

## Aproximaciones teóricas y conceptuales para una epidemiología feminista

Denisse Guerrero Márquez<sup>1</sup>

Recibido: Marzo 2021 / Revisado: Marzo 2021 / Aceptado: Mayo 2021

**Resumen. Introducción.** La epidemiología como herramienta teórico-metodológica en el análisis de los procesos de salud-enfermedad y cuidados tiene, como heredera de las ciencias biomédicas, un carácter patriarcal que invisibiliza las experiencias y favorece el sistema económico actual sobre el que se fundan todas las desigualdades. En ese contexto resulta necesaria una mirada desde las epistemologías feministas para repensar la investigación en salud, tomando como premisa el posicionamiento ético y político para la transformación social. **Objetivos.** Plantear la posibilidad de una epidemiología feminista a través de la tradición crítica, la medicina social y las epistemologías feministas. **Metodología.** Se expone la pertinencia de una crítica feminista a la construcción de conocimiento en salud y a la epidemiología de manera particular para abordar la determinación social de los procesos de salud-enfermedad en el contexto del capitalismo neoliberal. **Discusión.** La epidemiología hegemónica mantiene un esquema de explicaciones monocausales que limita la comprensión de los procesos de salud-enfermedad, especialmente relacionados con las experiencias de las mujeres. Pasar de conceptos como ingreso económico a precarización de la vida, propuesto desde pensadoras feministas, dota a la epidemiología de sentido. **Conclusiones.** Hacer evidente la intención política de las investigaciones, tomar como fuente las experiencias individuales bajo una mirada materialista que haga visibles las estructuras y relaciones desiguales de poder, así como retomar bagajes conceptuales y metodológicos de las ciencias sociales resulta enriquecedor para la práctica epidemiológica; en general, una propuesta feminista complejiza el análisis de los procesos de salud-enfermedad para escapar del enfoque de riesgo característico de la biomedicina.

**Palabras clave:** epidemiología; determinantes sociales de la salud; capitalismo neoliberal; feminismo.

### [en] Theoretical and conceptual approaches for a feminist epidemiology

**Abstract. Introduction.** Epidemiology as a theoretical-methodological tool in the analysis of health-disease and care processes has, as heir to the biomedical sciences, a patