composición para convertirse en una república federal por lo que su participación en la creación de políticas de salud fue mínima, los hospitales no eran instituciones médicas ni la medicina una profesión hospitalaria; funcionaban estos bajo esquemas de caridad, y quienes trabajaban en ellos lo hacían para expiar culpas o servir a Dios atendiendo a los desprotegidos.

En el periodo de 1880 a 1930 surgió la medicina estatal, vinculada a la influencia de los intereses económicos estadounidenses y de una manera especial a la familia Rockefeller (Agostoni, 2013); su interés principal estará en la sanidad marítima, debido a que por los puertos se realizaba el intercambio de mercancías entre los países y por lo tanto era un lugar clave para la economía. La lucha contra las enfermedades que justificaba las cuarentenas han de ser en América Latina y el Caribe, el punto de partida para la transformación y el desarrollo de la medicina (García, 1981). La medicina y la salud pública ejercerán un efecto de control sobre la sociedad moderna.

Durante diez años los oficiales de la Fundación Rockefeller trataron de introducir, sin éxito alguno, campañas de salud pública y educación en el país. Fue hasta 1920 cuando finalmente se firmó el acuerdo para las campañas contra la fiebre amarilla. De esta manera, la entrada filantrópica de la fundación Rockefeller al territorio nacional se vio



amparada por programas de salud pública, y posteriormente por programas de educación y capacitación médica (Solórzano, 1996).

A finales de 1924, y bajo un acuerdo bilateral, la Fundación inició la campaña contra la uncinariasis, enfermedad a la que se culpaba de frenar el desarrollo económico y cultural de México. Es a partir de estas campañas cuando el sistema de salud mexicano empezó a adquirir las modalidades que caracterizaban a la medicina estadounidense (Solórzano, 1996).

La educación fue un componente esencial de la estrategia de la Fundación Rockefeller. Esta creía que un grupo de élite de científicos formados en medicina moderna y salud pública difundiría sus conocimientos adquiridos en la sociedad a través de la investigación y la enseñanza. Este enfoque no sólo ahorró dinero permitiendo a la Fundación implementar programas en más lugares, sino que los nacionales capacitados estarían en una mejor posición para difundir la teoría y la práctica de una manera culturalmente relevante (Birn, 1996).

Decenas de funcionarios de salud mexicanos, recibieron subvenciones y becas para visitar oficinas de salud pública y centros de investigación de América del Norte. Estos administradores garantizarían que el modelo panamericano en salud se mantuviera firmemente vigentes y que una nueva generación de funcionarios de salud pública recibiría una formación similar (Birn, 1996).

Además de influir en la salud pública del emergente sistema de salud mexicano, los becarios de la Rockefeller introdujeron características esenciales que identifican a la profesión médica mexicana de nuestros días. Dentro de estas características resalta la continua justificación de la profesión médica mexicana en ámbitos internacionales, su dependencia técnica y académica de programas diseñados en el extranjero y el profundo dilema de resolver los problemas de salud nacional con marcos de referencia internacional. En consecuencia, la profesión médica en México enfrenta serias dificultades para mantener su propia identidad nacional (Solórzano, 1996).

En el periodo que va de 1930 a 1950 ocurrió en América Latina el ascenso de la atención médica en su camino hacia el predominio sobre el saneamiento y otras prácticas, el hospital es el símbolo y espacio privilegiado de esta supremacía. La atención médica ha de satisfacer necesidades en forma diferente según el grupo social al cual se dirige; los grupos urbanos medios lo han de hacer a través de la práctica privada y de la seguridad social, el proletariado mediante los seguros sociales de enfermedad y los obreros no especializados o los campesinos a través de la asistencia pública (García, 1981).

SURGIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EUROCÉNTRICA MEXICANA

Ante el proceso industrializador de principios del siglo XX, cada vez había más presión para mitigar la cuestión social y los efectos e impactos del capitalismo industrial de mercado en las sociedades europeas, alimentado en un contexto donde sobrevolaba el fantasma del comunismo que se difundía rápidamente por todo el continente europeo, sumándose a la organización de sindicatos y partidos políticos que comulgaban con estas ideas. Posiblemente fue la Alemania de Bismarck la primera que enfrentó de manera distinta el problema. Para evitar la radicalización de las ideas marxistas en Europa, se promueve asegurar a los trabajadores frente a la enfermedad, la muerte y la invalidez un seguro para la enfermedad y contingencias del trabajo industrial de mercado.

Claro que este seguro alemán ponía en el centro cómo desactivar los conflictos sociales en el seno de las transiciones del capitalismo industrial de mercado y la necesidad de reparar cuerpos enfermos que se reinserten al modo de producción industrial.

En poco tiempo, esta concepción del surgimiento de una seguridad social eurocéntrica para sostener el orden social liberal económico se extendió por todo el continente europeo y surgieron las primeras leyes y múltiples normativas de seguridad social en el Norte global (Garciamarín, 2019), que luego en el siglo XX la Organización Interna-



cional del Trabajo (OIT) lo empieza a extender internacionalmente y universalizar a través de misiones de implementación del seguro social bismarkiano en la región de Latinoamérica y el Caribe. Una de las primeras misiones es en México.

Mientras esto ocurría en Europa, Latinoamérica y el Caribe atravesada por los procesos de herencias coloniales y de colonialidad prácticamente no habían iniciado procesos de industrialización temprana en el capitalismo dependiente que aún mantenía enclaves de extracción de materias primas y sus dinámicas fueron diferentes por situarnos en la periferia (antes colonias). Aunque ya había conflictos laborales, que incluso escalaron –como los de Cananea y Río Blanco en México–, la realidad es que todavía no existía esa gran sensación de expansión de lo público y de proteger el orden social liberal (Garciamarín, 2019).

A raíz de la crisis de 1929 aumentó el interés de las naciones en los problemas del trabajo y la seguridad social, América Latina y el Caribe había comenzado un leve proceso de industrialización, con lo que tarde o temprano vendrían a la región los mismos problemas que sufrían los países europeos, como la creciente influencia de los movimientos del comunismo, anarquismo y socialismo entre los obreros industriales. Esto generaría un aumento en las demandas laborales y permitiría que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ganara terreno con sus modelos eurocéntricos de protección social. Para evitarlo, era necesario tratar estos temas regionalmente, y el lugar ideal para hacerlo era la VI Conferencia Internacional Panamericana de 1928. En ella deberían proponerse alternativas al respecto, lo que incluía la creación de un organismo panamericano que tuviera la misma función de la OIT, pero controlado regionalmente (Garciamarín, 2019)

Para discutir la seguridad social, la misma OIT impulsó la creación de la Conferencia de Mutualidades y Cajas de Seguros en 1927; antecedente directo de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) y hermana mayor de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). En ella participaron diferentes representan-

tes de cajas de seguro de enfermedad para intercambiar información relevante sobre la práctica de sus sociedades y de diferentes instituciones aseguradoras (Garciamarín, 2019).

En 1942, representantes de diferentes países de Latinoamérica y el Caribe se reunieron en Santiago de Chile con el fin de discutir sobre el bienestar, la guerra y las herramientas que tenían los Estados para enfrentar los riesgos del trabajo. El principal resultado de estas discusiones fue la creación de la CISS, organismo internacional que tenía el objetivo de fomentar el desarrollo de la protección y seguridad social en las Américas en una concepción claramente panamericana de la seguridad social europea (Garciamarín, 2019; Basile, 2018).

La instauración de la seguridad social eurocéntrica surge en México derivada de las exigencias de algunas demandas de la Revolución mexicana, pero principalmente de la importación del modelo bismarkiano por misiones de OIT en el marco del propio proceso de industrialización, debido a que el desarrollo de la economía necesitaba de segmentos de clase obrera sana para garantizar la permanencia de los trabajadores industriales en la cadena de producción. El Estado se asume como tutelar de los sectores más precarizados de la población y se reconoce como responsable de la protección social especialmente insertados en el mundo del trabajo, como respuesta a las problemáticas sociales que afectaban la salud (Castañeda, 2010).

En las presidencias de Madero, Obregón y Cárdenas se prepararon varios proyectos de la Ley de Seguro Social, pero ninguno tuvo éxito (Mesa-Lago, 1985). Será bajo el cardenismo cuando realmente comience el proceso de centralización y planificación que implicará la relativa pérdida de autonomía del nivel provincial y municipal en lo normativo. Se presenta el proyecto de creación del Instituto de Seguros Sociales el cual proponía que el Instituto tuviese una aportación por parte del Estado, los trabajadores asegurados y los patrones, para poder cubrir enfermedades profesionales, enfermedades de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación voluntaria (Cotonieto-Martínez, 2020).



La aprobación del proyecto, por parte del Consejo de ministros y la Cámara de Diputados, se concretó hasta el año de 1938; sin embargo, su creación no se llevó a cabo, en parte, por las condiciones socioeconómicas que atravesaba el país debido a la crisis derivada de la expropiación petrolera; además la Cámara de Diputados consideró que el documento necesitaba sustentarse con un mayor número de estudios actuales (Cotonieto-Martínez, 2020).

En 1943, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), adoptando el modelo de seguridad social bismarkiano, contemplando las recomendaciones de la OIT, y respetando los compromisos adquiridos en la Conferencia de Santiago de Chile de 1936. Se planteaba un modelo de salud y seguridad social con aportaciones, base actuarial, contratos colectivos, prestaciones y un instituto para cumplir con sus funciones (Garciamarín, 2019). Se establece una serie de seguros de vejez, invalidez y muerte, enfermedad-maternidad y riesgos profesionales para los trabajadores de la economía formal y para los grupos urbanos marginales que no tienen seguridad social, la institucionalización de obras asistenciales, a través de la secretaria de salud (López Arellano y Jarillo Soto, 2017).

A mediados del decenio del 50 comenzó la lenta extensión de la cobertura del IMSS a sectores rurales: asalariados permanentes, ejidatarios integrados a cooperativas y sociedades, pequeños granjeros, asalariados estacionales, y trabajadores en plantaciones importantes como caña de azúcar, henequén, tabaco y café. Este proceso fue precedido y acompañado por una creciente organización sindical agrícola, brotes de rebeldía en el campo y el establecimiento de organizaciones nacionales con cierto activismo político, pero a pesar de estos avances legales, la cobertura de la población agrícola a fines del decenio del 60 no llegaba al 7 por ciento (Mesa-Lago, 1985).

Más adelante, en 1959, se fundó el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y posteriormente se consolidaron los servicios de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de Petróleos Mexicanos (Pémex). Así se institucionalizó des-

de una perspectiva eurocéntrica la desigualdad sanitaria en la región, estableciendo la segmentación, la estratificación y la fragmentación de los sistemas y servicios de salud que naturalizará las inequidades sociales por género, clase social y territorio (Basile, 2020).

APS PARA EL SUBDESARROLLO DEL SUR GLOBAL Y LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS CARIBEÑOS

En el contexto geopolítico de la crisis del capitalismo industrial de mercado y de la hegemonía de Estados Unidos durante las últimas décadas de la guerra fría, se consolida un concepto y estrategia global que comienzan a impulsar organismos internacionales para el Sur global que se denominará: Atención Primaria de la Salud (APS). Aunque su surgimiento, ideación y expansión era anterior.

Antes de Alma Alta existieron experiencias previas en APS, por ejemplo, en el siglo XVII en Rusia y algunos países de Europa central y oriental, se empleó personal no médico, entrenado para resolver problemas de salud a nivel rural: los *Feldsher*; otra experiencia exitosa fue los médicos descalzos de China, que acompañaron la revolución cultural a finales de la década de los sesenta del pasado siglo. Dos ejemplos menos conocidos en América es la “medicina simplificada” en Venezuela (1962), y los Programas de Salud Comunitaria que en la década de los setenta pusieron en práctica, a través del cuidado a la salud, los postulados de la teología de la liberación y las ideas de Paulo Freire sobre educación popular. Estas experiencias en APS comunitarias estaban concebida sobre valores y prácticas de aprendizaje colectivo, de defensa del derecho a la salud, trabajo comunitario, compromiso con el pueblo, y se desarrolló en el marco de estrategias de lucha política y organización de las comunidades para el combate contra las dictaduras y por la revolución (Feo y Basile, 2024).

A finales de 1960 hubo un aumento de los proyectos de la OMS relacionados con el desarrollo de servicios básicos de salud. Estos proyectos fueron antecesores institucionales de los programas de APS que aparecerían posteriormente.



En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud realizada en 1978 en Alma Ata, se reconocen las graves desigualdades sociosanitarias existentes, al tiempo de reclamar un nuevo orden mundial que permitiera salud para todos, introduciendo por primera vez el debate del Derecho Universal a la salud, como responsabilidad de los Estados y basados en Atención Primaria en Salud, definida como una estrategia intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los individuos y la comunidad (Feo y Basile, 2024; OMS, 1978).

Pocos años después de la Declaración de Alma Ata, los principales gobiernos y, por tanto, los organismos internacionales como la OMS y la UNICEF, proponen una APS Selectiva o Simplificada que consistía en un paquete de acciones de bajo costo (intervenciones costo-efectivas) dirigidas a las poblaciones pobres. Fue la primera propuesta neoliberal en salud que combinaba prestaciones básicas y focalización en los más pobres. Muchos países adoptaron esta visión limitada y sesgada hacia la disminución de costos, ampliamente promovida por las instituciones de financiamiento internacional y algunas agencias bilaterales mediante una política social residual para los pobres que se centraba en proporcionar un paquete básico de servicios (Feo, 2019).

En el 2003, la OPS y la OMS promovieron una reunión para analizar y evaluar las lecciones aprendidas en 25 años de APS, como resultado del proceso se elaboró una propuesta que hoy se conoce como APS renovada y se complementa con las Redes Integradas de Servicios de Salud y Sistemas de Salud basados en la APS. Hoy la APS en sus largas tesis totalizantes y bandera incluso de movimientos globales, forma parte simultáneamente del discurso y las políticas tanto de un salubrisimo médico-social desarrollista que aboga por volver a Alma Ata como también al mismo tiempo es uno de los pilares del gran capital, de las propuestas de reformas del Banco Mundial incluyendo los sistemas de salud basados en APS promovidos post-Astana (Feo y Basile, 2024).

En México se ha transitado por diversas experiencias en APS; se pueden mencionar algunos ejemplos entre ellos las Unidades Sanitarias Cooperativas creadas en 1928 derivadas de las propuestas que estaban surgiendo a nivel internacional de crear unidades de salud locales encargadas de ampliar el alcance de la salud pública, apoyadas desde la Fundación Rockefeller. Estas unidades eran responsables de las estadísticas vitales y de salud, el control de enfermedades infecciosas, la capacitación de parteras y el desarrollo de actividades de saneamiento, potabilización del agua, control sanitario de la leche e higiene escolar, materna e infantil (Gómez-Dantés y Frenk, 2019).

En 1936, se forman los Servicios Médicos Ejidales Cooperativos, que operaron en las regiones geográficas de mayor productividad agrícola, como Yucatán y la Comarca Lagunera. A los pocos años se convirtieron en los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, que se financiaron con recursos federales y estatales y con contribuciones de los propios campesinos (Gómez-Dantés y Frenk, 2019).

Para 1977, se creó el programa COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados) y en 1979 se firmó un convenio entre IMSS y COPLAMAR para dar atención médico-hospitalaria (en coordinación con la Secretaría de Salud y Asistencia) a 10 millones de habitantes en zonas rurales marginales.

El IMSS-COPLAMAR constituye un programa de atención médica focalizado en la comunidad, y que funcionó en regiones donde los recursos para la salud son mínimos y cuyas condiciones económico-sociales son notoriamente deficitarias (Mesa-Lago, 1985; Menéndez, 1984).

Algunos otros programas instituidos con base en la APS fueron el Modelo de Atención de Salud para la Población Abierta (MASPA) que se inició en 1985 y se reforzó en 1995; después se impulsó el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) el cual se elaboró durante el sexenio 2000-2006; sin embargo, su implementación fue hasta el año 2012 (en el cual se afirma que no era sustitución del



MASPA, sino un reforzamiento del modelo inicial); y posteriormente se adoptó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) elaborado por la Secretaría de Salud en el año 2015.

Uno de los principales problemas que han enfrentado dichos modelos ha sido su diferente interpretación y su limitada implementación, existiendo una confusión conceptual entre APS y el primer nivel de atención enfocada a tareas de promoción de la salud (INSABI, 2021).

PERIODO NEOLIBERAL DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Se entiende como neoliberalismo a la fase del desarrollo del capitalismo que impone una forma de comprender el mundo y organizar la sociedad basada en la acelerada reproducción del capital, las desregulaciones y liberalización del comercio, la financierización de la economía real y la vida en las sociedades de mercado post-industriales (Feo, 2008).

Lo que conocemos como neoliberalismo está sustentado en grandes principios:

1. El fundamentalismo del mercado, que exalta la libre movilización del capital, la libertad de comercio y el libre flujo de los factores de la producción.
2. El desmantelamiento de los estados nacionales, la desaparición de las fronteras para la actividad económica, y la pérdida de poder y soberanía de las naciones periféricas.
3. La homogenización de las culturas y costumbres, imitación de patrones de consumo, fortalecimiento de la ideología consumista, que genera un onsumismo desaforado y una alienación que crea expectativas de vida no acordes con la realidad (Feo, 2008).

Asimismo, el neoliberalismo promueve diversas acciones para lograr sus intereses:

1. Privatizaciones: no sólo en la perspectiva de transferencias de empresas del sector público al privado, sino la conversión de derechos sociales en objetos de mercado. La salud y la educación, tradicio-

nalmente considerados derechos ciudadanos, pasan a formar parte de los intereses económicos y en muchos países se integran a los circuitos de acumulación.

2. Desregulación del mercado de trabajo: el modelo neoliberal produce desempleo, flexibilización y precarización del empleo, aumento del empleo informal, y un notable incremento de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales.
3. Focalización de los programas sociales: usualmente las instituciones internacionales y las naciones identifican a la pobreza y la exclusión social como grandes problemas a combatir y diseñan medidas para ello. No advierten que el problema fundamental no es la pobreza; que ella es sólo manifestación y síntoma de la inadecuada e injusta distribución de la riqueza social. En consecuencia, se diseñan programas focalizados hacia los pobres, en ausencia de políticas sociales de carácter estructural para enfrentar los problemas reales de la economía, no sólo de los países, sino del mundo (Feo, 2008).

En la década de los 80, se instala el neoliberalismo en América Latina y con el vendrían una serie de reformas al Estado y los bienes públicos con la intención de mercantilizar todos los bienes sociales para la vida, incluyendo la salud. Este periodo comienza con una tendencia recesiva de las economías latinoamericanas, siendo en 1982 cuando se llega a su punto más agudo. La inflación, la deuda externa, el aumento del desempleo, el déficit fiscal, son manifestaciones de la crisis que se estaba viviendo en la región y en México (Laurell, 2015).

El modelo implementado en esta década se caracterizó por el dominio del mundo por un grupo de instituciones financieras y grandes corporaciones, que promueven privatizaciones, exalta la libre movilización del capital, la libertad de comercio, y el libre flujo de los factores de la producción, excepto la fuerza de trabajo, que continúa sometida a múltiples y variadas restricciones (Laurell, 2015).

Para poder operar este nuevo modelo, se necesitaba reformar al Estado en sus vertientes económicas, políticas y sociales con el propósito fundamental de reducir la acción estatal en distintos ámbitos para liberar las fuerzas del mercado sin que ello ponga en entredicho el nuevo orden social. Los países se agrupan en bloques que corresponden, a tres distintos tipos de Estados de bienestar que se



distinguen por el grado de desmercantilización-mercantilización y por la cobertura y calidad de los beneficios y servicios sociales públicos (Esping-Andersen, 1991).

INSTAURACIÓN DEL NEOLIBERALISMO EN MÉXICO

Desde 1983 se inició en México, el tránsito al modelo neoliberal, siendo durante la administración de Miguel de la Madrid, cuando se avanzó en la implementación de las reformas estructurales impulsadas en ese entonces por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, las cuales, incluyeron entre otras medidas la reducción drástica del gasto público, la contracción del crédito, la elevación de las tasas de interés, el incremento de los impuestos al consumo, así como la contención salarial, mediante la imposición de topes salariales, además se inicia la privatización de las empresas estatales.

Correspondió al gobierno de Salinas de Gortari (1989-1994) impulsar la nueva estrategia trazada en el tesoro estadounidense y en los organismos multilaterales, el llamado Consenso de Washington, el cual es un acuerdo entre un grupo de instituciones financieras (Organización Mundial de Comercio, Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial), estrechamente vinculados a los intereses de los Estados Unidos, para imponer un modelo económico y de desarrollo que controlará al mundo y subordinará la vida social a los intereses privados, con el objetivo de maximizar sus ganancias y beneficios. La agenda del Consenso de Washington fue desarrollada en lo profundo de la crisis de la deuda y propugnaba tipos de cambio competitivos para promover un incentivo para el crecimiento de las exportaciones, liberalización de importaciones, la generación de ahorros domésticos adecuados para financiar la inversión (principalmente ajustando la política fiscal), y por recortar el hinchado papel del Estado para permitirle concentrarse en la provisión de servicios públicos básicos y un marco para la actividad económica.

El Consenso de Washington salió a la luz por primera vez en el artículo "Lo que Washington quiere decir cuando se refiere a las

reformas de políticas económicas”, publicado en 1990 por el propio Williamson. Los principales dogmas de fe sobre los que reposa el decálogo son los siguientes:

- Sobre el papel del Estado: dado que el sector privado gestiona más eficientemente los recursos que el sector público, los gobiernos deben disminuir al Estado a su mínima expresión y dejar en manos del sector privado la mayor parte de su gestión aun cuando se trate de servicios universales (como el acceso al agua potable o a la electricidad). El Estado debe ser un mero facilitador de los negocios del sector privado (estabilidad), un regulador ocasional de los excesos del mercado (programas de alivio de la pobreza y protección del medio ambiente) y un garante de la paz social (gobernanza).
- Sobre las ventajas de la globalización: las economías de los países deben internacionalizarse a toda costa. Hay que abrir fronteras al capital, atraer el máximo de inversión extranjera, tratar que la producción doméstica salga y las empresas extranjeras se instalen en territorio nacional. En una palabra, hay que trasnacionalizarse. La extranjerización de las economías, lejos de ser un problema para los países empobrecidos, los capitalizará al tiempo que se les suministrará la tecnología de la que carecen.
- Sobre la distribución: la presencia de los polos de desarrollo y de las élites prósperas desencadenará un proceso de cascada de riquezas desde estos polos hasta las clases menos favorecidas (Martínez-Rangel y Soto-Reyes, 2012).

El Tratado de Libre Comercio América del Norte (TLCAN) fue la cezeza del pastel de la nueva estrategia, ya que consolidó el modelo neoliberal, se trató de un acuerdo entre gobiernos y grupos empresariales oligopólicos que veían en la integración una palanca importante para ampliar sus mercados y zonas de operación e influencia, así como para maximizar sus beneficios (Guillén, 2012). En el siguiente sexenio, con Ernesto Zedillo, el país entró en una profunda crisis económica, que agudizó las políticas neoliberales en el país.

El siguiente periodo presidencial fue el fin del ciclo político del Partido Revolucionario Institucional (PRI) y la llegada al gobierno del Partido Acción Nacional (PAN) con Vicente Fox (2000-2006) y con Felipe Calderón (2006-2012), estos gobiernos tampoco significaron algún cambio en la estrategia económica basada en el Consenso



de Washington. Se siguieron aplicando políticas macroeconómicas procíclicas, se continuó con la agenda de reformas estructurales planteada por los organismos multilaterales, y se mantuvieron sin alteraciones la apertura comercial, la apertura financiera y el programa de privatizaciones, recurriendo a la privatización disfrazada del petróleo y la electricidad, actividades que la Constitución mexicana reserva a la explotación exclusiva del Estado (Guillén, 2012). Con el regreso del PRI a la presidencia (2012-2018) se generó un pacto para concretar varias reformas neoliberales importantes, entre ellas la apertura a las empresas extranjeras para explotar los recursos naturales del país, además se firma un nuevo Tratado de Libre Comercio entre los países de América del Norte, que traerá repercusiones sociales en la población.

POLÍTICAS NEOLIBERALES EN SALUD

Con respecto a las políticas en salud, los gobiernos neoliberales, las ven como un ámbito que no pueden dejar de lado para no perder legitimidad, y como un terreno de clientelismo y de control poblacional corporativo. No obstante, su gran proyecto es constituirlos en otro terreno de mercantilización y generación de ganancias para el capital (Laurell, 2017). La política neoliberal en salud, a partir de los años ochenta, modeló el sistema sanitario a través de reformas que se basaban en los siguientes ejes: reconfiguración del financiamiento, privatización de lo público rentable, selectividad de intervenciones, focalización de poblaciones, impulso al aseguramiento individual y conformación de paquetes básicos de atención (López Arellano y Jarrillo Soto, 2017).

Una primera reforma de salud es diseñada por el Banco Mundial en 1993, teniendo una orientación mercantilizadora de la atención médica combinada con un Paquete de Servicios Esenciales para los pobres financiado con recursos fiscales (Banco Mundial, 1993). Esta reforma generó una creciente desprotección en salud con un aumento en el gasto de bolsillo y un extenso descontento social. Para entonces el impacto del recorte del gasto social sobre los servicios públicos de seguridad social y de los ministerios abrió terreno a un

nuevo discurso que cuestionó la vigencia del derecho a la salud como responsabilidad del Estado.

Las nuevas funciones que asumiría el Estado corresponden a la producción de bienes públicos, en la definición de la economía neoclásica, y los bienes privados con grandes externalidades, así el gobierno debería hacerse cargo de acciones costo-efectivas mínimas dirigidas a aquellos que fracasasen en conseguir los bienes de salud en el mercado, o sea los muy pobres y para ello deberían definirse un paquete de servicios esenciales que no trastocaran el mercado y la competencia, la separación de funciones del sistema sanitario mexicano, las funciones esenciales de la salud pública en el marco del reformismo neoliberal.

En este esquema los privados se entienden como el individuo o la familia, el llamado tercer sector y los empresarios con fines de lucro. El individuo y la familia, especialmente las mujeres, se destacan como los principales responsables de la salud. Deben adoptar medidas de promoción y prevención y, sobre todo, adoptar estilos de vida saludables.

Las organizaciones no lucrativas o el tercer sector sustituirían a las instituciones públicas en las acciones de salud de baja complejidad, particularmente para los pobres, ya que son consideradas más eficientes y eficaces y menos burocráticas. Inicialmente, el documento *Invertir en salud* causó entusiasmo porque reunió muchos discursos diferentes sobre salud y puso un énfasis importante en la promoción y prevención, y en la participación de la sociedad civil, temas largamente reclamados por los sanitaristas progresistas. Sin embargo, su proyecto articulador o su agenda oculta es construir el mercado de salud. Para ello es necesario separar las funciones de regulación o modulación, de la administración de fondos/compra de servicios y de la prestación de servicios. En la redistribución de quehaceres le toca al Estado el papel regulador y de subsidiar a los pobres mientras que a las empresas les toca prestar los servicios clínicos o discrecionales compitiendo entre sí por los pacientes (Laurell, 2013; Banco Mundial, 1993).



El restringido acceso a los servicios para la mayoría de la población y su creciente deterioro junto con la introducción de programas estrictamente focalizados para distintos grupos vulnerables, por un lado, y la falta de una demanda respaldada con fondos de salud, por el otro, llevaron a los organismos supranacionales a plantear una segunda reforma de salud que propone la cobertura universal como la política que lograría equidad en el acceso a los servicios y la protección de las familias contra un gasto catastrófico de salud (Laurell, 2013). Eso de cobertura universal fue una manera de apelar en el discurso al derecho de la salud, pero tiene un contenido distinto, porque los que impulsaron la cobertura universal usaron un lenguaje que sonaba como si fuera para garantizar el derecho a la salud, en vista de que es un valor social muy extendido, pero con esa expresión lograron encubrir cuál era la política real, una política, de mercantilización o privatización y excluyente (Lima, 2017).

En México la instauración de las políticas neoliberales en salud inicia con la reforma constitucional de 1983 para reconocer el derecho a la protección en salud e incluir al sector privado como parte constitutiva del sector salud. Esta reforma además abrió la posibilidad de participación a la competencia entre los prestadores de servicios públicos y privados. Dicha modificación constitucional estableció que la Ley General de Salud de 1984 definiría las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecería la concurrencia entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, se impulsa la compactación de estructuras administrativas y la descentralización de los servicios de primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud a las 32 entidades federativas (Uribe y Abrantes, 2013; Laurell, 2011).

En la presidencia de Zedillo se adopta la transición hacia el modelo de pluralismo estructurado expresado en el programa de Reforma del Sector Salud, con el cual, se reordena los servicios y programas bajo las lógicas de focalización de poblaciones y selectividad de intervenciones, con reducción sostenida del financiamiento sectorial, estableciéndose el primer paquete de servicios y tratamientos que incluía 13 intervenciones como parte de las acciones básicas, en el ámbito de la secretaria de Salud. Entre 1995 y 1997 se aproba-

ron una serie de reformas al IMSS que culminó con la introducción de un nuevo sistema pensionario basado en cuentas individuales gestionadas por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE). Derivado de la resistencia del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, y del partido de izquierda PRD, se logró derogar algunos artículos de esta reforma como el 89 y 213 relacionados con la reversión de cuotas y con la posibilidad de convenios con empresas privadas para la prestación de servicios de salud para los derechohabientes del IMSS; sin embargo, no se evitó la privatización de las pensiones, continuando con la reforma de pensiones del ISSSTE en 2007 (Uribe & Abrantes, 2013; Laurell, 2011).

A partir del año 2000 se hicieron nuevos intentos para reorganizar el llamado Sistema Nacional de Salud (SNS). Particularmente, en el 2003 se llevó a cabo la reforma a la Ley General de Salud mediante la cual se creó el Sistema de Protección en Salud (SPSS). Esta iniciativa surgió a partir de la propuesta de alcanzar la cobertura universal para un número delimitado de intervenciones por medio de un instrumento financiero de aseguramiento, sin entrar en contradicción con la lógica neoliberal. Este sistema promueve un seguro voluntario subsidiado, conocido como Seguro Popular (SP), financiado con 80% de recursos públicos federales y lo restante procedente de contribuciones estatales y cuotas establecidas para los beneficiarios, teniendo acceso a un paquete básico de servicios esenciales, contenido en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), y un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Así, el planteamiento de universalidad se reduce a un seguro médico para los que carecen de seguridad social laboral (Laurell, 2013; Uribe y Abrantes, 2013).

La red de prestadores de servicios siguió estando integrada principalmente por los centros de salud y hospitales de los servicios estatales de salud. Sin embargo, la presencia privada se extendió en otros aspectos como la contratación de farmacias privadas para la dotación de medicamentos y en el suministro de servicios de lavandería y vigilancia (Uribe y Abrantes, 2013).



Durante el gobierno de Felipe Calderón, el programa no sólo se mantuvo, sino que añadió nuevos componentes como el seguro médico para los niños nacidos a partir de 2006 y la estrategia Embarazo Saludable, aspectos que equivalían a otro tipo más de segmentación y a la generación de nuevos problemas de inequidad en salud (Uribe y Abrantes, 2013).

Hasta la presidencia de Peña Nieto, no se logró cumplir con la cobertura universal (20 millones de mexicanos sin aseguramiento) de acuerdo con CONEVAL (2019). No hubo un aumento en la atención de padecimientos o intervenciones como de gastos catastróficos, los afiliados al SP siguieron teniendo un alto gasto de bolsillo, ya que se veían obligados a pagar los servicios excluidos, tampoco se fortaleció suficientemente la infraestructura pública de salud.

En este periodo neoliberal, la industria privada aparece como facilitadora del capital requerido para construir y equipar hospitales, clínicas y laboratorios a cargo del estado y encontrar en el campo de la salud un escenario de extracción de renta, así comienzan nuevas y complejas relaciones entre la industria de medicamentos y de equipos tecnológicos, la prestación de servicios de atención médica, los seguros médicos y el sector accionario y financiero. El SP favoreció mercados privados, corruptos, y pérdida de soberanía en salud.

PROTAGONISMO DEL COMPLEJO MÉDICO INDUSTRIAL FINANCIERO EN EL SISTEMA DE SALUD

En los últimos 30 años, el desarrollo científico técnico y el nuevo paradigma tecno productivo han cambiado el sentido de la salud y la medicina a nivel internacional, pasando a ser de una práctica eminentemente clínica, a una de elevada densidad tecnológica, cambio fundamental que coloca a la salud y la medicina como componente importante de la economía, al constituirse como un factor de producción y acumulación de capital.

Esto coloca al Complejo Médico Industrial Financiero (CMIF) como un actor muy influyente en la definición de las políticas sanitarias, políti-

ca industrial, el desarrollo de profesionales de la salud, e investigación y parece evidente que su interés no es la salud de la población, sino la concreción de sus ganancias en la figura de corporaciones privadas que lucran de la enfermedad (Feo y Basile, 2024).

En México, a partir de 1982, la industria farmacéutica (parte del CMIF) sufrió un proceso de transición en los procesos de inversión y comercio. Se liberaron los precios de los productos farmacéuticos, se descentralizaron las compras de medicamentos de las instituciones federales, inició la desgravación arancelaria y se eliminaron las restricciones en la industria. Proceso que culminó, con el Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLCAN) en 1994 (Amaro, 2021). Estas disposiciones políticas, jurídicas, económicas, que dismantela la capacidad de regulación del estado, visualizan el campo de la salud, como un campo de negocio, en el cual, la industria farmacéutica obtiene máximas ganancias.

Otros cambios importantes atravesados por este CMIF en México, son los provocados por las reformas en el régimen de protección social en salud, impulsadas por organismos financieros internacionales, que promovieron cambios estructurales en la organización en los servicios de atención a la salud, y en el financiamiento; para convertir lo público en lo privado, donde el gobierno paga, y alguien que puede ser el gobierno o preferentemente privados dan el servicio, privatizando las ganancias y socializando las pérdidas. En esa perspectiva la propuesta de cobertura universal pareciera ser funcional al capital y al mercado al llevar implícito el aseguramiento con participación protagónica del sector privado.

Las organizaciones privadas, a través de diferentes estrategias y mecanismos, como cabildeo con funcionarios públicos, acuerdos con hospitales y convenios con universidades públicas para desarrollo e investigación, entre otras, forman oligopolios dentro del mercado de la salud con consecuencias negativas, encareciendo los productos, muchas veces aprovechando la regulación o sobre-regulación de medicinas, equipos y materiales de curación.



Durante el periodo neoliberal existía un mecanismo corporativo donde pocas empresas privadas (incluidos políticos) concentraron los insumos de la salud, en el caso de la adquisición de medicamentos, los permisos de almacenes y depósitos y de licencias para el desarrollo de materias primas, se repartieron entre cinco empresas durante el sexenio anterior, las cuales concentraron el 70% de los medicamentos comprados por el IMSS, equivalente al 47% del total de medicamentos adquiridos durante el periodo por el Gobierno federal (IMSS, ISSSTE, Pémex, Sedena, Semar, Seguro Popular e institutos) (Flores, 2019).

GOBIERNO ANTINEOLIBERAL EN MÉXICO

En las últimas décadas ha surgido una oleada de gobiernos anti-neoliberales y nacionales populares en América Latina y Caribe, aunque en muchos de estos gobiernos el campo de la salud y especialmente de los sistemas de salud neoliberalizados fue una deuda. En algunos países como Bolivia, Brasil, Venezuela o Argentina, las políticas públicas implementadas favorecieron avances en derechos sociales mejorando la vida digna; el derecho al trabajo, la protección del salario, la seguridad social, la educación, los cuales se relacionan con la salud (Lima, 2017). En estos Estados se promueve que todos sus ciudadanos disfruten del bienestar porque reconoce que todos tienen iguales derechos.

En el 2018, llega a la presidencia de México, el primer gobierno nacional y popular, que plantea un proyecto antineoliberal, a partir de un modelo de desarrollo económico y social equitativo, sostenido y balanceado; pero poniendo en el centro la desarticulación del neoliberalismo.

Su Plan Nacional de Desarrollo está regido por los siguientes doce principios: 1) Honradez y honestidad. 2) No al gobierno rico con pueblo pobre. 3) Nada al margen de la ley; por encima de la ley, nadie. 4) Economía para el bienestar. 5) El mercado no sustituye al Estado. 6) Por el bien de todos, primero los pobres. 7) No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera. 8) No hay paz sin justicia. 9) El respeto al

derecho ajeno es la paz. 10) No más migración por hambre y violencia. 11) Democracia significa el poder del pueblo. 12) Ética, libertad y confianza.

Los principios señalados son los puntos centrales del nuevo consenso nacional, el cual tiene como centro la convicción de que el quehacer en su conjunto –el económico, el político, el social y el cultural– debe ser orientado a alcanzar el bienestar de la población. El papel del gobierno de México es recuperar su función de árbitro en empezar a cumplir sus mandatos constitucionales como guardián de los derechos individuales y colectivos y asumir plenamente sus facultades como impulsor y conductor de la economía (Presidencia de la República, 2019).

Actualmente se está transitando de una política focalizada y privatizadora en salud, que dejó un sistema fragmentado, segmentado, precario, deteriorado e insuficiente, con una distribución desigual de los recursos, y con una industria de insumos y medicamentos controlados por intereses privados, hacia otra cuya base se sustenta en caminos y transiciones hacia la universalización del derecho a la salud y la producción de soberanía sanitaria (Basile, 2023).

Para intentar lograr esto, el gobierno de López Obrador toma como ejes rectores el fortalecimiento de lo público, con rectoría del Estado, federalización e integración de funciones, atención médica y medicamentos gratuitos, unificación del sistema de salud, basada en atención primaria en salud integral e integrada (Tetelboin, 2020).

Una de las primeras acciones estratégicas efectuadas, fue modificar la Ley General de Salud, para extinguir al Seguro Popular y crear el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (Gobierno de México, 2020), con la intención de garantizar atención sanitaria y medicamentos gratuitos a las personas sin seguro social (seguridad social IMSS), con ello termina formalmente la aplicación de una política de paquetes segmentados de atención, el subsidio a la demanda con financiamiento a coberturas (sin fortalecer los servicios de salud pública) y garantizar el acceso universal y gratuito a la salud y medicamentos para la población sin seguro social.



El INSABI fue un instrumento para el proceso transicional que buscó desarticular la lógica del subsidio a la demanda a través del Seguro Popular, tanto jurídica como estructural, y en paralelo impulsar actualmente una universalización de respuestas integrales desde IMSS-Bienestar.

El IMSS-Bienestar se fundamente a partir de un programa derivado de la institución más sólida dentro del sistema de salud de México como es IMSS, buscando aprovechar su experiencia de atender a la población no asegurada, que no opera bajo el financiamiento tripartita, y tiene su propia infraestructura, y recursos humanos.

Originalmente era un programa de operación rural con capacidad geográfica y operativa limitada, ahora se consolida las unidades de salud, hospitales, personal de salud, y los mecanismos de financiamiento, y su transferencia a las instituciones fuertes y estables de la federación para mejorar y optimizar su funcionamiento. Los servicios del programa son gratuitos y están dirigidos a la población sin seguridad social, actualmente 23 entidades federativas están dentro del programa.

El eje estratégico para conducir la política en salud de la cuarta transformación es el denominado proyecto de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I Mx). Este modelo recoge la noción básica en APS y comparte las recomendaciones de la reunión de la alta comisión de la OPS del 2019, pero adopta características específicas requeridas para su desarrollo en la realidad mexicana, tiene un enfoque de promoción, prevención e integralidad, con un primer nivel de atención con capacidad resolutoria, en el marco de redes integradas e integrales de salud (RISS), con perspectiva de derechos, territorial, familiar, comunitario e intercultural, resolutorio e intersectorial, y que incorpore la medicina complementaria e intercultural, con la participación comunitaria bajo mecanismos efectivos de participación social (Gobierno de México, Secretaría de Salud, 2019).

En este gobierno se han logrado avances en el combate a la corrupción de la compra de medicamentos; en agosto de 2020, se hizo la última reforma a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servi-

cios del Sector Público (LAASSP) en la que la adquisición de bienes o prestación de servicios para la salud, que contraten las dependencias y/o entidades con organismos intergubernamentales internacionales, se consideren como una excepción a la ley, derivada de esta reforma la compra para 2021 se efectuó a través de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyecto, pero con la reforma estas compras se podrían hacer a través de cualquier otro organismo intergubernamental.

Bajo el nuevo esquema, la distribución de fármacos e insumos médicos del gobierno quedó a cargo de Laboratorios Biológicos y Reactivos de México (Birmex), empresa propiedad del Estado mexicano que, hasta antes de agosto de 2020, fungía como intermediario para la adquisición de vacunas y algunos medicamentos con las instituciones del sector salud. (Chávez, Hernández, Masse, Torres, 2021). Estos cambios han ocasionada conflictos con la industria privada, que han derivado entre otras cosas con el desabasto de los fármacos contra el cáncer en niños, el cual, oportunamente fue solucionado.

Otros avances son el fortalecimiento de la infraestructura construyendo y rehabilitando hospitales públicos, se han contratado más médicos generales y especialistas (para satisfacer esta necesidad, se contrató médicos cubanos), se ha articulado los servicios de atención para las personas sin seguridad social a partir de una columna vertebral que es el IMSS-Bienestar, avanzando entre la homologación de servicios entre la población asegurada y la que no, aspirando en futuro mediano lograr un sistema universal de salud público, gratuito, e integral.

NUDOS CRÍTICOS Y RETOS POR CONSIDERAR

A pesar de lo avances realizados en este sexenio, aún es necesario hacer cambios sustanciales, requiriendo de una compleja trama de rediseñar, revitalizar y reconstruir un proceso de etapas para la efec-



tiva descolonización y refundación tanto del Estado como de la sociedad mexicana.

En general aún hoy la tipología de estudio y clasificación de los modelos europeos de protección social y los modelajes de sistemas de salud continúa siendo eurocéntrica o neoliberales en nuestras concepciones, se repite una tipología de: modelo liberal residual anglosajón, modelo bismarkiano de seguro social atado al empleo y modelo Beveridge universal (Basile y Hernández Reyes, 2021).

Expresiones y conceptos como bienestar, reformas, sistemas de salud basados en la atención primaria, niveles de atención, programas y funciones esenciales de salud pública, programas categóricos para enfermedades específicas, factores de riesgo y determinantes sociales de la salud corresponden a una epistemología de la *salud y el desarrollo* que sigue transiciones del colonialismo de mercado al capitalismo industrial basado en el desarrollo internacional, y luego en el cognitivo. Estas bases teóricas y prácticas siguen vigentes y hegemónicas en México.

Aún hoy tenemos dificultades, incluso resistencias internas académicas y políticas, a transitar a un proceso de descolonización de las teorías y políticas sanitarias que repetimos durante todo el siglo XX hacia una refundación del sistema de salud mexicano, de revisión profunda de nuestras concepciones sobre la APS que incluso se reproducen en la propuesta actual de extensión de cobertura del IMSS-Bienestar, y sobre como materializamos la construcción de sistemas universales e interculturales en salud para el siglo XXI, entre otros desafíos. Entre algunos de los retos a considerar están:

- Reconceptualizar, revisar, discutir las iniciativas político-sanitarias sobre APS a partir de la integralidad; asumiendo el cuidado integral, con participación social protagónica.
- Consolidación de un modelo centrado en la atención intrahospitalaria a un modelo cuya base se conforme en la comunidad con mayor énfasis en estrategias promocionales-preventivas envolventes (no simples acciones desconectadas), en el mismo sentido de que promueve y potencializa la resolución ambulatoria de los problemas

de salud al fortalecer la atención de primer nivel, con mayor capacidad resolutoria, sin descuidar la atención hospitalaria.

- Una nueva institucionalidad y territorialidad; territorio y contexto para responder integralmente a las necesidades sociales. Donde todos saben y tienen responsabilidades y deberes.
- Replantear la salud en términos de redes de salud abiertas, heterogéneas y simétricas, entrelazadas con institucionalidad y territorialidad, no solamente coordinadas, sino que incorporan estrategias de buen vivir.
- Es necesario cambiar el modelo flexneriano de formación de profesionales de la salud, centrado en la enfermedad y con una visión fragmentada que conduce inevitablemente a la especialización, marcada por formas de práctica cada vez más deshumanizadas y mercantilizadas. Se precisa de un modelo de formación más integral, solidario y humano, que incorpore el concepto de la determinación social de la salud y la enfermedad, y facilite la acción intersectorial.
- Aún las políticas que se plantean son conservadoras y patriarcales, se requiere un acceso a la salud con perspectiva feminista decolonial, y con personal de la salud capacitados en esta.
- La estrategia de interculturalidad como centro sigue pendiente.
- Revisión crítica y defensa del derecho a la salud como dignidad humana colectiva.

CONCLUSIÓN

El sistema de salud de México fue constituido bajo raíces epistémicas coloniales, de salud internacional panamericana y reformadas en la etapa neoliberal reciente de salud global las cuales instauraron lógicas teóricas y políticas de subordinación geopolítica del poder y conocimiento sobre el sistema sanitario mexicano.

Este proceso colonial se fue transformando y entrelazando en campos, dispositivos, lógicas y tramas del desarrollo, desde el centro hacia la periferia, mediante el capital, y por el mercado que permitió una creciente mercantilización de la vida y la salud humana de las comunidades.



Esto hace que sea evidente la necesidad de impulsar la autodeterminación de una soberanía sanitaria en nuestras políticas y en especial sobre los sistemas de salud en el Sur (Basile, 2023).

El actual gobierno federal intenta cambiar esta reproducción colonial de las bases de salud global y la actualización de las reformas neoliberales. El nuevo modelo propuesto actualmente intenta aproximarse a dar respuestas más integrales al derecho a la salud como responsabilidad del Estado, partiendo de que la salud no es un campo de mercantilización individual.

A pesar de algunos avances, aún existen muchos retos para poder cumplir con la arquitectura de un sistema de salud que dé respuestas universales e integrales efectivas, de calidad, interculturales hacia una materialización real del derecho a la salud de las y los mexicanos, y no sólo narrativa.

RECOMENDACIONES

Este texto es una primera aproximación en el proceso de trabajo y construcción del actual Grupo de Estudio nacional de “Refundación del Sistema de Salud en México” que se plantea ser un nodo de pensamiento crítico y revisión crítica sobre el sistema y políticas de salud mexicano, debatir sobre las nuevas categorías y estudios sobre sistemas de salud desde el monitoreo de intersecciones críticas de la salud y la vida, la arquitectura institucional y organizacional vigente de los servicios de salud, la lógica de redes de salud en base territorial, el cuidado integral de la salud y la vida, y las posibilidades y propuestas para la transición hacia un sistema universal e intercultural de salud en México para el siglo XXI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTONI**, Claudia. (2013). Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario (1920-1940). *Historia Mexicana*, 63(2(250)), 745-801.
- AMARO-ROSALES**, Marcela. (2021). La industria biofarmacéutica en México ante la crisis sanitaria por el SARS-CoV-2: desafíos y reacciones creativas de innovación. *Política y Cultura*, 55: 51-70.
- BANCO** Mundial (1993). World Development Report: Investing in Health. En Oxford University Press.
- BASILE**, Gonzalo. (2018). La salud Internacional sur sur: Hacia un giro decolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur. En Ediciones GT Salud Internacional CLACSO (Ed.), *FLACSO República Dominicana CLACSO*.
- _____. (2020). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*, Madrid, Catarata.
- _____ y Hernández Reyes, Antonio. (2021). Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: descolonizar las Teorías y Políticas. 1era Edición, Buenos Aires CLACSO.
- _____ et al. (2021). Epidemiología del trabajo doméstico: el proceso de vivir, trabajar, enfermar y morir de las trabajadoras del hogar en la República Dominicana. FES Caribe y programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana, Santo Domingo.
- _____ y Istúriz, Oscar Feo. (2022). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(2).
- _____. (2023). Soberanía sanitaria: implicancias teóricas y geopolíticas de una estrategia regional. En XI Dossier de Salud desde el Sur en Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO y Biblioteca CLACSO, Ciudad Buenos Aires.



- BIRN**, Anne-Emanuelle. (1996). Public health or public menace? The Rockefeller Foundation and public health in Mexico, 1920-1950. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 7(1), 35-56.
- CASTAÑEDA**, Alfredo. (2010). Principales modelos de seguridad social y protección social. La seguridad y la protección social en México.
- CHÁVEZ**, Ingrid, Masse, Fátima, Hernández, Nataly y Torres Luis. (2021). El mercado de medicamentos en México: retos y oportunidades. IMCO:18.
- CONEVAL**. (2019). Sistema de protección social en salud: Seguro Popular y Seguro Médico. Siglo XXI.
- COTONIETO-MARTÍNEZ** Ernesto. (2020). Evolución de la seguridad social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional (1900-2020). *JONNPR*, 5(7): 740-62.
- DIARIO** Oficial de la Federación. (2020). Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
- ESPING-ANDERSEN**, Gosta. (1991). The Three Worlds of Welfare Capitalism. Contemporary Sociology. Princeton University Pres.
- FEO**, Oscar. (2008). Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. Comentarios sobre la experiencia venezolana. *Medicina Social*, 3(4), 275-284.
- _____. (2019). ¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? de la APS al cuidado integral de la salud. Reflexiones para pensar en la gestión, la participación y en la sistematización de experiencias desde la perspectiva de la salud colectiva.
- _____ y Gonzalo Basile. (2024). Transitando del mito de la APS al cuidado integral de la salud y vivir bien. *Revista de Gerencia y Políticas de Salud*, Javeriana, Colombia.
- FLORES**, Efrén. (2019). Cinco empresas acaparan la venta de medicamentos a México y sólo ocho tienen los permisos de almacenes. Sin embargo.mx. Disponible en: <https://www.sinembargo.mx/20-02-2019/3539577>

- GARCIAMARÍN**, Hugo. (2019). La fundación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México: CISS. Disponible en: <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/La-fundacion-de-la-conferencia-interamericana-de-seguridad-social.pdf>
- GARCIA**, Juan (1981). La medicina estatal en América Latina. Revista Latinoamericana de Salud.
- GOBIERNO** de México, Secretaría de Salud. (2019). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa.
- GOBIERNO** de México. (2020). El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) ¿Qué hacemos?
- GÓMEZ** Dantés Octavio y Frenk Julio. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. Salud Pública Mex, 61:202-211.
- GUILLÉN**, Arturo. (2012). México, ejemplo de las políticas anti-desarrollo del Consenso de Washington. Estudios Avanzados.
- GRUPPI**, Luciano. (1978). *El concepto de hegemonía en Gramsci*. Ediciones de Cultura Popular.
- INSABI**. (2021). Desafíos de la atención primaria de salud en México. Coordinación de análisis estratégico y evaluación.
- LAURELL**, Asa Cristina. (2011). Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. Ciencia e Saude Coletiva.
- _____. (2013). Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. Biblioteca Editorial Clacso.
- _____. (2015). Three decades of neoliberalism in Mexico: The destruction of society. International Journal of Health Services.
- _____. (2017). Social policy and health policy in Latin America: a field of political struggle. Cadernos de Saúde Pública.
- LIMA**, Luciana (2017). Crisis y neoliberalismo: desafíos y alternativas políticas para la construcción de sistemas universales de salud en América Latina. Cadernos de Saúde Pública.

- LONDOÑO**, Juan Luis, y Frenk, Julio. (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist, 353.
- LÓPEZ** Arellano, Oliva, y Jarillo Soto, Edgar Carlos. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano La determinación estructural. *Cadernos Saúde Pública*.
- MARTÍNEZ** Rangel, Rubí, y Soto Reyes, Ernesto. (2012). El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. *Política y Cultura*.
- MENÉNDEZ**, Eduardo. (1984). Centralización o autonomía. la “nueva” política del sector salud en México. *Boletín de Antropología Americana*, 10, 85-95.
- MESA** Lago, Carmelo. (1985). Desarrollo de la seguridad social en América Latina. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- (OMS)** Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS.
- PRESIDENCIA** de la República. (2019). Plan Nacional de Desarrollo México (2019-2024). En Diario Oficial de la Federación.
- SOLÓRZANO**, Armando. (1996). La influencia de la Fundación Rockefeller en la conformación de la profesión médica mexicana, 1921-1949. *Revista Mexicana de Sociología*, 58(1), 173-203.
- TETELBOIN**, Carolina. (2020). Propuestas, avances y pandemia en la transformación del sistema de salud en México. *Boletín sobre COVID-19: Facultad de Medicina*, 1 (12): 1-12.
- URIBE** Gómez, Mónica y Abrantes-Pêgo, Raquel. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perf. Latinoam*, 21(42): 135-161.
- WALLERSTEIN**, Immanuel. (2005). Análisis de sistemas-mundo: una introducción. Siglo XXI.

Trayectorias y horizontes en salud socioambiental y epidemiología de los extractivismos en Latinoamérica y el Caribe

LAURA ELENA ORTEGA ELORZA, GABRIEL KEPPL,
HORACIO PEREYRA, LISANDRO FERRAZINI,
RAQUEL RIGOTTO Y DAMIÁN VERZEÑASSI

INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI y con la reafirmación de los extractivismos en América Latina y El Caribe, tenemos la preocupación de las repercusiones en nuestros cuerpos-territorios y para las diversas formas de vida. La actual crisis civilizatoria que se expresa en múltiples crisis ambientales nos interpela y convoca desde nuestros ámbitos académicos. CLACSO nos abrió la puerta a inicios del 2023 para conformar lo que denominamos “Grupo de Estudio Regional sobre Salud Socioambiental y Epidemiología de los Extractivismos”, a partir de nuestras trayectorias previas, experiencias territoriales y trabajos de investigación. El grupo reúne integrantes de distintos países de América Latina y el Caribe, así como de Europa.

En un reto de trabajo transdisciplinar, buscamos agrietar los límites de las áreas de estudio, para conjugar saberes y tradiciones de distintos ámbitos de conocimiento de las ciencias de la salud, ciencias ambientales, ciencias sociales, entre otras. Nuestro trabajo está enfocado en el horizonte de las posibilidades transformadoras de una ciencia crítica: preocupada por los atavismos limitantes del pasado,



las crisis múltiples del presente y las actuales y futuras posibilidades de formas de vida buena y digna.

Concebimos la salud socioambiental como un campo para sembrar y brotar imaginarios, saberes y prácticas que germinan desde las semillas de la salud colectiva, la ecología política, la epidemiología crítica, la historia ambiental, el pensamiento ambiental latinoamericano, los ecofeminismos y mujeres en lucha por los espacios de vida, las cosmovisiones de los pueblos originarios que reivindican la salud de la Madre Tierra. Así también, recuperamos las experiencias de quienes viven en sus cuerpos-territorios los impactos biosociales de los procesos extractivistas.

Como Grupo de Estudio, hemos hilado conocimientos, experiencias, reflexiones y propuestas para costurar una matriz de análisis y estudios críticos en salud sociomambiental que constituye la guía de un proceso abierto, vivo y en permanente recreación. En este capítulo nos proponemos compartir algunas de esas aproximaciones que hemos desarrollado.

DESCRIPCIÓN DE LA MATRIZ DE ANÁLISIS Y ESTUDIO

Tras la reflexión colectiva elaboramos en conjunto una matriz analítica que se organiza en cinco ejes de discusión que se estructuran en dimensiones: 1) epidemiologías del metabolismo sociedad-naturaleza, 2) socioterritorial y política, 3) soberanía sanitaria, 4) metodología, 5) epistemología. Cada una de ellas integra categorías clave que recuperamos y desarrollamos como coordenadas para situar el campo de la salud socioambiental. A su vez, las dimensiones agrupan múltiples interrogantes que han emergido a lo largo del camino y que constituyen los horizontes de *praxis* y reflexión.

La construcción de la matriz analítica y en general del trabajo del grupo de estudio regional sobre salud socioambiental y epidemiología de los extractivismos, es orientada por tres objetivos tejidos a lo largo del proceso de colaboración, marcado por tensiones y desencuentros, que finalmente son superados por la coincidencia en

estos mismos planteamientos. Los objetivos que articulan este esfuerzo son:

1. Construir abordajes teórico-prácticos-metodológicos y el acompañamiento de experiencias de procesos territoriales, que permitan costurar la complejidad de la salud socioambiental como campo de saber y hacer.
2. Conocer y repensar los modos en que se configuran conocimientos, significados y prácticas asociados a la salud a partir del análisis de procesos sociohistóricos, políticos, culturales, ecológicos, epidemiológicos, desde abordajes científicos, comunitarios, colectivos, artísticos y comunicacionales, con un enfoque transdisciplinar y basado en diálogos de saberes.
3. Reinterpretar y visibilizar las transformaciones relacionadas a los extractivismos en América Latina y el Caribe en clave socioambiental.

Dimensión: epidemiologías del metabolismo sociedad-naturaleza

Una descripción clásica sobre epidemiología señala que se trata del estudio de la frecuencia y distribución de los eventos de salud, sus determinantes en las poblaciones humanas, y su aplicación en la prevención y control de los problemas de salud. La simplificación y el estudio de las hipótesis causales sencillas, el aislamiento de factores y la emergencia del pensamiento poblacional para la enfermedad, hicieron que la epidemiología fuera posible (Morabia, 2013).

Esta reducción tiene un valor analítico como nivel de aproximación singular a la expresión material de procesos patológicos y ha aportado hallazgos valiosos para la salud pública. Resulta un problema mayor el reduccionismo epistemológico, cuando se pretende dar una descripción totalizante de la realidad a partir de las propiedades de los elementos aislados que un recorte empírico permite, conduciendo a la reproducción de las lógicas de asimetría y la deshistorización de los procesos.

Como señala Granda (2000), el notorio éxito de la medicina clínica ha dependido del logro de su positividad para atender la enfermedad individual, lo que permite abordarla identificando causa *internas*

y *externas* de las *máquinas corporales* para hacerlas menos enfermas y que tarden más en morir. También señala que este *éxito* fue importante para la *enfermología social*, llamada salud pública, que buscó dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública como una sumatoria de enfermedades personales o particulares logrando *salirse* del cuerpo humano y encontrar en los animales, plantas, cosas y relaciones entre individuos las causas de las enfermedades.

Siguiendo a Jaime Breilh (2013) entendemos que la epidemiología como toda ciencia tiene el poder simbólico para “enunciar, hacer ver y hacer creer, de confirmar o de transformar la visión del mundo, y de este modo la acción sobre el mundo [...] un poder casi mágico que permite obtener el equivalente de aquello que es obtenido por la fuerza” (p. 1). Este discurso de poder sobre la salud del ser social (Samaja, 2003) también puede ser empleado funcionalmente para perpetuar dinámicas extractivistas que nieguen o maten los procesos destructivos sobre los cuerpos-territorios al mismo tiempo que anulan la capacidad de agencia de los sujetos; es decir, las posibilidades de actuar y definir sobre su propia vida.

En el fondo del discurso epidemiológico hegemónico encontramos la lógica de la causalidad, una comprobación muchas veces inalcanzable por cuestiones técnicas, metodológicas y económicas que propicia situaciones de incertidumbre sobre los procesos destructivos y contaminantes. Por otro lado, la epidemiología no es capaz de abordar múltiples dimensiones sobre el dolor humano y las pérdidas de la vida amplia y biodiversa que se configuran más allá de los marcos explicativos del enfoque biomédico. Además, invisibiliza otros aspectos de la realidad que configuran situaciones de desgaste y violencia que se imponen sobre quienes son expuestos a contextos tóxicos y son víctimas de desatención, malos tratos y soluciones deficientes que quedan retratados en escenarios de sufrimiento ambiental (Auyero y Swistun, 2007). Como resultado, la confusión social que genera paraliza las posibilidades de emprender acciones de transformación.



En este sentido, la epidemiología crítica ha generado un punto de inflexión en la forma de explicar y entender los procesos de salud-enfermedad a nivel colectivo. Desde este marco, las formas de vivir, enfermar y morir no son sólo fenómenos biológicos e individuales, sino que encuentran su posibilidad de expresión de acuerdo con las relaciones sociales específicas entre los individuos organizados en sociedad y la naturaleza (Laurell, 1975 en Castro 2011).

Los mecanismos acelerados de acumulación/exclusión han empujado a los países subalternos del continente a los estragos de un sistema económico-social estructuralmente malsano, con una matriz energética inviable que resulta incompatible con la reproducción social humana e incapaz de convertirse en un espacio que sustente el desarrollo de la vida (Breilh, 2010a). De esta forma, la noción de determinación social, supera la lógica causalista de la epidemiología clásica que explica la salud-enfermedad como un fenómeno que se describe a partir de un conjunto de variables, factores y fragmentos en relaciones empíricas sueltas y descontextualizadas (Breilh, 2013, 2010b).

¿Por qué proponemos un eje de trabajo en las epidemiologías del metabolismo entre la sociedad y la naturaleza? Como un campo de conocimientos y prácticas es una dimensión fundamental para la salud socioambiental por su capacidad para visibilizar las expresiones de salud-enfermedad en los cuerpos-territorios derivados de los conflictos socioambientales. Es desde allí que comienza a tejerse la categoría *epidemiología de los extractivismos*. No sólo creemos que este enfoque para la epidemiología puede brindar diagnósticos sobre la situación de salud-enfermedad de las poblaciones, sino también puede potenciar los procesos de organización política comunitaria con el fin de generar estrategias que atiendan y cuiden de la salud socioambiental abordando las dimensiones materiales, simbólicas, afectivas y de los procesos que permiten el soporte de la vida.

CLAVES DESDE LAS MÚLTIPLES PERSPECTIVAS EPIDEMIOLÓGICAS

En el campo de la salud socioambiental tomamos como marco teórico epistemológico la epidemiología crítica, para comprender las expresiones de salud-enfermedad en el contexto de un metabolismo sociedad-naturaleza destructivo. Además, recuperamos otras perspectivas epidemiológicas que permiten visibilizar aspectos de la realidad reconociendo otras instancias de enunciación como la epidemiología sociocultural (Haro, 2011; Menéndez, 2008; Sy, 2017) y la etnoepidemiología (Almeida-Filho, 2020).

Por otro lado, no todas las epidemiologías surgen desde campos académicos y por tanto no necesariamente cuentan con una base teórica o al menos no una que se haya desarrollado académicamente. Es lo que desde la salud socioambiental reconocemos además la existencia de múltiples miradas y acercamientos al campo de estudio de la epidemiología, desde los pueblos y comunidades que también construyen sus propias herramientas para analizar su situación de salud y enfermedad con diferentes grados de sistematización. Como proceso de defensa frente a las dinámicas de extractivismo, despojo y contaminación, la construcción colaborativa y participativa de estos saberes ha sido fundamental para potenciar procesos de soberanía sanitaria a partir de la visibilización, la denuncia y la sensibilización sobre las amenazas del extractivismo y los problemas que son desatendidos.

Si bien estas formas de conocimiento pueden generar tensiones con respecto a las aproximaciones académicas, proponemos la necesidad de recuperar todos aquellos ejercicios que pueden articularse trazando un horizonte ético-político por una vida buena, digna y deseable.

Dimensión socioterritorial/política

Partimos de la necesidad de recuperar las bases de pensamiento que nos permitan reinterpretar los territorios más allá de su noción



como circunscripciones donde las cosas ocurren o como lugares contenedores de factores, poblaciones o recursos. Como mencionamos previamente, resulta insuficiente el registro de la distribución de los eventos de enfermedad como una documentación de sitios concretos en que confluyen factores de riesgo y determinantes de la salud.

Buscamos comprender las estructuras sociales que organizan el espacio tanto para la apropiación y explotación de recursos como para la disposición de los desechos cuando esto resulta en condiciones productoras de malestar, enfermedad y muerte. Más aún cuestionamos la escasa o nula consideración de las poblaciones para decidir sobre los espacios que habitan. Es desde las heridas marcadas en los cuerpos-territorios que las personas, comunidades y movimientos socioterritoriales se han constituido en la denuncia viva de la degradación y aniquilación de los medios de sustento y de sus expresiones como procesos de salud-enfermedad.

Para este camino, consideramos clave la concepción del espacio no sólo como un medio de realización del sistema social sino como un producto particular de la práctica social (*praxis*) (León, 2016). Así, el territorio como categoría recupera la noción del espacio habitado, estructurado por y a partir del trabajo, que es energía psíquica, corporal y social, por lo que no puede existir territorio sin sujeto político ni sujeto sin la materialidad del cuerpo-individuo viviente que dependa de éste (Machado-Aráoz, 2012).

Sólo a modo analítico y con fines pedagógicos, es factible desentrañar los componentes que configuran un territorio (Stratta y Barrera, 2009). Su aproximación teórica desde elaboraciones académicas se ha integrado con las bases teórico-políticas del significado y la representación de los espacios de vida, construidas desde comunidades y distintos movimientos sociales indígenas, campesinos y afrodescendientes, articulados en procesos de defensa territorial por la vida (Escobar, 2014). El territorio se ha convertido en un concepto político que cuestiona los derechos del ser y las formas de apropiación productiva de la naturaleza, rei-

vindicando el derecho a la singularidad y a la autonomía frente al forzamiento de la universalidad impuesta por una globalización dominadora (Leff, 2002). Además, desde las experiencias de mujeres subalternas, se ha destacado la importancia de romper el esquema de la aproximación al territorio desde la perspectiva de un sujeto genérico (Escobar y Harcourt, 2005).

La utilización de la enfermedad como herramienta para la dominación de los pueblos y el control de los territorios no es nueva. Tras casi dos siglos de existencia de la medicina social y múltiples experiencias comunitarias para la atención sanitaria, la búsqueda por modificar las características sociales que afectan el curso de la salud y la enfermedad ha enfrentado múltiples resistencias y embates (Waitzkin et al., 2023).

El avance de los modelos extractivistas sobre el Sur global ha dado lugar a nuevos modos de enfermar y morir en estos territorios, a partir de las necesidades del Norte global de recuperar la salud de sus dominios. Ha transformado al planeta en un gran proveedor de *recursos* que el Norte global necesita para sostener sus patrones de consumo, sin poner en riesgo directamente la salud de sus poblaciones. La devastación de los bienes naturales y las tramas bioculturales que anudan a las comunidades en los territorios representa la reproducción sistemática de espacios perjudiciales para la salud en los lugares de vida, esto es, la producción de *territorios malsanos* (Ortega, 2023).

Las comunidades, organizadas y con capacidades de resistencia colectiva son un impedimento u obstáculo importante para la estrategia geopolítica de apropiación de territorios. Por ello el avance de procesos mórbidos, de la mano de la instalación de los extractivismos, se constituyó en elemento clave para su desarrollo, ya que cuando predomina la enfermedad, se debilita y pierde la libertad (Berlinguer, 1999).

Las estrategias de profundización de endeudamientos, que empobrecen a los países del Sur global, han dado lugar a la instalación en las sociedades de la idea de que es preferible contaminar y pro-



ducir, aunque esto nos enferme, antes que cuidar el territorio y los bienes comunes. Recurrimos a la geopolítica como parte de la construcción de las claves teóricas de la salud socioambiental. Como categoría no presenta un sentido unívoco, por lo que resulta necesario en primera instancia aclarar el uso que referimos en este documento, a los efectos de desarrollar la categoría “geopolítica de la enfermedad”.

Como se explica a profundidad en el dossier “Extractivismos y sus implicancias en la salud, ambiente y territorios en América Latina y El Caribe”, con base en algunos de los exponentes de la geopolítica crítica francesa como O’Tuathail y Dalby, recuperados por Herrera Santana (2018), entendemos por este término:

[...] aquello que articula las representaciones y prácticas geográficas que producen los espacios de la política mundial, una forma en sí de geografía y de política, que tiene una contextualidad, y que se encuentra contenida en la reproducción social en curso, del poder y de la economía política (p. 22).

El proyecto geopolítico de ordenamiento territorial para la expansión del extractivismo en América Latina y el Caribe, tiene un antecedente histórico en el traspaso de industrias sucias desde los países capitalistas centrales. Con ello, la determinación de procesos destructores de la salud de las comunidades de los países periféricos ha implicado un proyecto de sometimiento de éstas a través de la contaminación de sus territorios, la fragilización de los sistemas sanitarios locales y la exposición a procesos que vulneran su salud, que en suma ha sido denominado como *geopolítica de la enfermedad* (Verseñassi et al., 2023).

Múltiples cuestionamientos continúan orientando esta dimensión analítica que pensamos pueden ser replicados en cada uno de los espacios y circunstancias particulares de aproximación según las distintas geografías: ¿Quién/es y cómo se definen las políticas de intervención/transformación de nuestros territorios que ponen en riesgo la salud de las relaciones ecosistémicas? ¿Puede la salud socioambiental convertirse en un instrumento para la *praxis* de los movimientos socioterritoriales en defensa de la vida frente a diná-

micas extractivistas? ¿Cuáles son los procesos territoriales que cuidan (sostienen, reparan, reproducen, protegen activamente) la vida frente a los extractivismos? ¿De qué manera la atención y el cuidado en los territorios son atravesados por las estructuras de poder en la interseccionalidad: género, clase, raza?

Nos resulta primordial reflexionar desde el cuidado para pensar las sobrecargas que impone el extractivismo para la reproducción y el sostenimiento de la vida porque el cuidado debe comprenderse desde su carácter situado. Como *praxis* construye territorialidad basada en los sentidos, acuerdos y disputas que configuran la organización política y socioterritorial para la reproducción de la vida.

Dimensión soberanía sanitaria

A finales del siglo XX y principios del siglo XXI se describen dos oleadas de reforma a los Estados que se relacionan directamente con la forma en que se piensan y organizan los sistemas de salud. La primera está marcada por el Consenso de Washington y el documento clave del Banco Mundial *Invertir en salud* (Berkley et al., 1993). La segunda se orienta a una modernización del Estado fundamentado en la teoría del gerenciamiento del riesgo social. En esta instancia, se promueven los sistemas de aseguramiento en salud con dispositivos como el de la cobertura universal en salud (Basile, 2020).

Estas medidas son la expresión de una matriz geopolítica colonial, con políticas diseñadas y promovidas desde los centros de poder del Norte global, que han conducido a una fragilización creciente de los sistemas sanitarios en la Región de América Latina y el Caribe. Por eso, desde los sectores del pensamiento crítico se plantea la necesidad de construir soberanía sanitaria desde y para el Sur global (Basile, 2023). En este marco se inscribe la propuesta de una refundación de los sistemas de salud desde las epistemologías de la salud desde el Sur.



Se busca orientar este proceso en los siguientes ejes: democratización y participación; territorialización y sistemas en red; diálogo intercultural; universalización de bienes públicos; priorización de estrategias de cuidado por sobre la gestión de la enfermedad (Feo, 2019; Hernández, 2019).

Creemos necesario transversalizar la salud socioambiental en el proceso de refundación de los sistemas de salud hacia el horizonte de la soberanía sanitaria.

El avance de los extractivismos en América Latina y el Caribe supuso una profunda transformación en los territorios: disputas por el acceso a bienes comunes, contaminación masiva de territorios con la transformación del paisaje, migración forzada de comunidades rurales e indígenas, consecuencias en la salud humana en términos de morbilidad y mortalidad.

Sin embargo, estos procesos no han tenido un correlato en las lógicas de los sistemas de salud tradicionales. En este sentido, Auyero y Swintun plantean el concepto *sufrimiento ambiental* para describir las experiencias de las comunidades que viven en contextos tóxicos. Además de las consecuencias biológicas, el sufrimiento ambiental contempla la dimensión simbólica de las desigualdades de las personas expuestas a contaminantes, la falta de visibilización de la problemática y la falta de respuestas, entre ellas, la del sistema médico asistencial (Castillo-Gallardo, 2016). La tríada de invisibilización de los sistemas de salud sobre las implicancias de los extractivismos en la salud humana está montada sobre los siguientes déficits: subregistros, subdiagnósticos y subnotificaciones.

Postulamos algunas ideas-fuerza para superar la lógica biomédica (individualista, ahistórica, asocial) y colonial que signa los sistemas de salud actuales. En primer lugar, el campo de acción debe abrirse para correr por el objeto clásico de la medicina hegemónica: la enfermedad individual; y desplazar nuestra mirada a la salud de las

comunidades y especialmente, los procesos territoriales. Conceptos como la salud de los ecosistemas, el Sumak Kawsay de los pueblos originarios o el cuerpo-territorio de los feminismos decoloniales abren la posibilidad de inaugurar un trabajo en salud más integral y emancipatorio (Keppl, 2021).

Como señalamos previamente, enfrentamos situaciones que hacen peligrar las condiciones esenciales para la vida amplia, incluida la vida humana. Por lo tanto, los sistemas sanitarios deben asumir el desafío de vincularse en redes de cuidado integrales con aquellas instituciones, organizaciones, sujetos colectivos que permitan trabajar en la protección y recuperación de los bienes comunes naturales y culturales. En este sentido, las propuestas de los movimientos por la soberanía alimentaria, con modelos de producción agroecológicos y ambientalmente sustentables, pueden constituirse como una herramienta terapéutica para recuperar la salud de los territorios (Verzeñassi et al., 2022).

La soberanía sanitaria debe constituirse como el horizonte para garantizar sistemas liberadores verdaderamente democráticos, participativos e interculturales que favorezcan la autonomía de las comunidades y los sujetos. En la construcción de las nuevas redes de cuidado, las experiencias de monitoreo participativo que consideren los eventos en salud humana pero también los procesos territoriales, pueden constituir la base para generar información en salud con potencial transformador (Breilh, 2003).

Para entender la producción social del cuidado es preciso esclarecer ¿quién cuida? ¿de qué manera cuida? y ¿para qué? El cuidado de la salud no es un campo de atención exclusivo de los profesionales, se nutre de saberes y recursos reconocidos y no reconocidos como científicos, por lo que desde allí se destaca la necesaria recuperación de las voces y experiencias que permitan lograr una aproximación dialógica a la comprensión situada del proceso de salud-enfermedad (Hersch, 2013).



Existen por delante grandes desafíos: ¿De qué manera pueden entrar en diálogo intercultural los sistemas de salud organizados por el Estado con las formas tradicionales de cuidado de las comunidades? ¿Cómo incorporar estas problemáticas en los sistemas académicos de formación de profesionales, que actualmente están signados por lógicas coloniales y determinados fuertemente por los intereses del sistema médico industrial farmacéutico? A partir de las experiencias suscitadas por la visión desarrollista de los gobiernos neo-extractivistas en América Latina y el Caribe nos interpela ¿Cómo se pueden construir estrategias de financiamiento para sostener sistemas de salud que no dependan de los ingresos generados por las mismas actividades extractivas que vulneran la salud de las poblaciones?

Dimensión metodológica

Si queremos contribuir a la construcción del campo de la salud socioambiental como una ciencia crítica, dispuesta a enfrentar la violencia y las injusticias producidas por el extractivismo en América Latina y el Caribe, y alimentado por el deseo de producir conocimientos que apoyen las luchas por formas de vida buenas y dignas, ciertamente tenemos el desafío de repensar nuestros métodos de investigación y acción. Y eso nos proponemos a continuación.

Las bases metodológicas de la ciencia moderna están marcadas por el pensamiento positivista de Bacon y Descartes y presuponen, entre otros, el distanciamiento del investigador del objeto y contexto de la investigación, evitando la intervención de valores e intereses, garantizar objetividad y neutralidad (De Souza y Silva, 2008). En desobediencia a tales supuestos, avanzamos hacia un involucramiento ético-político con el contexto y los sujetos estudiados para comprender los problemas de estudio en su complejidad y situar la relación entre los sujetos cognoscentes en otros marcos.

La des-re-territorialización impuesta por el avance de las fronteras extractivas sobre los territorios de vida de diferentes pueblos y comunidades tradicionales alcanza los cuerpos de estos sujetos, entendidos como cuerpos-territorios, colocando la salud como una dimensión muy sensible en el contexto de los conflictos ambientales. El compromiso con la producción de conocimientos que permita visualizar las consecuencias del extractivismo en estos cuerpos-territorios, así como el fortalecimiento de sus luchas en defensa de la vida, se ve fertilizado por el reconocimiento de los saberes ancestrales de estos sujetos sobre el lugar donde viven, el ecosistema con el que se relacionan, las transformaciones observadas, entre otros.

En esta comprensión es donde se sitúa la reconcepción de la relación entre sujetos cognoscentes (de la academia y de los territorios), la cual está mediada por el diálogo de saberes, como nos enseñan Enrique Leff (2001), Fals Borda (1979) y Paulo Freire (2011), entre otros:

Las personas y organizaciones involucradas en los conflictos contribuyen a la definición del problema de estudio, su diseño y desarrollo, basado en el consenso de que todos tenemos mucho que aprender unos de otros y el compromiso con la transformación. (Rigotto et al., 2018, p. 362).

La propuesta de un campo de saber-hacer de Salud Socioambiental en el contexto de emergencias ambientales y sanitarias originadas por los extractivismos en América Latina y el Caribe es la posibilidad de replantear las relaciones jerárquicas de acercamiento con los pueblos y comunidades reproducidas desde las instituciones de saber erigidas desde la base epistémica del pensamiento moderno racional.

Recuperamos las aportaciones sobre la categoría analítica del diálogo de saberes que nos permita ahondar en preguntas clave sobre ¿Cuáles son las percepciones que los sujetos y comunidades tienen en relación con el cuerpo, la salud, el cuidado, el territorio, el am-



biente y la vida? ¿Cómo se modifica esta percepción cuando las personas y las colectividades son afectadas por los extractivismos? ¿Cómo se involucran las comunidades y sujetos cuya vida se encuentra afectada por los extractivismos, en el estudio de sus realidades? ¿Cómo recuperar la voz de distintos actores en el territorio (niñeces, juventudes, mujeres, hombres, otras identidades) para describir los aspectos materiales y visibles como aquellos inmateriales (simbólicos, afectivos, emocionales) que resultan afectados? ¿Cómo aprender de ellas y ellos, epistémica y praxiológicamente, sin apropiarnos de manera extractivista de esos aprendizajes?

Algunos enfoques y herramientas metodológicas que pueden permitir subvertir las relaciones descolocando las posiciones de sujeto investigador y objeto investigado, que aproximan desde una posición crítica y emancipadora las estrategias de conocimiento, aprendizaje y transformación en un campo relacional sujeto-sujeto son, entre otros: a) la investigación acción participativa, b) la sistematización colectiva de experiencias y c) la recuperación colectiva de la memoria.

Desde la salud socioambiental nos abrimos a la integralidad de los enfoques metodológicos cualitativos y cuantitativos vistos como procesos. Más aún, entendemos que dichos enfoques y perspectivas tradicionales pueden ser agrietadas por metodologías emergentes y demandas socioambientales. Para el positivismo metodológico, configurado de acuerdo con regímenes de evidencias científicas cuantificables y medibles, estas posturas son consideradas sucias, toda vez que son desacreditadas por su carácter subjetivo e implicado.

Las investigaciones que integran diferentes tradiciones metodológicas son ricas y útiles para la salud socioambiental en el Sur. Al investigar las venas que se abren de los cuerpos-territorios a manos del extractivismo, el/la investigador/a socioambiental debe estar atento/a a múltiples formas de capturar ese sangramiento.

CONCLUSIONES

El objetivo definido para este trabajo consistió en exponer y desarrollar las reflexiones que hemos tejido en el Grupo de Estudio Regional de Salud Socioambiental y Epidemiología de los Extractivismos del GT de Salud Internacional de CLACSO. Como fruto que aún sigue brotando, presentamos una matriz de análisis que representa nuestra guía en un proceso de formación abierto y en permanente recreación. La misma se compone por cinco dimensiones, de las que presentamos cuatro toda vez que la quinta dimensión, que corresponde a los aspectos epistemológicos de la salud socioambiental, resulta un eje transversal y aún se mantiene en construcción.

En la dimensión epidemiologías del metabolismo sociedad-naturaleza (1), reconocemos la multiplicidad de aproximaciones, desde el ámbito académico y desde los saberes comunitarios, en el registro de los daños y enfermedades que afectan a las personas y colectivos. Estos últimos como parte de los procesos territoriales por el cuidado de la vida, se constituyen en una práctica emancipatoria toda vez que permiten contrarrestar la parálisis social frente a la confusión e incertidumbre de los estudios que no registran resultados concluyentes, aunque las cicatrices y las heridas que testifican están marcadas en los cuerpos-territorios.

Sobre la dimensión socioterritorial/política (2), resaltamos la necesidad de la concepción del espacio como un producto de la *praxis*, más allá de su operativización como sitios donde concurren factores amenazantes y poblaciones con determinantes. Siendo así, la configuración de la estructura social que históricamente organiza el espacio, desde la apropiación de recursos hasta la disposición de desechos, atravesando la transformación, circulación y el consumo, resultará en condiciones de la relación sociedad-naturaleza que constituirán la determinación de las formas de vivir, así como las maneras en que se produce una existencia de malestar, de enfermedad y de condiciones indignas para la muerte.



De la dimensión soberanía sanitaria (3), enfatizamos la necesidad de que la salud socioambiental se constituya como uno de los ejes guía para la refundación de los sistemas de salud. Entendemos que sólo de esta manera, los servicios sanitarios podrán integrarse en redes de cuidado capaces de brindar respuestas y acompañamiento a las comunidades en contextos de extractivismos, así como a la crisis ambiental que hoy opera como uno de los principales procesos de determinación de la salud.

Reflexionar sobre la dimensión metodológica (4) resulta clave para superar la construcción fragmentaria y lineal del paradigma positivista, así como la direccionalidad de los marcos teóricos conceptuales coloniales con los que actualmente se piensa la relación entre salud y ambiente. Para ello se resalta el valor de las metodologías mixtas, situadas, aquellas que asumen el rol político de los sujetos cognoscentes, que dialogan y se construyen a partir de las epistemologías del Sur global.

Diversas preguntas clave y desafíos han sido enunciados a lo largo del texto. Proponemos, por un lado, que éstas no pueden ser resueltas de antemano, sino que serán el resultado del camino que pueda construirse desde las posibilidades que germinen y emerjan a lo largo de nuestros encuentros y desencuentros. Por otro lado, muchas de ellas no tienen una respuesta concluyente, tejen sus posibilidades y resoluciones desde la *praxis* congruente en los procesos y movilizaciones que sostienen y alientan, frente a las amenazas devastadoras de los cuerpos y los territorios, un horizonte ético-político por la defensa de la salud y de la vida digna y deseable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar. (2020). Ethnoepidemiology and mental health: Insights from Latin America. *Salud Colectiva* 16.

AUYERO, Javier y Débora Swistun. (2007). Expuestos y confundidos. Un relato etnográfico sobre sufrimiento ambiental. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales* (28):137-52. doi: 10.17141/iconos.28.2007.216.

- BASILE**, Gonzalo. (2020). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales* (73).
- _____. (2023). Soberanía sanitaria: implicancias teóricas y geopolíticas de una estrategia regional. En XI Dossier de Salud desde el Sur en Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO y Biblioteca CLACSO, Buenos Aires.
- _____ y Hernández Reyes, Antonio. (2021). Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: descolonizar las teorías y políticas. Buenos Aires, CLACSO.
- BERKLEY**, Seth, José-Luis Bobadilla, Robert Hecht, Kenneth Hill, Dean T. Jamison, Christopher J. L. Murray, Philip Musgrove, Helen Saxenian, y Jee-Peng Tan. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Banco Mundial.
- BERLINGUER**, Giovanni. (1999). Globalization and Global Health. *International Journal of Health Services* 29(3):579-95.
- BREILH**, Jaime. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: El lugar.
- _____. (2010a). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva* 6(1):83-101. doi: 10.18294/sc.2010.359.
- BREILH**, Jaime. (2010b). Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud.
- _____. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Nacional de Salud Pública* 31:13-27.
- CASTILLO** Gallardo, Mayarí. (2016). Desigualdades socioecológicas y sufrimiento ambiental en el conflicto polimetales en Arica. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales* (72).
- CASTRO**, Roberto. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial/UNAM.



- DE Souza Silva, Jose.** (2008). *Desobediencia epistémica desde Abya Yala (América Latina): Tiempos de descolonización y reconstrucción en el pensamiento social latino-americano*. Cuenca, Ecuador.
- ESCOBAR, Arturo.** (2014). *Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Primera edición. Medellín, Colombia: Unaula.
- _____ y Wendy Harcourt. (2007). Introducción. Las prácticas de la diferencia. pp. 11-26 en *Las mujeres y las políticas del lugar*. México: PUEG-UNAM.
- FALS-BORDA, Orlando.** (1979). *El problema de cómo investigar la realidad para transformarla por la praxis*. Ediciones Tercer Mundo.
- FEO, Oscar.** (2019). ¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? De la APS al Cuidado Integral de la Salud. Reflexiones para pensar en la gestión, la participación y en la sistematización de experiencias desde la perspectiva de la salud colectiva.
- FREIRE, Paulo.** (2011). *Pedagogía do oprimido*. 50. ed. São Paulo: Paz e Terra. 50.ª ed. Sao Paulo: Paz e Terra.
- GRANDA, Edmundo.** (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 18(2). doi: 10.17533/udea.rfnsp.994.
- HARO, Jesus Armando, ed.** (2011). *Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. 1a ed. Buenos Aires: Hermsillo; Lugar Editorial; Colegio de Sonora.
- HERNÁNDEZ, Mario.** (2019). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em Debate* 43(spe5):29-43.
- HERRERA Santana, David.** (2018). «Geopolítica». *Conceptos y fenómenos fundamentales de nuestro tiempo*. Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM. Recuperado en: <https://conceptos.sociales.unam.mx/>

- HERSCH-MARTÍNEZ**, Paul. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México* 55(5): 512-18.
- KEPPL**, Gabriel. (2021). Aportes desde la ecología política a la refundación de los sistemas de salud. En Diploma Superior en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria.
- LEFF**, Enrique. (2001). *Saber ambiental: sustentabilidad, racionalidad, complejidad e poder*. Petrópolis: Vozes.
- _____. (2002). La geopolítica de la biodiversidad y el desarrollo sustentable: economización del mundo, racionalidad ambiental y reapropiación social de la naturaleza. *La guerra infinita. Hegemonía y terror mundial, Colección Grupos de trabajo de CLACSO*. Buenos Aires: CLACSO.
- LEÓN** Hernández, Efraín. (2016). *Geografía crítica: espacio, teoría social y geopolítica*. Primera edición. Ciudad de México: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México: Itaca.
- MACHADO** Aráoz, Horacio. (2012). Los dolores de Nuestra América y la condición neocolonial. Extractivismo y biopolítica de la expropiación. *Revista del Observatorio Social de América Latina* (32): 51-66.
- MENÉNDEZ**, Eduardo L. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad* 20(SPE2): 5-50.
- MORABIA**, Alfredo. (2013). Pasado, presente y futuro de la epidemiología. Una perspectiva latinoamericana. *Revista de Salud Pública* 15(5): 719-30.
- ORTEGA**, Laura. (2023). Territorios malsanos: metabolismo sociedad naturaleza en un clúster agroindustrial en las zonas áridas de San Luis Potosí, México. *Extractivismos y sus implicancias en la Salud, Ambiente y Territorios en Latinoamérica y el Caribe, Dossier de Salud Internacional Sur Sur*. FLACSO República Dominicana/Instituto de Salud Socioambiental-UNR.



- RIGOTTO**, Raquel, Fernando Leao, y Rafael Melo. (2018). Pedagogia do território: desobediências epistêmicas e insurgências acadêmicas na práxis do Núcleo Tramas. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias*. Fortaleza: Edições UFC.
- SAMAJA**, Juan. (2003). Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología miltoniana). *Revista Brasileira de Epidemiologia* 6: 105-120.
- STRATTA**, Fernando Martin, y Marcelo Silvio Barrera. (2009). *El tizón encendido: Protesta social, conflicto y territorio en la Argentina de la posdictadura*. El Colectivo.
- SY**, Anahi. (2017). Socio/Ethno-epidemiologies: proposals and possibilities from the Latin American production. *Health Sociology Review* 26(3): 293-307.
- VERZEÑASSI**, Damián, Lucía Enríquez, Alejandro Vallini, y Gabriel Keppl. (2022). Soberanía alimentaria, una estrategia terapéutica para recuperar la salud ante el avance del extractivismo agroindustrial. *Saúde em Debate* 46(spe2): 316-26.
- _____, Lisandro Ferrazini, Horacio Pereyra, y Gabriel Keppl. (2023). Geopolítica de la enfermedad. Un recorrido histórico para comprender el extractivismo y sus implicancias socioambientales y sanitarias en América Latina y El Caribe. *Extractivismos y sus implicancias en la salud, ambiente y territorios en Latinoamérica y el Caribe, Dossier de Salud Internacional Sur Sur*. FLACSO República Dominicana/Instituto de Salud Socioambiental-UNR.
- WAITZKIN**, Howard, Alina Pérez, y Matthew Anderson. (2023). *Medicina social y la transformación que se avecina*. Eón.

Epidemiología crítica y sociocultural en México: confluencias, horizontes posibles y deudas pendientes

LAURA Y. VÁZQUEZ VEGA

INTRODUCCIÓN

Los procesos diferenciales de vivir, enfermar y morir, con todo lo que en ello se imbrica, nos permiten considerar un hilado con mayor detalle, situado, contextual y en perspectiva, que nos lleva a cavar profundo sobre sistemas de conocimientos, resistencias, pervivencias, existencias críticas, creativas, solidarias e interespecie desde los sures globales, que impacten la apuesta nacional por una epidemiología crítica y sociocultural situada, contextualizada y que transforme y descolonice los estudios en epidemiología y salud pública y sume a la transformación de los procesos de salud en México.

La epidemiología tiene sus antecedentes más remotos en la observación y descripción de las grandes epidemias que azotaron a la humanidad, y a partir de allí su desarrollo inicial como disciplina se dedicó básicamente al estudio de las enfermedades causadas por agentes infecciosos. En síntesis, la epidemiología funcionalista ha jugado un papel importante en el desarrollo de una salud pública vertical o como la llama Granda (2004) enfermología pública, y de su concepción lineal de la causalidad, limitando su capacidad para comprender los determinantes sociales de la salud y transformar la realidad sanitaria. Así la epidemiología crítica parte de advertir ello y proponer una *ruptura epistémica* que supere los confinamientos



del paradigma tradicional empírico funcionalista dominante, en la perspectiva de construir un nuevo paradigma, que incorpora nuevas categorías de análisis que provienen del pensamiento crítico (Basile y Feo 2022).

Para ello es importante comprender la crítica a la epidemiología convencional; es decir, conocer a detalle las bases teóricas-conceptuales de ésta y sus diversas construcciones o adaptaciones en las disciplinas que se replicaron y se construyeron con sus particularidades teórico-metodológicas y territoriales como la epidemiología sociocultural en México, todo esto para llevarnos a construir una epidemiología crítica situada, contextualizada en nuestro territorio.

En este sentido, cabe preguntarnos, ¿por qué, en los dos últimos siglos, ha predominado una epistemología eurocéntrica y colonial en la epidemiología que se reproduce en la salud pública mexicana? ¿cuáles son las bases del método científico moderno y pensamiento científico moderno en la epidemiología? ¿Cómo este pensamiento ha eliminado de su reflexión a contextos culturales y políticos particulares de la producción y reproducción del conocimiento, asociados con los procesos salud-enfermedad/atención-desatención/prevención-cuidados? ¿Cuáles han sido las consecuencias del daño evitable en esta descontextualización de corporalidades, territorios, sistemas y modelos de salud? ¿En nuestro país, cuáles han sido las andanzas de la producción sociocultural en salud, sus aciertos, potencialidades, sesgos y limitaciones?

Interrogantes que han servido de plataforma para las sesiones del grupo de estudio nacional de Epidemiología Crítica y Sociocultural del Núcleo México del Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO, que se encuentra en pleno proceso de construcción y vislumbra nuevos horizontes de producción crítica en salud.

Algunos de los objetivos que se están desarrollando a lo largo del primer año de trabajo, junto con la matriz de estudio son los siguientes: a) establecer una comunidad epistémica con la conformación



de un grupo de estudio sobre epidemiología crítica y sociocultural en México; b) revisión y comprensión epistémica y metodológica sobre el eje de estudio; c) trabajo grupal sobre la identificación de nudos críticos epistémicos y en el abordaje de las transiciones teórico-metodológicas de las propuestas locales y regionales sobre dicho eje, con la finalidad de actualizar una propuesta para el siglo XXI; y d) una circulación abierta generada sobre la producción crítica del conocimiento situado y en potencia de este eje, así como una investigación articulada y en vinculación con movimientos sociales y territoriales nacionales.

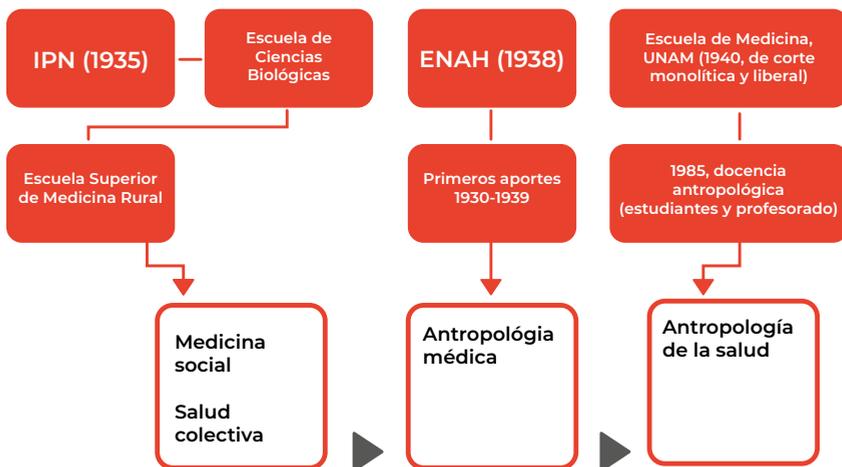
De suyo sabemos que hay múltiples respuestas y acciones nacionales desde espacios organizativos civiles, académicas y/o de gobierno, con intentos de establecer un diálogo de saberes entre y con los sistemas sanitarios. No obstante, en México estos esfuerzos siguen satelizados, como se ha podido ratificar desde el 2022 en el marco de la II Conferencia Latinoamericana y Caribeña Pensamiento Crítico en Salud de CLACSO en la sede de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social que se llevó a cabo en el país. Y que por ello resulta tan atractivo redoblar esfuerzos, a partir de la iniciativa del espacio nacional con la primera edición de las Jornadas mexicanas de pensamiento crítico en salud y soberanía sanitaria en 2023 en el Centro Nacional de Derechos Humanos, donde producimos un espacio de encuentro nacional para sistematizar, desarrollar y potenciar reflexiones y propuestas de investigación sobre el eje epidemiología crítica y sociocultural.

Así, sin pretensión de exhaustividad, se intentarán recuperar algunas experiencias sobre la producción sociocultural en salud, los caminos en su andar que se cruzan, se tocan, se vuelcan en vaivenes de influencias recíprocas e interconexiones. En primera instancia sobre aquellos espacios que han sido los más representativos y clave en la formación académica y crítica sobre el tema en cuestión, desde distintas orientaciones y perspectivas teórico y conceptuales. En un segundo momento se abordará, de manera sintética, un par de modelos sobre epidemiología sociocultural que se han implementado en Morelos y Sonora como un ensayo a la ecología de saberes.

SALUD EN CLAVE SOCIAL Y CULTURAL: PLATAFORMA DISCIPLINAR

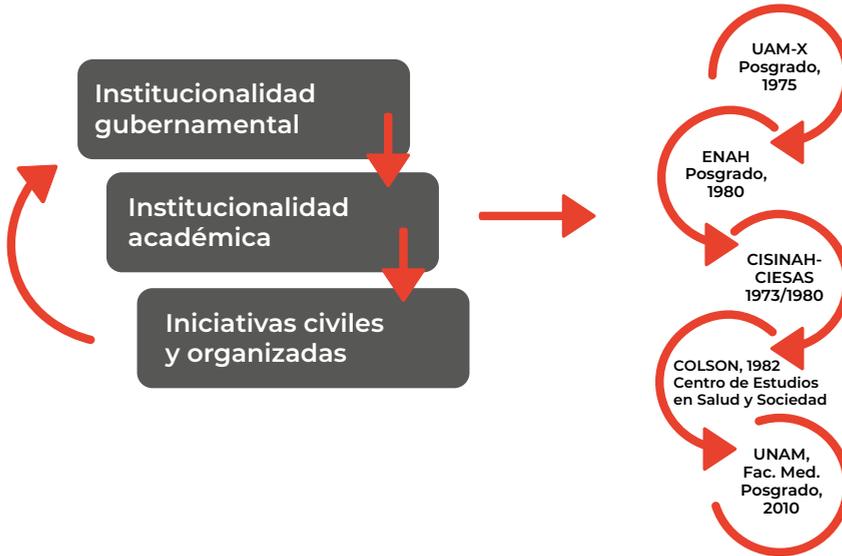
Las tres dimensiones más representativas en la actualidad han sido la *medicina social* o *salud colectiva* que tiene sus raíces en el Instituto Politécnico Nacional (IPN) alrededor de 1935. La *antropología médica* con sus primeros aportes también en la década de los años treinta, en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) desde 1938, de donde años después también se gestaría lo que hoy conocemos como el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). La *antropología en salud* fue impulsada al interior de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) hasta la década de los ochenta, lo que Campos Navarro (2016) detalla con amplitud. En los siguientes diagramas podemos observar la interacción que en todo este proceso ha tenido la institucionalidad académica, con mayor o menor alcance, jerarquía y fuerza.

Diagrama 1
Institucionalidad académica en clave
de salud sociocultural



Fuente: Elaboración propia a partir de Campos Navarro, 2016.

Diagrama 2
Institucionalidad académica en clave
de salud sociocultural



Fuente: Elaboración propia a partir de Campos Navarro, 2016.

Algunos elementos que singularizan estos tres grandes planteamientos en materia de producción sociocultural en salud se desarrollan a continuación, con base en una recuperación histórica y etnográfica.

Salud colectiva latinoamericana

Se puede describir como una corriente de pensamiento y sustento de un movimiento del siglo XX por el cambio social en América Latina y el Caribe; es decir, mantiene una visión alternativa de los enfoques dominantes en salud pública al plantear que los perfiles epidemiológicos y las prácticas en salud tienen carácter sociohistórico. Explica las diferencias en la morbilidad y mortalidad de los grupos humanos de acuerdo con la inserción en la estructura económica, así como por su posición en las relaciones de poder y en el campo de la cultura.

Tendencialmente ha estado vinculada a los movimientos y partidos de izquierda y ha adoptado explícitamente el punto de vista de los intereses populares en sus distintas formas de organización, pues el tránsito de regímenes políticos de bienestar social a regímenes de corte neoliberal ha determinado cambios en las políticas y programas con los que se busca resolver las problemáticas sanitarias (Tetelboin y Laurell, 2015; UAM-X, 2022).

Desde ese viso se ha tenido congruencia con el compromiso político y algunos de sus cuadros han participado en posiciones relevantes en organizaciones políticas o sociales y en la administración pública, como en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en las gestiones 2000-2006 y la actual a nivel federal que inició en 2018.

Antropología médica

En esta orientación de saber se encuentra la línea Antropología física, salud y sociedad. Estudios en grupos contemporáneos, en el posgrado de Antropología física de la ENAH. Desde la convergencia de las ciencias sociales y la antropología física se establece un abordaje del desarrollo biológico humano y los perfiles epidemiológicos diferenciales inexorablemente atados a la desigualdad social, en sus contextos sociohistóricos y políticos. Sin embargo, a diferencia de la medicina social europea/latinoamericana, que mira más los macroprocesos y su impacto en la enfermedad y la muerte, esta vertiente recupera las condiciones de vida, la cultura y las acciones de los sujetos estudiados.

Consecuentemente, es una propuesta teórica y metodológica, además de una manera de comprometerse con acción política en la medida en que rescatar la variabilidad biológica como resultado de la desigualdad social tiene como fin denunciarla y comprometerse con lograr contextos más justos para todos.

De tal manera, se puede decir que uno de los rasgos distintivos es la variedad en los enfoques biosociales en la antropología física, mismos que permiten el reconocimiento que la estructura de la



sociedad, en interrelación con la cultura y la acción de los actores, influencia profundamente el desarrollo biológico humano; es decir, quién va a estar sano y quién va a enfermarse o a morir, cómo y de qué. Estudía a las poblaciones como colectivos y no simplemente como una suma de individuos aislados. Se centra en el desarrollo biológico humano, en “la salud y la enfermedad de grupos sociales que viven y trabajan de maneras específicas, y no en las enfermedades clínicas [o sólo en procesos biológicos]. Mira [al desarrollo biológico humano], a la salud y a la enfermedad de una manera dialéctica y dialógica y entiende que la atención de la salud es parte de un proceso histórico y social.” Enfatiza el hecho de que los procesos sociales e históricos tienen un peso importante en la relación: base material –orden simbólico– acciones en salud, tanto para los individuos como para los grupos sociales. Busca desarrollar una metodología que enriquezca la investigación cuali-cuantitativa con perspectivas históricas y culturales, que considere las acciones de las colectividades (ENAH, 2022).

Asimismo, la antropología médica en el CIESAS conforma una de sus cuatro áreas temática, cuyas actividades iniciaron alrededor de 1973 como Centro de Investigaciones Superiores del Instituto Nacional de Antropología e Historia (CISINAH) (Campos-Navarro, 2016). Desde esta casa de estudios, se refiere la existencia de la antropología médica a partir de la necesidad creciente de entender y analizar los procesos salud-enfermedad-atención (s/e/a); los sistemas de salud y sus problemáticas socioculturales, así como para contribuir en la construcción y evaluación de la política pública en salud desde una perspectiva social crítica.

Comprende de manera integral elementos del proceso s/e/a, el ciclo de vida y la prevención de la enfermedad, mismos que las poblaciones humanas en condiciones socioculturales y político-económicas específicas enfrentan, ante los cuales responden y a los que les dan sentido. Visibiliza el carácter de construcción sociocultural de la medicina y la salud pública, analiza la relación entre naturaleza y cultura, desnaturaliza las expresiones biológicas y reconoce al cuerpo humano como bisagra en los problemas que los sujetos

sociales enfrentan con la aflicción, el padecer, el nacer y el morir (CIESAS, 2022).

Los enfoques teóricos o de orientación de los que se asiste son: a) la reconstrucción procesual de las trayectorias de búsqueda de atención como parte de las respuestas ante las necesidades de salud de los distintos grupos sociales; además del estudio de los contextos sociales macro en donde las experiencias y las respuestas ante la enfermedad están insertas; b) diálogo interdisciplinario entre la antropología, la medicina, la salud pública, la historia, la sociología y la epidemiología, entre otras; c) como subdisciplina de la antropología tiene amplias contribuciones teóricas, metodológicas y temáticas a nivel nacional y global; y d) aplicabilidad para el desarrollo de la política pública pues desarrolla conocimientos y busca respuestas a las problemáticas identificadas (CIESAS, 2022).

Antropología en salud

Este campo de saber se abraza, desde la máxima casa de estudios del país, al interior de la Facultad de Medicina de la UNAM alrededor de 1985, dentro del programa de estudios de posgrado, en su vertiente Ciencias sociomédicas y humanidades en salud desde 2010.

Se considera una dimensión emergente de la antropología social o cultural, fundamentada en la investigación y la producción de teorías sobre los procesos sociales y sus representaciones culturales en la salud, la enfermedad y las prácticas de atención o asistencia relacionadas con ella. Elementos que atraviesan su reflexión epistémica es que actualmente en el sector salud existe mayor comprensión sobre la necesidad de modificar las estrategias en la prestación de los servicios, ampliando el enfoque biologicista hacia otros aspectos importantes en el mantenimiento o pérdida de la salud, como el psicológico, el social, el económico, el cultural y el de género.

Concepción que ha cristalizado en programas específicos instrumentados primordialmente en zonas rurales, marginadas e indígenas que requieren congruencia entre la actividad médica y las necesidades



de las poblaciones atendidas. En este sentido, la medicina intercultural es fundamental en el ámbito de la salud nacional.

De tal manera, este campo disciplinario se distingue por su énfasis en los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, mediante el estudio de la correlación entre las tendencias epidemiológicas y las desigualdades estructurales a fin de exponer las causas sociales fundamentales de los eventos de salud pública, incluida la discriminación, el estigma y la pobreza. Sustentándose en diversos programas prioritarios de las políticas nacionales e internacionales, ejemplo de ello es el Programa México Nación Multicultural, creado con el fin de impulsar y orientar la reflexión, en todo el quehacer universitario, en torno a las reformas constitucionales que definieron a nuestro país como una nación pluricultural desde la década de los cuarenta, siendo aún limitadas las acciones que tratan de reducir la brecha de la desigualdad existente principalmente en contextos pluriétnicos (PMDCMOS-UNAM, 2022).

En el siguiente apartado se esbozará de manera sintética la intersección de esta plataforma disciplinar con la epidemiología crítica y la relevancia de complementar la dimensión bioepidemiológica clásica, que a la fecha no ha considerado los conocimientos, saberes y representaciones en salud con matices populares y de etnicidad, además de que se fundamenta, hasta el momento, en discursos dominantes del saber, del ser y del vivir; es decir, en una colonialidad del poder que ha ejercido epistemicidios y lógicas-dinámicas abisales en aras de una ciencia positivista que excluye, margina y discrimina otras maneras de buen-vivir: su cotidianidad en bien o mal estar, la interacción entre estos y su particularidad temporal-espacial con base en entornos y contextos específicos intra e interculturales.

LA EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL: ALGUNAS ENCRUCIJADAS

Este término se utilizó desde la década de los 50 e infería la descripción de factores sociales y culturales en perfiles psiquiátricos, cardiovasculares y oncológicos, posteriormente abordó un amplio

espectro de los espacios sanitarios. En 1980 el énfasis era para destacar la pertinencia de modificar el paradigma bioepidemiológico e integrar perspectivas y metodologías sociales, antropológicas, ecológicas, ideológicas, entre otras; no dar por sentado los factores culturales y sus modos de interacción con otros en el inicio y curso de las enfermedades (Haro, 2008). También fue crucial considerar la historicidad de los fenómenos culturales y su relación con los elementos tradicionales y actuales de lo cultural, sociopolítico y ecológico. Por lo que las ciencias sociales en intersección con el campo de la salud tienen pertinencia y conveniencia.

Al respecto, Haro (2021) puntualiza los siguientes argumentos: la salud como concepto de base biológica, normativa y de factura social; todas las enfermedades y necesidades de atención a la salud tienen una base social y cultural; a la vez, cualquier enfermedad o muerte tiene consecuencias biológicas, psicológicas y sociales, en lo individual y en lo colectivo, mismas que en ocasiones se politizan; y los sistemas de atención a la salud no atienden únicamente a los problemas sanitarios, sino que son instituciones fundamentales para la gestión de la realidad social y su control. Hahn (1995) señala tres formas que muestran la relación de lo sociocultural en los fenómenos sanitarios, a saber:

1. La construcción social de la enfermedad alude a las consideraciones diagnósticas sobre lo que se valora como normal o anormal, como enfermedad o no. En este sentido, las enfermedades son situadas pues responden a una temporalidad, espacialidad y contextos concretos y dinámicos, ejemplo de ello son los indicadores del índice de masa corporal, el mal del pinto, ciertas parasitosis, la depresión, la bipolaridad, la homosexualidad y la obesidad, cuya prevalencia ha sido considerada patológica sólo en geografías y momentos históricos definidos.
2. La mediación que juega lo cultural en los hábitos y las conductas, lo cual puede prevenir o hacer más proclives a individuos y poblaciones a contraer determinadas patologías, en términos de pautas de higiene, alimentación, hábitos de consumo, recreación y actividad sexual o física.
3. El papel que tiene lo sociocultural en la producción de enfermedades y en la dinámica de su atención, a través de mecanismos directos e indirectos cuya factura es social, ya que se relacionan con las



condiciones de vida, la alimentación, las desigualdades sociales, la discriminación, la contaminación ambiental, etcétera.

De tal manera, siguiendo a Hersch (2013) la epidemiología socio-cultural o incluyente constituye un referente operativo y analítico integrador, con posibilidades de aplicar diversos métodos y aproximaciones en función de la dimensión multifactorial y colectiva de las enfermedades, tomando como uno de sus ejes la categoría del daño evitable, lo que implica su estudio, pero también la generación de medidas para enfrentarlo. Su potencia radica en la aproximación dialógica al fenómeno de la enfermedad como proceso colectivo, considerando el conocimiento y los recursos reconocidos y los excluidos desde la mirada científica. Así, la salud constituye una expresión relacional que sintetiza diversas esferas de la calidad de vida, lo cual deberá abordarse en otro ensayo.

Por tanto, este tipo de epidemiología propone investigar aquellos elementos que no son aparentes ni inmediatos a la mirada o a la palabra, pues el velo del sociocentrismo y colonialidad de quien observa, escucha y registra se muestra en las lógicas y dinámicas de poderes desiguales en el ser y el saber. Por ejemplo, los modelos explicativos de enfermedad desde el ámbito bioepidemiológico se establecen desde la posición jerárquica que tiene el modelo biomédico de salud-enfermedad en el planeta, minimizando los otros modelos de atención médica y sus múltiples dimensiones.

Desde esta perspectiva integrativa sí se ubicarían situaciones de susceptibilidad, riesgo y enfermedad generalmente no caracterizadas epidemiológicamente como necesidades de atención, soslayando categorías significantes como el padecimiento y el malestar, o perfiles fisiológicos y fisiopatológicos predisponentes. Además del estudio de los factores de riesgo en una clave preventiva estructural, considerando a la realidad biológica y ambiental en su íntima relación con la cultura y las relaciones socioeconómicas y políticas.

Su eje teórico asume como objeto de estudio un proceso dinámico que nunca se expresa como una historia natural de la enfermedad

ajena a las relaciones sociales; de ahí que el eje atención-desatención ha de ser también analizado explícitamente como tal. En este sentido, los procesos de salud-enfermedad y de atención-desatención están siempre mediados simbólicamente, manteniendo connotaciones tan trascendentes como las emanadas de los factores biológicos, pues expresan y motivan relaciones, conflictos, intereses y valores de raigambre política y cultural (Hersch, 2013, p. 514). Como hemos visto, estos temas realmente implicarían una revisión más detallada de:

1. La relevancia teórica y metodológica de la epidemiología incluyente (bio-socio-cultural) y conceptos derivados como itinerarios de desatención; escenarios de riesgo y desatención, distribución diferencial de la atención y riesgo determinante de desatención; daño evitable en términos de su causalidad múltiple y medición, fuerza y alcance de impacto; la propuesta de González-Chávez y Hersch (1993 y 2011) y Hersch (2008, 2013) sobre los *Elementos definitorios y potenciales para una epidemiología sociocultural* sobre la problemática-objeto, método y de proyección; de Breilh el modelo de metabolismo social, entre otros.
2. Una exploración de los modelos teóricos de potencial heurístico que respaldan interacciones fuertes y profundas entre enfoques epidemiológicos latinos y afroamericanos como los de Jaime Breilh, Ricardo Bruno Gonçalves, Pedro Luis Castellanos, Cristina Laurell, Paul Hersch Martínez, Armando Haro, entre otros. Sin olvidar aquellos norteamericanos como el de Cassel sobre el estrés alrededor de 1974-76; el de capital social y desigualdades en salud por Wilkinson, Kawachi en 1996, principalmente.
3. Y el modelo más reciente que desarrolla Almeida-Filho (2020) sobre la etnoepidemiología en tres anclajes: Tipo I que alude a la “diversidad étnica y cultural de factores de riesgo, factores de protección o factores pronósticos para enfermedades y otros problemas de salud”. Por ejemplo, los estudios centrados en la aparición y prevención de enfermedades en grupos, poblaciones y culturas. Tipo II a “representaciones sociales, semiologías populares y modelos explicativos de base comunitaria sobre la distribución y ocurrencia de enfermedades, lesiones y eventos de salud en poblaciones, así como teorías comunitarias de contagio y causalidad en grupos humanos.” Y Tipo III sobre la práctica científica de la epidemiología considerada como “objeto de investigación, con la aplicación de conceptos antropológicos y métodos etnográficos a los entornos, la vida cotidiana y las culturas institucionales en las que se produce el conocimiento epidemiológico.”



4. Además de ensamblar a este conjunto de principios interculturales críticos en salud la teoría de las desventajas acumuladas en el curso de vida y la transversalidad en ejes de una decolonialidad vinculada a los sistemas sanitarios, que se podrán revisar en publicaciones próximas.

CASOS MEXICANOS: MORELOS Y SONORA

En este orden de ideas, un par de experiencias concretas que quisiera recuperar desde el marco de este paradigma analítico-operativo-político que representa la epidemiología sociocultural son las que se llevan a cabo en los estados de Morelos y Sonora.

Programa Actores sociales de la flora medicinal en el estado de Morelos

Con una genealogía de más de 20 años es la del programa de investigación *Actores sociales de la flora medicinal en México* creado por el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), en el Centro INAH Morelos en 1996, desarrolló cinco líneas de trabajo de índole sociocultural, a saber: curanderos y parteras asociados a la medicina tradicional/popular; recolectores y acopiadores con la flora medicinal silvestre; gestoras domésticas de salud con la autoatención y medicina doméstica; médicos, farmacéuticos e investigadores con la biomedicina; y reguladores de medicamentos herbolarios con la norma sanitaria, respectivamente. De las cuales el resultado ha sido enriquecido por los vínculos establecidos, los talleres y actividades en terreno y las publicaciones académicas y de divulgación, enfatizando los marcadores de significación cultural sobre el tema eje. Y ubicando entre uno de los tantos desafíos “reconocer el potencial curativo de la flora medicinal en México para ser integrado a la biomedicina. Y si el uso de las plantas en forma de cocimientos, cataplasmas y pociones, utilizados por los curanderos, confronta los modelos actuales de experimentación farmacológica basados en el análisis de principios activos moleculares” (Hersch, 2003: 30). No omito señalar algunas de las colaboraciones que me parecen sustanciales:

- La participación formal en la Comisión Permanente de Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, cuerpo colegiado asesor de la Secretaría de Salud que surge en 1984 y en trabajos puntuales de apoyo a las autoridades regulatorias, así como en cursos de orientación sobre regulación impartidos por éstas a productores y comercializadores de productos herbolarios. Además del apoyo en la primera edición de *Farmacopea herbolaria*, (2001) con monografías concretas y con el suplemento *Extrafarmacopea* (2004), que se mantiene, actualiza e incrementa a la fecha.
- Probablemente, a partir de estas aportaciones y del interés institucional se habilita con mayor aliento el Museo de Medicina Tradicional y Herbolaria y el Jardín Etnobotánico fundado por Bernardo Baytelman en 1976, ubicados en las instalaciones del INAH, Cuernavaca, Morelos (Hersch, 1998). Actualmente permanecen abiertos al público, activos en redes sociales y comunitariamente con visitas guiadas y otros servicios y actividades que ofrece el área de comunicación educativa, entre las que destacan la elaboración de preparados medicinales y artesanales (pomadas, tinturas, jarabes, geles, alcoholatos) y la propagación de plantas medicinales, hortalizas y crasuláceas, principalmente (CINAHM, 2022). El Jardín Etnobotánico se considera el más importante de América Latina por las características de su colección, consolidación y documentación, cuenta con un universo de alrededor de 950 especies, endémicas y otras provenientes de Asia, Europa y África. Tiene seis colecciones: ornamental, de la selva baja caducifolia, plantas alimenticias y de condimento, xerófitas, orquídeas silvestres y la Colección Nacional de Plantas Medicinales, con cerca de 540 especies de todo el país, de las cuales 75 están en peligro de extinción (Salazar, 2014), lo que promueve el valor de la riqueza patrimonial de las plantas medicinales en sus diferentes usos: rituales, medicinales, artesanales y culturales (Parrilla, 2008).
- Los programas académicos y de formación superior en Fitoterapia clínica que se impulsaron desde la medicina endobiogénica, con cursos monográficos enfocados a la obesidad, diabetes, asma, menopausia, hiperuricemia (triglicéridos y colesterol elevados), hiperlipidemia (gota) y afecciones respiratorias y urinarias, que se realizaron en 2007-2008, así como el curso La aplicación de plantas medicinales en la terapéutica de enfermedades comunes. Coordinados e impartidos por el INAH Morelos, a través de actores sociales de la flora medicinal en México y Museo de la Medicina Tradicional y Herbolaria, el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, el Colegio de Sonora, la Sociedad Internacional de Medicina Endobiogénica y Fisiología Integrativa (SIMEPI) y la Embajada de Francia en México (SOMEFICAC, 2014). En



2021 se llevó a cabo el seminario Casa de saberes, biocultural y participación social, de la Red Nacional de Jardines etnobotánicos y etnobiológicos, en vinculación CINAH-Morelos y Conahcyt.

Diálogo de saberes y salud en el noroeste del país, Sonora

Desde la investigación participativa destaca el empuje de El Colegio de Sonora (COLSON) en el rescate y la devolución de saberes sistematizados en materia fitoterapéutica y de tradición originaria en el norte de México. Se creó un acervo documental y electrónico, con más de 500 registros para especies vegetales. Se implementaron los seminarios *Perspectivas de la fitoterapia y la medicina tradicional en México y su noroeste*, ya en su tercera parte; el proyecto *Etnobotánica en el noroeste. De los saberes del monte a un programa de capacitación e investigación en herbolaria y medicina tradicional*; y el concurso “Saberes del Monte” que se efectuó con el pueblo guarijío entre 2016 y 2019, al que se le regresó la recopilación de los saberes recopilados en una gran variedad de fuentes.

En 2021 el Conahcyt aprobó el proyecto *Medicina Tradicional y Herbolaria del Norte de México (2022-2024)*, que planea trabajar con los pueblos guarijío-makurawe, mayo-yoreme, seri-comcáac y yaqui-yoeme, llevar a cabo un diplomado y tres encuentros con médicos tradicionales, como principales insumos para efectuar investigación, aplicación e incidencia en el tema de la herbolaria y la medicina tradicional. También se ha colaborado con la Secretaría de Salud en la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (CPFEUM) y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en la elaboración de fascículos herbolarios de los pueblos indígenas del noroeste (Comunicación personal, Haro, 2022).

De igual manera, está el trabajo de recuperación de la medicina tradicional en el valle del Mayo, del Centro de Estudios en Salud y Sociedad en vinculación con Cobanaras Federación, diferentes asociaciones y El Colegio de Sonora, logrando hasta el momento un registro de 76 médicos tradicionales (57 mujeres y 19 hombres) en las localidades de municipios como Navojoa, Etchojoa, Álamos y

Benito Juárez. Resultado de este trabajo participativo fue la publicación *Manos que curan: don, aprendizaje y destino* con el apoyo del Fondo de Acción Solidaria, Fondo Semillas y The Christensen Foundation (Castro Luque, 2022).

REFLEXIÓN FINAL

Sin duda queda mucho trabajo por reflexionar y accionar; sin embargo, estas pinceladas sobre la producción sociocultural en salud y desde la epidemiología crítica deben continuar resistiendo y entroncando con la *praxis* popular contenida en los sistemas reales de salud y no sólo desde y para los cuerpos académicos y gubernamentales adheridos a una institucionalidad hegemónica.

Aún existen brechas y transiciones por transitar entre las aportaciones y trayectorias de la epidemiología crítica latinoamericana y la epidemiología sociocultural mexicana.

En general, la epidemiología incluso sociocultural de México continúa asumiendo miradas, teóricas y enfoques profundamente disciplinares (no transdisciplinares).

E instar a que la comprensión y análisis de estos ejes abracen la interacción y conexión entre usos, prácticas, saberes, resignificación y tensiones respecto a los sistemas sanitarios y sus múltiples aristas, así como la coexistencia entre datos mixtos que permitan propuestas en alternancias de tradiciones médicas e incidencias específicas; denuncias críticas y resistencias decoloniales en salud; (re)aprendizajes de lo local-popular y (re)socialización en geografías médicas, con la finalidad de articular desde abajo y potenciar un ejercicio ciudadano, reflexividad crítica y una democratización real del conocimiento, además de promover la autogestión para la salud en donde se considere al cuerpo como un primer lugar de defensa como territorio, enmarcado de una ética del cuidado, principalmente.



Finalmente, acotar que en este capítulo sólo nos acercamos a una breve descripción de este panorama y con el horizonte en ciernes del Núcleo México y el Grupo de Estudio en próximas producciones complejizaremos las inserciones críticas en el campo de la salud desde el Sur, los alcances y potencias, para construir un marco categorial que nos lleve a construir una epidemiología crítica mexicana para el siglo XXI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA** Filho, Nahomar. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):865-884
- _____. (2020). Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina. *Salud colectiva* (16)e2786, 1-25.
- BREILH** Jaime. (2010) La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010;6(1):83-101.
- CAMPOS-NAVARRO**, Roberto. (2016). *Antropología médica e interculturalidad*, México, UNAM, McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- CASTRO** Luque, Ana Lucía. (2022). Es importante recuperar la medicina tradicional en el valle del Mayo: Castro Luque. Colson Edu. Disponible en: <https://www.colson.edu.mx/nota.aspx?nx=2958>
- CIESAS** (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social). (2022, Junio). Disponible en: <https://cdmx.ciesas.edu.mx/>
- CENTRO** INAH Morelos (2022). Página de Facebook. CINAHM.
- CONACYT** (2022). Convocatorias. Disponible en: <https://www.conacyt.gob.mx/index.php/el-conacyt/convocatorias-y-resultados-conacyt/convocatorias-fordecyt/convocatorias-abiertas-fordecyt/fordecyt-2019-03/19814-fordecyt-resultados-2019-03/file>

- ENAH** (Escuela Nacional de Antropología e Historia). (2022). Disponible en: <https://www.enah.edu.mx/index.php/posgaf-lgac/lgac-salud>
- GONZÁLEZ-CHÉVEZ**, Lilián y Hersch, Paul. (1993). Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. *Salud pública Méx.* 35: 393-402.
- _____. (2011). *Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*. INAH.
- GRANDA**, Edmundo. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2).
- HAHN**, Robert. (1995). *Sickness and Healing, An Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press.
- HARO**, Armando. (2021), Seminario de Epistemología de la salud, Facultad de Medicina-UNAM.
- _____. (2008). Seminario Perspectivas de la fitoterapia y la medicina tradicional en México y su noroeste. III parte. Colson. Disponible en: <https://www.colson.edu.mx/nota.aspx?nx=4751>
- _____. (2022). Colegio de Sonora. Colson. Disponible en: <https://www.colson.edu.mx/nota.aspx?nx=4751>
- _____. (2008). *Región y sociedad*, Colson.
- HERSCH**, Paul. (1998). *Miniguía, Museo de Medicina Tradicional y Herbolaria*. INAH.
- _____. (2000). *Actores sociales de la flora medicinal en México. La comercialización de plantas medicinales en la colindancia de Puebla y Guerrero*. INAH.
- _____. (2003). Actores sociales de la flora medicinal en México. *Revista de la Universidad*. Disponible en: <https://www.revistadelauniversidad.mx/articles/4a1c6996-ffd0-429f-8eff-41a64fe7cf36/actores-sociales-de-la-flora-medicinal-en-mexico>
- _____. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública Mex.*



- _____ y Haro Armando. (2007). ¿Epidemiología sociocultural o antropología médica? Algunos ejes para un debate disciplinar. VII Coloquio REDAM, Tarragona, 2007 [consultado 2013 febrero 4] Disponible en: <http://www.colson.edu.mx:8080/portales/portales218/epidemiologia%20sociocultural.pdf>
- LAURELL**, Cristina y Cisneros, Angélica. (2015). Construcción de un proyecto contra-hegemónico de salud. El caso del Distrito Federal, México. En Tetelboin C. & Laurell, A.C. (Coords.) *Por el derecho universal a la salud. Una agenda latinoamericana de análisis y lucha* (pp. 51-74).
- PARRILLA**, Laura. (2008). Preserva INAH herbario. Boletín INAH 2008. Recuperado el 28 de junio de 2022 de <https://inah.gob.mx/boletines/741-preserva-inah-herbario>
- PROGRAMA** de maestría y doctorado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud-UNAM. (2022, Junio). Disponible en: <https://www.pmdcmos.unam.mx/ciencias-sociomedicas/antropologia-en-salud/>
- SALAZAR**, Lizandra. (2014). El INAH preserva 75 plantas medicinales en peligro de extinción. INAH Boletín 2014. Disponible en: <https://inah.gob.mx/boletines/1678-el-inah-preserva-75-plantas-medicinales-en-peligro-de-extincion>
- SOMEFIFAC**. (2014). Programa de formación superior en fitoterapia. SOMEFIFAC. Disponible en: <https://sites.google.com/site/somefifac/programa-de-formacion-superior-en-fitoterapia-clinica>
- TETELBOIN** Carolina y Laurell, Cristina. (2015). *Por el derecho universal a la salud. Una agenda latinoamericana de análisis y lucha*, UAM-CLACSO.
- UAM-X** Universidad Autónoma de México-Xochimilco. Disponible en: <http://www2.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/licenciaturas-posgrados/ppposg/salud-colectiva/>

Miradas descoloniales de los feminismos y la salud

PAOLA ALEJANDRA SILVA HERNÁNDEZ

Cuerpos muchos caminan por Nuestra América. Tonalidades diversas, paleta mestiza que concentra y diluye pigmentos. Formas varias, que se estiran o engrosan por distintas latitudes. Cuerpos como puntos de encuentro de la memoria que recorre nuestras venas, de los territorios que habitamos y de todas las que habitaron antes que nosotras. Cuerpos y territorios.

Alicia Migliaro, Dina Mazariegos,
Lorena Rodríguez y Juliana Díaz (2020)

INTRODUCCIÓN

Las primeras Jornadas Mexicanas de Pensamiento Crítico en Salud y Soberanía Sanitaria que se llevaron a cabo a los días 15, 16 y 17 de agosto del 2023 en las instalaciones del Centro Nacional de Derechos Humanos (CENADEH), representaron un espacio de encuentro y reflexión donde diversas perspectivas convergieron para cuestionar los paradigmas establecidos en el ámbito de la salud y la medicina en México, América Latina y el Caribe. Ofrecieron un enfoque disruptivo de las relaciones de poder a partir de un análisis crítico de las ciencias de la salud, los feminismos y la colonialidad del género, el racismo, las teorías y políticas sobre los sistemas de salud y la determinación internacional en el campo de la salud.

El presente capítulo es resultado de los diálogos de la mesa de trabajo “Feminismos descoloniales, racismo y salud” que surgió como



un espacio para *sentipensar* y construir *otros* caminos de transformación que desafíen las estructuras de dominación colonial, patriarcal y capitalista, reconociendo la intersección entre opresiones y la necesidad de descolonizar tanto el pensamiento como las prácticas en todos los ámbitos de la vida y la salud.

A través del intercambio de las voces y experiencias compartidas en esta mesa, buscamos contribuir al fortalecimiento del pensamiento crítico en salud, desde un enfoque feminista descolonial, negro y comunitario que reconozca y valore la diversidad de cuerpos, saberes y formas de vida, en aras del camino hacia la soberanía sanitaria desde y para el Sur (Basile, 2023).

SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En este ensayo me propongo poner sobre la mesa algunos planteamientos que el grupo de trabajo ha discutido en el campo de la salud en América Latina y el Caribe, y que ahora podemos empezar a pensar en México para profundizar y estudiar desde los feminismos descoloniales sus intersecciones posibles con la salud desde el Sur.

Durante las décadas de los 80 y 90 llega a América Latina y el Caribe una oleada de reformas a partir del Consenso de Washington instruidas por organismos internacionales; Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) que fundamentaron la aplicación de políticas de ajuste estructural al Estado para la privatización de los bienes públicos (Basile, 2020), posteriormente se sumaron los mandatos del Consenso de los commodities, que sustentaron la reprimarización de las economías latinoamericanas y caribeñas, dando paso a los modelos público-privados de neoextractivismo, a la concentración de la propiedad de la tierra y la opresión de los modelos de campesinado (Migliaro, et al., 2020).



Gonzalo Basile (2020) menciona que todo ello resultó en una financierización de la economía, la mercantilización de la vida y la destrucción de derechos sociales y de la naturaleza.

El capitalismo actual configuró la violencia estructural en la que nos encontramos inmersos debido a que persisten las formas de despojo, producción y consumo coloniales, pero ahora con la presencia de actores, más cruentos, como el crimen organizado y sus alianzas estatales, que desgarran el espacio geográfico (Zibechi, 2003) y el tejido social; provocando una fragmentación y segregación de espacios, cuerpos y subjetividades.

Estas reestructuraciones y reformismo generaron un proceso de desciudadanización; se desvinculó a la sociedad latinoamericana y caribeña del espacio público compartido, disputado y creado colectivamente. Basile (2020) conceptualiza dos tipos de desciudadanización; una por mercantilización; sectores auto-percibidos como clases medias altas de la sociedad que resolvieron sus necesidades materiales en el mercado privado, y otra por desposesión, grupos sociales subalternos, excluidos de las sociedades que nunca tuvieron acceso a bienes públicos y quedaron a merced de la exclusión, deshumanización o bien ser beneficiarios de políticas sociales focalizadas o del clientelismo político.

¿Cómo se vio reflejado este proceso en los sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe?

Los cambios radicales en el Estado y en la configuración social determinaron la orientación de la política sanitaria hacia un pluralismo estructurado (el mercado privado regula el presupuesto federal de los servicios públicos en salud), que conformaron sistemas sanitarios basados en mercados de coberturas financieras a través del aseguramiento individual. Debido al constante abandono de los sistemas de salud, progresivamente fueron permeados por alianzas público-privadas que poco respondían a la determinación de la salud de las sociedades, destruyendo el tejido institucional público (Laurell, 2013) que terminó por debilitar al propio Estado.

¿Cómo se reflejó esto en la epidemiología de las sociedades y cuerpos? Se ampliaron los espacios urbanos segregados a través del proceso de descuidadización, en donde las poblaciones excluidas debían demostrar que son *pobres* para acceder a un *beneficio* de atención sanitaria en el marco de la nueva protección social neoliberal focalizada a grupos vulnerables, prueba de medios y garantías explícitas mínimas de paquetes de servicios (Basile, 2020). Las mujeres racializadas se vieron obligadas a cumplir con el trabajo de cuidados dentro y fuera de las relaciones familiares, incluso siendo subordinadas por otras mujeres articulando clase social y racialización a la carga de cuidados y división sexual del trabajo.

Los megaproyectos extractivos en territorios abandonados por la burocracia estatal y federal rompieron los ciclos de la vida, desencadenando políticas de violencia específica contra las comunidades rurales en especial las indígenas-originarias. Allí los cuerpos de las mujeres sufrieron represión, criminalización, control sobre la reproducción, negación política, violencias machistas, que causaron graves daños a la salud e incluso la muerte.

La tierra, el trabajo de campesinado, los cuerpos y vida de las mujeres y comunidades, y los sistemas de salud y seguridad social se transformaron en espacio para la extracción de renta y de mantenimiento de la economía liberal y neoclásica en su fase acelerada extractiva neoliberal.

El gran capital moderno colonial en nuestras comunidades del Sur no puede existir sin las masas de trabajo superexplotado, racializado y descuidadizado (Basile, 2020).

NECESIDAD DE LOS FEMINISMOS DESCOLONIALES EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LA SALUD

¿Cómo enfrentamos estos desafíos para la vida y la salud en nuestras comunidades del Sur? El pensamiento crítico latinoamericano y caribeño en salud en la actualidad tiene que aprender y construir de la mano y colocando en el centro de sus epistemologías a los feminismos decoloniales, negros, comunitarios del Sur.



Existe un largo camino para comprender el pensar-hacer que las mujeres y comunidades desarrollaron sobre el cuerpo-territorio-madre tierra, los cuidados y la interseccionalidad como espacios donde se teje el conocimiento común, las redes comunitarias populares, la espiritualidad y sistemas de saberes, la reexistencia y la vida.

Interseccionalidad para repensar nuestras diferencias

La interseccionalidad nace a finales del siglo XX, conceptualizado principalmente por el feminismo negro y disidente estadounidense, el cual abrió el camino para pensar otros marcos analíticos, reconociendo los múltiples sistemas de opresiones múltiples que se relacionan y potencian entre sí en una búsqueda por heterogenizar las relaciones de poder (Lugones, 2008).

Esta perspectiva cuestiona las bases históricas de la subordinación y dominación de las construcciones sociales y de género privilegiadas del modelo capitalista eurocéntrico globalizante, que da origen a los estereotipos sistémicos: racismo, clasismo y relaciones inequitativas de poder como matrices de opresiones algunas visibles y otras ocultas.

Mará Viveros (2016) establece que la interseccionalidad es una herramienta de análisis social, que evidencia el entrecruce no sólo de raza, clase y género, sino también de edad, geopolítica, religión y otras categorías sociales que no operan de manera similar en hombres, mujeres y cuerpos feminizados.

Este paradigma ofrece nuevas vías para problematizar los límites de las construcciones hegemónicas de los feminismos eurocéntricos desde las experiencias de las mujeres del Abya Yala. Esta resistencia parte de diversos roles, espacios e identidades que cuestionan las propias nociones totalizantes de la mujer liberal hegemónica y del sistema-mundo.

Los feminismos del Sur nos invitan a escuchar, entender, aprender y hacer visibles las prácticas de resistencias que llevan a cabo las mujeres migrantes, indígenas, negras, del campo, del barrio y de

las comunidades populares; desde todas aquellas que mueven al mundo a través de su cotidianidad como territorio político, público y de transformación.

Una visión desde el cuerpo-territorio-madre tierra

El territorio dentro de la salud pública funcionalista se ha percibido como un aparato político, administrativo, burocrático y sectorial (Basile e Iñiguez, 2023), que toma relevancia dentro de la epidemiología gracias a sus características climáticas y de reservorio de contaminantes, microbios y vectores para la transmisión infecciosa (Iñiguez, 1998). Es reducido al lugar donde se presentan las etiologías de las enfermedades y ubicación de los casos.

En este sentido ¿cómo podemos reaprender sobre el territorio como un espacio fundamental para la comprensión del metabolismo sociedad-naturaleza en la determinación de la salud?

Luisa Iñiguez (1998) menciona que, en primer lugar, debemos desprender la concepción cartográfica administrativa y estatal del territorio, para pensarlo como un espacio históricamente estructurado, donde se desarrolla la vida y se reproduce la vida y la salud.

Las comunidades indígenas, los pueblos campesinos, las mujeres que luchan y protegen su territorio y comunidad porque es parte de su cuerpo entre muchas y muchos otros actores y colectivos han construido y defendido la concepción del territorio como espacio de vida, colectivo, no sólo de derechos individuales. Quiero tomar el tiempo de mencionar algunas de sus aportaciones.

El territorio desde estas conceptualizaciones transita por diversas escalas, pero con un eje rector que orienta su hacer; la defensa de la vida y de la madre naturaleza, que permite analizar las relaciones espacio-poder desde su dimensión simbólica (construcción de la identidad) (Iñiguez, 1998). El territorio es construido desde el cuerpo íntimo (comenzando por el vientre materno) hasta lo que denominan territorios-mundo, la Tierra como pluriverso cultural-natural o conjuntos-mundos y diversas territorialidades a los que están inexo-



rablemente unidos (Haesbaert, 2020), de ahí el lema zapatista: “Un mundo donde quepan muchos mundos”.

El despojo y destrucción del territorio para las comunidades de la diáspora representa más que una pérdida material o de recursos, significa la pérdida de toda su identidad, saberes, cuidados, modos de vida y concepción del mundo.

De todo lo anterior es que han mantenido una resistencia por su memoria ancestral desde el siglo XVI, visibilizando la violencia que reciben del sistema capitalista, patriarcal y colonial (Migliaro et al, 2020). Esta lucha se propone desde sus propios territorios poniendo los cuerpos en juego (en especial las mujeres) hasta los territorios-mundo, porque se entiende que no es una lucha individual o sectorial, sino de existencia colectiva.

A partir de este marco, ¿cómo es entendido el cuerpo-territorio?

El cuerpo-territorio es una epistemología latinoamericana y caribeña elaborada por y desde las mujeres de la diáspora, que nos permite mirar cómo los sistemas de opresiones y violencias van dejando huellas en nuestros cuerpos, territorios y territorialidades que se entrelazan con las acciones de diversos actores globales, manteniéndolo en una constante disputa, angustia y dolor; sin embargo, también es capaz de reflejar la resistencia y lo hermoso de la vida, las pasiones, el cuidado, las relaciones con la naturaleza y la vida que habita en ella (Colectivo Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo, 2017).

De acuerdo con Rogério Haesbaert (2020) la existencia de quienes luchan desde su cuerpo está totalmente vinculada a su vida cotidiana como espacio de transformación, rompiendo toda visión dualista de la modernidad hegemónica (cuerpo y espíritu, naturaleza y sociedad, sensibilidad y conciencia). Este marco puede ser entendido como una herramienta que nos exige una reflexión interna ante la necesidad de ubicar(nos) dentro de los conflictos sociales, territoriales y sanitarios más allá de una cuestión geográfica, física y ad-

ministrativa. Nos invita a incursionar en el campo de la subjetividad (Colectivo Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo, 2017).

El enlace entre territorio y cuerpo incluye diversas modalidades de interrelaciones y escalas de interpretación. Buscan recuperar y defender a través de la organización, los tejidos sociales ancestrales de matriz matriarcal y al mismo tiempo construir un vínculo amoroso por la vida.

Dentro de los servicios de salud toma relevancia la biopolítica del poder, que ejerce un control, vigilancia y estandarización de los cuerpos y vidas en búsqueda de la productividad (Muñoz, 2014). Mantenemos una visión del entronque patriarcal colonial que nos ha llevado a una negligencia al abordar los diferentes cuerpos; son tratados universalmente desde estándares biológicos únicos e individuales, pero contienen herencias y heridas acumuladas de racialización, deshumanización, sexualidades, clasismo, dimensiones generacionales, identidades, que, a partir de la mirada descolonial feminista, sus intersecciones se tornan indisociables de la condición territorial y de la vida colectiva en común.

Es fundamental situar en el centro al cuerpo, no sólo como una maquinaria de sistemas anatómicos fragmentados e imperfectos, sino como un territorio político que hay que defender, descolonizar del uso liberal-instrumental, feminista eurocentrado y reconstruir desde el Sur.

¿Sistemas de cuidados cómo una solución por parte del capitalismo a las matrices de opresión de los cuerpos feminizados?

En este trabajo no es posible profundizar sobre el desarrollo que existe desde los feminismos descoloniales a los cuidados, así que será un abordaje para otro momento, pero me detendré a compartir algunas breves preguntas que surgen dentro de mis reflexiones sobre cómo se está entendiendo el cuidado en las ciudades y, sobre todo, desde qué enfoque está partiendo la propuesta del sistema nacional de cuidados que se está implementado en la Ciudad de México.



A través de la Agenda para el Desarrollo del 2030, los organismos internacionales de cooperación como el Área de Género y Departamento de Protección Social del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Comisión Económica Social de Latinoamérica y el Caribe están implementando políticas y sistemas nacionales de cuidados en nuestra región, forzando la incorporación de una perspectiva de género en igualdad dentro de los centros urbanos en relación a la división sexual del trabajo y la relación productiva-reproductiva (Gobierno de México, 2021). Esta perspectiva de sistemas y políticas de cuidados fue implementada sobre las mismas bases y financiamientos de los programas focalizados de protección social neoliberal que ya en muchos países existían (personas con discapacidad, personas adultas mayores, trabajadoras del hogar no remuneradas, cuidadoras de personas enfermas, otras), y emulan premisas de paquetes de beneficios, entre otras premisas.

Después un desequilibrio en el sistema-mundo es necesario que se produzcan procesos que devuelvan la estabilidad al capitalismo; en este caso, después de una pandemia, es necesario extraer el plustrabajo de los espacios de valorización que concentran a la fuerza de trabajo más precarizada, feminizada y mal(no)remunerada (Migliaro, et al, 2019).

Los sistemas nacionales de cuidados dan la sensación de ser las nuevas políticas de protección social neoliberal; una medida de contención o mitigación para las consecuencias visibles del entramado de opresiones que vivimos las mujeres. Las políticas se centrarán en la planeación de estrategias para el acceso a servicios que permitan conciliar la vida familiar con el trabajo y las labores de cuidado para las mujeres (Gobierno de México, 2021). Me pregunto: ¿en dónde entran los cuidados en esas estrategias? En realidad, el objetivo es sostener la vida productiva dentro de las ciudades a través de transformar los cuidados en un espacio de mercado para la extracción de renta.

En este momento, la propuesta en México se encuentra en un limbo porque no se cuenta con el financiamiento suficiente del Estado

para comenzar a implementarlo; esto puede representar una invitación para la entrada del complejo médico industrial financiero a formar las tan esperadas alianzas público-privadas.

Para contextualizar, hay que tener presente que las mujeres de la diáspora a lo largo de la historia sufrieron una deshumanización, racialización, hipersexualización, explotación y violencia en todos los niveles; no fueron consideradas bellas, ni frágiles como las mujeres de la blanquitud sino que en muchos casos fueron concebidas como servidumbre o subordinas a estas mujeres blancas y hegemónicas. Por lo tanto, han sido sometidas al mismo sistema de opresiones que los hombres subalternos, quienes ignoraron, aceptaron y reprodujeron las mismas lógicas de dominación en sus cuerpos.

¿Cómo se reflejaron estas dinámicas en los cuidados y la maternidad en la actualidad? El feminismo eurocéntrico tuvo un papel fundamental en la configuración de las relaciones sociales y de trabajo de las mujeres racializadas. En la búsqueda por la igualdad de oportunidades y de empoderamiento femenino, el sistema económico guió a este movimiento a universalizar todos los procesos de vida, con el objetivo de alcanzar la libertad económica y acumulación material igual que los hombres (blancos, hegemónicos).

Como camino a la *independencia* se dio acceso a empleos remunerados a las mujeres hegemónicas dentro de los centros urbanos; sin embargo, se dejó de lado que, para que pudieran tener un horario de trabajo igual al de los hombres, las mujeres racializadas y pobres debían realizar las tareas del hogar, cuidados y maternidad en forma precaria y mal remunerada.

El trabajo doméstico, de cuidados y reproductivo, realizado en su mayoría por mujeres pobres y racializadas, intencionalmente invisibilizadas, no remuneradas, descalificadas o mal remuneradas, es lo que mantiene a las mujeres engranadas en el funcionamiento del capitalismo, y lo que sustenta la continuidad del patriarcado colonial, el neoliberalismo y el neoextractivismo. Son en estas acciones cotidianas donde se vislumbra que el primer cuerpo desvalorizado y que pasa a ser secundario es el cuerpo de las mujeres de la periferia.



En esta dinámica de la modernidad liberal también se nos hizo creer que nuestro desarrollo y *éxito* residía en no ser madres, al establecer la maternidad como una sobrecarga de trabajo que limita nuestra productividad dentro de un orden del sistema genero colonial (Lugones, 2008). Sobre todo, si eres pobre, negra, indígena y campesina, serías estigmatizada, ya que la maternidad se convirtió en un privilegio blanco basado en tu capacidad material y económica. Esto formó parte de la justificación administrativa que se dio para ocultar los objetivos racistas detrás de los programas de salud de esterilización forzada como medida para combatir la pobreza. Esas supuestas *conquistas* feministas no pueden considerarse triunfos cuando para que unas se sientan *libres*, otras deben permanecer oprimidas.

Actualmente las ciudades latinoamericanas y caribeñas se encuentran en una crisis de la reproducción de la vida, son espacios malsanos de segregación, violencia e individualidad que día a día demandan más mano de obra femenina para mantener el engraje del capitalismo neoliberal extractivo acelerado. Dentro de estas dinámicas cruentas los cuerpos racializados feminizados tienen que sobrevivir la jornada de trabajo en medio de una interseccionalidad de violencias y opresiones que se suman a las responsabilidades de cuidado cotidiano. Las mujeres del Abya Yala somos la cara de la racialización, superexplotación del trabajo, pero también de la re-existencia y cuidado del territorio y la vida.

Aquí me pregunto: ¿en qué momento el cuidado se entendió como un obstáculo para la vida? ¿La maternidad, crianza y cuidados son un suplicio o es la forma en la que los vivimos como resultado de un sistema moderno patriarcal que nos somete en sus dinámicas extractivistas y violentas? ¿Los cuerpos feminizados y racializados reclaman la misma autonomía en el campo que en la ciudad?

CONCLUSIONES

Desde la búsqueda por la soberanía sanitaria (Basile, 2023) es necesario replantear las categorías que se utilizan dentro de las formas hegemónicas en las que se hace salud, siendo fundamental incorporar las categorías de los feminismos descoloniales en la salud;

mirar la interseccionalidad como herramienta para repensar críticamente lo que la ciencia ha dicho y, fundamentalmente, lo que no ha dicho, visibilizar las múltiples opresiones que vivimos, así como mirar desde el cuerpo-territorio para dibujar desde lo común, la acción y transformación de nuestras realidades.

Se reconoce que no existe una universalidad homogénea de inequidades y desigualdades históricas de la salud de las mujeres, sino una memoria colectiva que permite recuperar la dignidad de aquellas que fuimos sistemáticamente oprimidas y marginadas. No se busca estandarizar todas las opresiones en repetición de consignas vacías, sino promover rupturas e invitar a pensar, sentir y existir de manera diferente a lo hegemónicamente establecido.

Una vida digna, implica una visión anticapitalista, antirracista, anti-sexista, anticlasista, antipatriarcal, antihegemónica, y antiextractivista. Por ello, la salud debe ser construida y pensada desde y con los feminismos descoloniales del Sur.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASILE, Gonzalo. (2020). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano.

_____ e Iñiguez, Luisa. (2023). Estudio de desigualdades desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud: encrucijada para la descolonización de teorías y prácticas investigativas desde el Sur. Revista Cubana de Salud Pública, primera edición.

_____. (2023). Soberanía sanitaria: implicancias teóricas y geopolíticas de una estrategia regional. En XI Dossier de Salud desde el Sur en Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO y Biblioteca CLACSO, Buenos Aires.

COLECTIVO Miradas críticas del territorio desde el feminismo. (2017). Mapeando el cuerpo-territorio. Guía Metodológica para mujeres que defienden sus territorios. Disponible en: <https://miras>



das criticas del territorio desde el feminismo.files.wordpress.com/2017/11/mapeando-el-cuerpo-territorio.pdf

- HAESBAERT**, Rogério. (2020). Del cuerpo-territorio al territorio cuerpo (de la tierra): contribuciones decoloniales. *Revista Cultura y Representaciones Sociales*, 267-302.
- IÑIGUEZ**, Luisa. (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), 701-711.
- LAURELL**, Asa Cristina. (2013). Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. CLACSO.
- LUGONES**, María. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), 73-101.
- GOBIERNO** de México. (2021). Mujeres, cuidados y territorio. Contribuciones desde el enfoque territorial a un enfoque de cuidados. Disponible en: <https://www.gob.mx/sedatu/documentos/mujeres-cuidados-y-territorio-contribuciones-desde-el-enfoque-territorial-a-una-politica-de-cuidados?state=published>
- MIGLIARO** Alicia, Ramazzini Ana, Araujo Agustina, Cucurí Cristina, Durán Cecilia, Vega Cristina, Cruz Delmy, Mazariegos Dina, Cuadra Elvira, Vázquez Eva, Rúales Gabriela, Nuñez Gabriela, Veras Gabriela, Marchese Giulia, Arrazola Iñigo, Yañéz Ivonne, Rodas Jonatan, Díaz Juliana, Coba Liseth, Baffgo Lucía, Barrios-Klee Walda. (2020). *Cuerpos, territorios y feminismos. Compilación latinoamericana de teoría, metodologías y prácticas políticas.* Abya-Yala.
- MUÑOZ**, Carina. (2014). Cuerpo y subjetividad en las prácticas de salud Registros. *Territorios del Cuidado*, 1(1), 25-39.
- MUÑOZ**, Mariela y Musolino, Nicolás. (1 de noviembre de 2023). El Territorio como determinante de la salud comunitaria. *Territorios y Movimientos Sociales*.
- VIVEROS**, Mara. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17.
- ZIBECHI**, Raúl. (2003). Los movimientos sociales latinoamericanos: tendencias y desafíos. CLACSO.

Reflexiones en torno al uso *político* de los conceptos *sexo, género, feminismo(s), interseccionalidad* y su interconexión con la salud

CLARA BELLAMY ORTIZ

Uno de los grandes retos que tenemos las personas que nos dedicamos principalmente al trabajo académico es repensar lo sabido-conocido de manera continua y permanente. Por ello, tenemos la obligación de poner en tela de juicio las teorías y conocimientos aprendidos para cuestionarnos y poder replantear los conceptos, así como los planteamientos teóricos que subyacen a estos. Esto no sólo para proponer nuevas vías metodológicas, sino para accionar en las prácticas indagando posibilidades ante las premisas incompletas y los fracasos conocidos.

En este sentido, la articulación del proceso de investigación-acción que se plantea la conformación de un grupo de trabajo en México de feminismos decoloniales, racismo y salud es una tarea ardua, dado que implica tomar teorías de distintos campos, los que a su vez están en constante disputa. Nos referimos a la salud y a los feminismos, pero además se propone hacerlo desde el marco de un pensamiento descolonial, lo cual plantea un panorama aún más complicado, empero amplía el espectro de entendimiento de una realidad que sabemos es mucho más compleja.

Como primer elemento creemos que es indispensable integrar el pensamiento crítico en salud utilizando como eje de análisis el



complejo-médico-industrial-financiero (Iriart y Merhy, 2017), dado que dicho complejo da cuenta del papel preponderante que tienen los grupos ligados al capital financiero, las agencias internacionales de cooperación y de financiamiento, y por supuesto las farmacéuticas, todas articuladas para incidir y transformar las políticas públicas de los Estados-nación, entre ellas las de salud. Por consiguiente, si ocupamos dicho eje de análisis y lo transversalizamos con una perspectiva feminista tomando en cuenta los procesos de colonialidad, podemos ubicar distintas problemáticas sin resolución y que es indispensable analizar a partir de las interconexiones que se propone investigar el grupo de trabajo que actualmente estamos conformando en México.

SEXO/GÉNERO/FEMINISMO(S)/INTERSECCIONALIDAD

Las categorías, en general, nos sirven para explicar el mundo, para tener marcos de referencia y de interpretación; son formas de para nombrar fenómenos ya sean conocidos, desconocidos e invisibilizados. Al nombrarlos les damos forma, los moldeamos con contenido y los sacamos del anonimato, de manera que nos permitan ubicar algo de manera más sencilla, aunque no siempre se logre dicho objetivo.

En múltiples ocasiones, cuando una persona denomina algo, se le otorga el crédito de forma indiscutible; luego, con el tiempo, el concepto se populariza; no obstante, si se rastrea el fenómeno como tal, el contexto histórico y las similitudes teóricas o prácticas, con frecuencia existe un largo legado en su construcción. En los descubrimientos hay un amplio número de gente anónima o menos conocida, aunque se les atribuya a personas individuales, incluso se ha sostenido que “ninguna invención es producto del trabajo de un solo individuo” (McQuaig, 2013, p. 139).

Las categorías de género, de feminismos y de interseccionalidad son categorías que se han gestado como elementos de denuncia y, por lo tanto, de disputa. De hecho, no surgieron en los espacios



académicos ni en los de organismos internacionales, pero como decíamos, en general, los conceptos tienen una autoría individual, no así su argumento y contenido abstracto. El origen de los tres conceptos se remonta históricamente a las luchas de las mujeres. Ahora bien, el problema que surge con muchos de los conceptos transgresores es que son cooptados, despolitizados y posteriormente institucionalizados e integrados dentro de las agendas políticas de los organismos de los complejos-industriales.

Por ejemplo, el género tuvo su punto álgido a partir de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer que fue realizada en Beijing en 1995. En ese momento se lanzó la directriz en torno a la importancia que tenía modificar los acuerdos políticos y se incorporaron en la agenda de las Naciones Unidas dos conceptos: género y empoderamiento. Así, paulatinamente, se fue incorporado el género en las políticas públicas de los organismos internacionales como el Banco Mundial, en las instituciones nacionales, en las universidades y de tal suerte ha ido permeando poco a poco en el discurso público, no así en la transformación de las condiciones de vida digna para todas las mujeres.

Cabe mencionar que la distinción del género como concepto quiso dar un salto cuántico de lo biológico a lo social al separarse del concepto de sexo. Sin embargo, se ha cuestionado que el sexo en sí mismo también está construido, ya que éste se constituyó a partir del discurso neurocientífico que utiliza el dimorfismo sexual y la reducción de la mente a los cerebros, el cual deja de lado el sentido psicológico/biológico. De tal forma, se le atribuyó a la genitalidad la forma en la que se encarna un sistema de valores dicotómico (Ciccia, 2022).

Análogamente, el feminismo o los feminismos forman parte de otro debate inconcluso. El debate radica en si se categoriza al feminismo como universal o si son múltiples feminismos con apellidos y claras separaciones entre ellos, sustentadas en su origen y su distanciamiento. La postura que defiende que existe un feminismo es el que se plantea la amplitud de la lucha de las mujeres basada

en una opresión compartida.⁵ Por otro lado, los feminismos con alguna denominación propia⁶ plantean amplias diferencias políticas e ideológicas, y también demandas concretas que se confrontan con el feminismo blanco (ilustrado, eurocéntrico, anglosajón). El argumento es que no todas las mujeres son iguales, que no todas tienen las mismas necesidades y que hay marcadas separaciones entorno a la clase y a la raza que hacen incompatible la lucha conjunta. De tal manera, los logros obtenidos por éste feminismo han beneficiado principalmente a las mujeres blancas de clase media y alta, mientras que en las otras mujeres persisten e incluso se incrementan las desigualdades con un marcado abismo en el cabal ejercicio de los derechos.

Asimismo, la metáfora de las olas feministas ha tenido múltiples críticas que argumentan que esta metáfora presenta un carácter reduccionista y es una aproximación simplista que, de manera artificial, ubica algunos momentos históricos clave en el movimiento feminista y nombra sólo a algunas autoras con cortes históricos y conjunciones arbitrarias, incluso se ha propuesto utilizar una metáfora más útil como la de caleidoscopio, que diera cuenta de la complejidad, los distintos colores y los patrones que existan (Nicholson, 2010).

Otra fuerte crítica que se le ha hecho a la noción de las olas feministas es que hay una clara inclinación hacia la historia de las mujeres que

⁵ Por ejemplo, uno de los textos que influyó fuertemente el movimiento feminista de la década de los 70 fue el de *Sisterhood is Powerful*, escrito por Robin Morgan. En ese texto la autora propugnaba un abrazo universal entre las mujeres contra la opresión común, el sexismo, que según su análisis representaba la matriz de todas las otras opresiones: capitalismo, racismo e imperialismo. Desde esa misma época hubo controversia y rechazo, ya que fue tachada de esencialista por feministas radicales blancas (Arruzza, 2010).

⁶ Por nombrar sólo algunos ejemplos, entre los feminismos que se distancian políticamente en torno a la raza y la clase podemos ubicar a los feminismos negros, *womanism*, los feminismos comunitarios, los feminismos socialistas, o el anarcofeminismo. Otros feminismos se han nombrado y separado para evidenciar demandas concretas, entre ellos podemos nombrar al feminismo sufragista, el feminismo separatista, feminismo de la igualdad, feminismo radical o los ecofeminismos. Existe una larga lista de ellos y distintas clasificaciones que pueden hacerse, pero no es nuestra intención abarcarlos en este artículo ni profundizar en su análisis solo ejemplificar algunas diferencias.



se ubican geográficamente en Europa y Estados Unidos. Por lo tanto, dicho enfoque deja fuera a muchas mujeres que se ubican en otras geografías, es decir, las mujeres del Abya Yala, África y Asia. Como sustenta Mohanty (2008): “la homogeneidad consensual discursiva de las mujeres como grupo se confunde con la realidad material históricamente específica de los grupos de mujeres”.

Para resarcir las diferencias y los olvidos, algunas de las propuestas teóricas que han intentado dar cuenta de la relación entre género, raza y clase es el de la interseccionalidad. Dicho término fue acuñado por Kimberly Crenshaw en 1989; fue elaborado para resarcir un vacío legal en la defensa de las mujeres negras trabajadoras en Estados Unidos.⁷ Como decíamos con antelación con respecto a los conceptos, éste se popularizó al ser una propuesta teórica concreta, pero que con antelación en la práctica se pueden rastrear otras referencias. Por ejemplo, el discurso de Sojourner Truth de “Acaso no soy yo una mujer,” pronunciado en 1851 en el Congreso de Mujeres de Akron⁸ (Sojourner et al., 2012) o también la mención realizada en el manifiesto de la colectiva Río Combahee (Colectiva Río Combahee, 2019). De igual forma, se ha reconocido la contribución del movimiento de *Black Feminism*.

Cabe destacar, la preeminencia de Angela Davis con su libro *Mujeres, raza y clase* (2005) escrito con anterioridad a que se acuñase el concepto de interseccionalidad. La autora, a su vez, reconoce una larga historia de luchas y diálogo entre activistas y académicas, donde destaca la contribución de la Alianza de Mujeres del Tercer Mundo, organización de la década de los 60 y 70, que publicó el periódico *Jeopardy* (Triple Discriminación), referenciando dicha discriminación en el racismo, el sexismo y el imperialismo. De igual

⁷ Defensa legal sobre tres sentencias judiciales que se relacionaban con el título VII de la Ley de derechos civiles (antidiscriminación). Donde se exigía al tribunal que considerara a las mujeres negras como colectivo, dado que las mujeres blancas podrían denunciar la discriminación en relación con el género, pero no así las mujeres negras (Zacaría, 2021, p. 216-217).

⁸ El discurso de Sojourner Truth no fue bien recibido por las mujeres blancas dado que distraía la atención de la lucha por el sufragio y la desviaba hacia la lucha por la abolición de la esclavitud (Zacaría, 2021, p. 218).

forma, Davis reconoce las contribuciones de otras mujeres como Gloria Anzaldúa, Cherríe Moraga y bell hooks, entre muchas más (Davis, 2017).

Por otro lado, la interseccionalidad a pesar de ser un concepto más integral tampoco está exenta de críticas, María Lugones propone la colonialidad del género (Lugones, 2008) al plantear que en la interseccionalidad se hace una “elección categorial del dominante en el grupo como norma” (Mujer=hembra burguesa blanca heterosexual, Hombre=machos burgueses blancos heterosexuales, Negro=machos heterosexuales negros). Por su parte, Mara Viveros hace un recorrido histórico y plantea un debate en torno a la utilización del concepto que si bien ha servido para entender la génesis y desarrollo de las desigualdades refiere la pérdida de conexión con los movimientos sociales. Finalmente, Mara hace un llamado a repensar otras fuentes de desigualdad en el mundo contemporáneo y citando a Purtschert y Meyer, a preservar “el principio de apertura a las diferencias como una condición y no como un límite” (Viveros Vigoya, 2016).

Concluimos que la importancia de utilizar los conceptos de sexo, género, el o los feminismos y la interseccionalidad tendría que radicar en su utilización con fines de transformación política, más que ser simplemente una categoría de enunciación o un concepto teórico que no trascienda en la práctica, o como lo plantea Angela Davis (2017, p. 32): “la interseccionalidad de las luchas” que se articule en la organización conjunta por la justicia social. Es decir, de nada sirve utilizar indistintamente alguno de los conceptos nombrados si se va a manejar únicamente de forma demagógica o utilitaria, ya sea con fines financieros multinacionales o con fines individuales donde la meta sea el *empoderamiento*, como lo caracteriza Crispin (Crispin, 2017), al decir que el feminismo es “un nuevo método de autoayuda”, quien a su vez cuestiona la malinterpretación de la consigna *lo personal es político* de los años 70 en el que se ha tergiversado su significado para pensar las “victorias personales como políticas” (Crispin, 2017, p. 50).

Así, coincidimos con la crítica realizada por la feminista comunitaria Adriana Guzmán, quien afirma que uno de los problemas es que “al



feminismo le sobran académicas, y a las académicas les falta feminismo” (López-Andrada y Muñoz Pérez, 2020).

CIENCIA, GÉNERO/FEMINISMOS, RACISMO Y SALUD

La relación entre ciencia, género/feminismo(s), racismos y salud es difícil de profundizar dado que cada uno de ellos ha sido abordado ampliamente, pero no así sus interconexiones.

En relación con la ciencia, se plantea una polémica respecto a qué se entiende por ésta, desde dónde se hace, con qué parámetros, quién la hace y con qué fines, incluso podríamos profundizar sobre el concepto mismo de nombrarlo ciencia si se piensa desde otras epistemologías, filosofías o cosmovisiones. En este sentido, podemos discutir la desigual participación que históricamente han tenido las mujeres en los espacios científicos (García, 2017), que además presenta a su vez una marcada disminución de mujeres racializadas.

La ciencia hegemónica, la medicina y los feminismos han puesto un interés especial en la sexualidad de las mujeres, si bien ha sido desde perspectivas distintas y posicionamientos ideológicos contrastantes entre ellos, comparten la inclinación por dicho aspecto de la vida de las mujeres. Empero la centralidad que tiene la sexualidad en la historia de las mujeres queda lejos de ser el único problema que podemos rastrear si lo vemos ante la mirada amplia del proceso-salud-enfermedad-cuidado (Michalewicz et al., 2014).

Aun así, retomando algunas problemáticas en torno a la sexualidad, para profundizar analíticamente en la articulación entre el complejo médico-industrial-financiero y el análisis feminista desde una crítica anticolonial, podemos ubicar: la biomedicalización en los trastornos de la sexualidad (González, 2015); es decir, los trastornos del deseo sexual, los trastornos de la excitación sexual, los trastornos del orgasmo y trastornos del dolor en el sexo, los cuales cobran relevancia a partir de la imposición hegemónica de la biología-farmacología *versus* la resistencia y las agencias de las

mujeres usuarias en contra de la biomédicalización, de la patologización de sus cuerpos y del control farmacéutico sobre ellos.

En este sentido, desde una perspectiva crítica en salud podemos cuestionar diversos elementos; por ejemplo, la redefinición de los límites de la normalidad/anormalidad y por ende la patologización de los procesos de vida y de salud. Podemos repensar juntas y preguntarnos: ¿cuándo algo relacionado con la sexualidad de las mujeres adquiere relevancia? ¿Cuándo se convierte en un problema? ¿Cómo se le adjudican una serie de características controversiales e imprecisas para hacer los diagnósticos?, e incluso ¿cuáles son los mecanismos y motivaciones para incorporarlos dentro de los manuales de trastornos psiquiátricos?

Asimismo, podríamos indagar y preguntarnos ¿cuándo dejamos de estar invisibilizadas?, ¿por qué con anterioridad no había habido alguna preocupación por las consecuencias que sufrían las mujeres respecto a lo que ahora se asume como una patología? ¿Por qué históricamente ha habido una clara ausencia o disminución en la participación de las mujeres en los estudios y ensayos clínicos?, que hasta la fecha permanece, o cuando se han incluido lo han hecho como objetos de experimentación en cuerpos principalmente racializados o en posiciones de subalternidad.

Paralelamente, si lo pensamos en términos de clase y raza, tampoco podemos soslayar a qué mujeres les afectan más las investigaciones clínicas, la patologización de los cuerpos y fundamentalmente el acceso o negación a los servicios de salud.

De tal suerte, tratar de hacer las interconexiones con el pensamiento crítico en salud y los feminismos desde una postura descolonial no es de ninguna manera algo sencillo, pero sí muy necesario. Así pues, tenemos más preguntas que respuestas, lo cual es clave para seguir avanzando y no conformarnos con permanecer en una posición anquilosada y ahistórica. Esperamos que con el avance colectivo podamos ir tejiendo respuestas, aunque no sean acabadas ni totales.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUZZA**, Cinzia. (2010). Las sin parte: matrimonios y divorcios entre feminismo y marxismo. *Crítica y Alternativa*, 157.
- CICCIA**, Lu. (2022). La invención de los sexos. Cómo la ciencia puso el binarismo en nuestros cerebros y cómo los feminismos pueden ayudarnos a salir de ahí. *Revista de Filosofía Universidad Iberoamericana* (núm. 155).
- COLECTIVA** Río Combahee. (2019). Manifiesto de la colectiva Río Combahee. *Revista de la Universidad de México*, 9, 107.
- CRISPIN**, Jessa. (2017). *Por qué no soy feminista. Un manifiesto feminista*. Los libros del Lince.
- DAVIS**, Angela. (2005). *Mujeres, raza y clase*. Akal.
- _____. (2017). *La libertad es una batalla constante. Ferguson, Palestina y los cimientos de un movimiento*. Capitan Swing.
- GARCÍA**, Silvia; Pérez, Eulalia. (2017). *Las "mentiras" científicas sobre las mujeres* (2da. ed.). Catarata.
- GONZÁLEZ**, Martha. (2015). *La medicalización del sexo*. Catarata.
- IRIART**, Celia, & Merhy, Emerson. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface: Communication, Health, Education*, 21(63), 1005-1016.
- LÓPEZ** Andrada, Concepción y Muñoz, Sandra. (2020). Entrevista con Adriana Guzmán sobre decolonización de los feminismos en Mérida (Extremadura). *Polyphōnia. Revista de Educación Inclusiva Publicación científica del Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva de Chile*, 4(2), 304-311. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/382457707.pdf>
- LUGONES**, María. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, 9, 73-101.
- MCQUAIG**, Linda y Brooks, Neil. (2013). *El problema de los súper-millonarios*. Capitan Swing.

- MICHALEWICZ**, Alejandro; Pierri, Carla y Ardila Gómez, Sara. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, XXI, 217-224.
- MOHANTY**, Chandra. (2008). Bajo los ojos de occidente. *Academia Feminista y discurso colonial*. *Politics*, 1(3).
- NICHOLSON**, Linda. (2010). Feminism in “Waves”: Useful Metaphor or Not? *New Politics*, XII(4).
- SOJOURNER**, Truth; Wells, Ida; Hill Collins, Patricia; Davis, Angela; Stack, Carol; Carby, Hazel, Parmar, Pratibha, Ifekwunigwe, Jayne, & Ang-Lygate, Magdalene. (2012). *Feminismos negros. Una antología*. Traficantes de sueños.
- VIVEROS**, Mara. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17.
- ZAKARIA**, Rafia. (2023). *Contra el feminismo blanco*, vol. 40, Continta me tienes.

Autoras y autores

Odeth Santos Madrigal (México). Cirujana dentista (UNAM), maestra en Medicina Social y doctora en Ciencias en Salud Colectiva (Universidad UAM-Xochimilco). Investigadora de proyectos PAPIME y PAPIIT de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es coordinadora investigadora del Grupo de Estudio regional “Feminismos Decoloniales, Racismo y Salud” del GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. Es coordinadora del seminario permanente “Feminismos decoloniales, negros y comunitarios hacia la salud desde el Sur” de la Facultad de Medicina de la UNAM (México). Fue profesora de asignaturas de Salud Pública y Epidemiología en la Universidad Autónoma Ciudad de México (UACM) y en posgrados en FES Zaragoza-UNAM y es profesora en la Red de Posgrados CLACSO. Actualmente integra el equipo de coordinación regional del GT de Salud Internacional CLACSO. Sus líneas de trabajo son feminismos decoloniales y salud pública, interseccionalidad en salud, descolonización de estudios de género y salud.

odethsantosmadrigal@gmail.com

Graciela Beatriz Muñoz García (México). Es antropóloga social de formación por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-I), maestra por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y doctora en Ciencias Sociomédicas por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). A nivel posgrado, ha sido profesora asociada del diplomado en Antropología Médica de la Facultad de Medicina de la UNAM y en la Maestría en Ciencias en Desarrollo de Recursos Naturales y Desarrollo Rural del Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR). Actualmente es investigadora en derechos humanos del Centro Na-



cional de Derechos Humanos “Rosario Ibarra de Piedra” (CENADEH) de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), donde coordina la línea de investigación sobre derecho a la salud: mecanismos para su exigibilidad. Sus líneas de investigación son derechos humanos, autonomía, violencia institucional y de género, aborto seguro, sistemas de salud, quejas médicas y ciudadanía. Es investigadora asociada al GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

gbmunoz@cndh.org.mx

Gonzalo Basile (Argentina). Es epidemiólogo y cientista social argentino, que reside en la región del Caribe entre Haití y República Dominicana. Doctor en Salud Internacional (Universidad Autónoma de Barcelona) y posgraduado en Economía y Políticas de Salud en London School of Economics and Political Science (LSE, UK). Actualmente es director e investigador principal del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-RD) y coordinador regional del GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Es profesor en diversos programas de posgrados en salud pública en varias universidades de América Latina y el Caribe. Cuenta con experiencia en dirección de programas de cooperación sur sur en salud y en gestión de emergencias de salud pública en Latinoamérica y el Caribe y África.

gbasile@flacso.org.do

Oscar Feo Istúriz (Venezuela). Es sanitarista e investigador docente jubilado de la Universidad de Carabobo; destacado docente y conferencista invitado en universidades, congresos y seminarios en toda América Latina y Caribe. Tuvo diversas experiencias de gestión en el Ministerio del Poder Popular para la Salud en Venezuela. Fue consultor de OPS-OMS; director ejecutivo del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), fue integrante del equipo de gestión del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS-UNASUR). For-



mó parte del equipo que diseñó la Universidad de Ciencias de la Salud del ALBA (Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América). Sus temas de trabajo son economía política de salud y complejo médico industrial farmacéutico financiero, salud de los trabajadores, educación médica, sistemas y políticas de salud. Actualmente es investigador del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO.

oscarfeo@msn.com

Laura Y. Vázquez Vega (México). Es etnóloga con maestría en Antropología física (ENAH) y doctora en Ciencias en Facultad de Medicina (UNAM). Investigadora por Conahcyt. Profesora en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y de la Facultad de Medicina (UNAM) y en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Investigadora asociada y co-coordinadora del Grupo de Estudio nacional Epidemiología crítica y sociocultural del Núcleo México del GT “Salud Internacional y Soberanía Sanitaria” de CLACSO. Sus líneas de trabajo son interculturalidad crítica en salud, epidemiología sociocultural y curso de vida en contextos étnicos, rurales y populares; sistemas sexo-género-generación en contextos étnicos, entre otros.

laurayvazvega@gmail.com

Luis Enrique Pérez Silva (México). Es cirujano dentista (UNAM), maestro en Ciencias Odontológicas Básicas (UNAM) y doctorante en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-Xochimilco). Es profesor de asignatura dentro de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-UNAM. Es investigador asociado del Grupo de Estudio de “Refundación de Sistemas de Salud” del Grupo de Trabajo “Salud Internacional y Soberanía Sanitaria” de CLACSO y actualmente coordina el Grupo de Estudio en México. Sus líneas de trabajo son pensamiento crítico latinoamericano en salud, sistemas de salud, soberanía sanitaria y formación de talento humano en salud.

enriquep.silva@gmail.com

Paola Alejandra Silva Hernández (México). Es cirujana dentista (UNAM) y maestrante en Medicina Social de la UAM-Xochimilco. Actualmente es investigadora asociada del Grupo de Estudio Nacional Feminismos Decoloniales, Racismo y Salud del Grupo regional Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. Sus líneas de trabajo son los feminismos y salud, sistemas de cuidados y salud, y complejo médico industrial financiero.

paolasilva0808@gmail.com

Clara Bellamy Ortiz (México). Es doctora en ciencias de la salud con campo principal en epidemiología (UNAM). Realizó dos estancias posdoctorales en el Doctorado de Ciencias en Salud Colectiva y en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias en el Programa de Violencias, Derechos y Salud. Actualmente es profesora e integrante del Programa de Género y Salud en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores. Es investigadora asociada al Grupo de Estudio Feminismos Decoloniales, Racismo y Salud del Núcleo México del GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria en CLACSO. Es fundadora de la colectiva Assatas Incendiarias. Ha trabajado a nivel comunitario con diversas asociaciones civiles en (AMBIC, CIS, A.C.) en temas de derechos humanos, derecho a la no discriminación, sexualidad responsable y violencia de género, colaborando en proyectos del COPRED, INMUJERES, CDI, INDESOL y UNICEF. Sus líneas de investigación en violencia en los sistemas y servicios de salud, feminismos desde una perspectiva crítica del género, raza y clase.

clara.bellamy.ortiz@facmed.unam.mx

Laura Elena Ortega-Elorza (México). Bióloga egresada de la Facultad de Ciencias en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y maestra en Ciencias Ambientales por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). Doctorante en Ciencias en Sa-



lud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-X). Docente en la Licenciatura en Ciencias Ambientales y Salud (Facultad de Medicina, UASLP). Integrante de la Red Multidisciplinaria de Estudios del Desierto, A.C (RED). Integrante del Grupo de Estudio regional de Salud Socioambiental y Epidemiología de los Extractivismos del GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del CLACSO. Sus temas de investigación son transformación territorial en zonas áridas, extractivismo agroindustrial, salud socioambiental, salud colectiva, epidemiología sociocultural.

lausseortega@gmail.com

Horacio Pereyra (Argentina). Licenciado en Educación para la Salud y Sociología en la Universidad Nacional de Santiago del Estero (Argentina), donde actualmente es investigador asociado al Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (UNSE, Argentina). Es maestrando en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud en la Universidad Nacional de Lanús y becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con lugar de trabajo en la Escuela Interdisciplinario de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín. Es investigador asociado y del equipo de coordinación del Grupo de estudio regional Salud Socioambiental y Epidemiología del Extractivismos al Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria en CLACSO.

munayruray@gmail.com

Gabriel Keopl (Argentina). Médico e investigador del Instituto de Salud Socioambiental de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina). Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Es investigador asociado y miembro del Equipo de coordinación del Grupo de estudio regional Salud Socioambiental y Epidemiología de los Extractivismos del GT de Salud Internacional CLACSO.

gabrielkeopl@gmail.com

Lisandro Ferrazini (Argentina). Médico e investigador del Instituto de Salud Socioambiental de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina). Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Es investigador asociado y miembro del Grupo de estudio regional Salud Socioambiental y Epidemiología de los Extractivismos del GT de Salud Internacional CLACSO.

lichuferrazini@hotmail.com

Damián Verzeñassi (Argentina). Médico legista con maestría en salud pública y coordinador investigador del Instituto de Salud Socioambiental de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina). Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario y de la Universidad Nacional de Chaco-Austral. Miembros de la Unión de Científicos Comprometidos con la Sociedad y la Naturaleza de América Latina (Uccsna). Actualmente es presidente de Médicos del Mundo ARGENTINA. Es investigador asociado al GT de Salud Internacional CLACSO.

damianverze@yahoo.com.ar

Raquel Rigotto (Brasil). Es médica (UFMG), especialista en Medicina del Trabajo (Fundacentro), maestra en Educación (UFMG), doctorada en Sociología (Universidad Federal de Ceará, UFC) y posdoctorada en Sociología (UFMA). Profesora del Departamento de Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina, de los posgrados en Salud Colectiva y en Desarrollo y Medio Ambiente de la Universidade Federal do Ceará, Actualmente es coordinadora del Núcleo Trabalho, Ambiente e Saúde (Tramas/UFC).



México en el pensamiento crítico latinoamericano en Salud desde el Sur, editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se terminó de imprimir en agosto de 2024, en Grupo Comercial Impresor Arcos, S.A. de C.V. Azafrán núm. 40, colonia Granjas México, demarcación territorial Iztacalco, C.P. 08400, Ciudad de México.

El tiraje consta de 1 000 ejemplares

Este material fue elaborado con papel certificado por la Sociedad para la Promoción del Manejo Forestal Sostenible, A.C. (Certificación FSC México)



GRUPO DE TRABAJO
**SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA**

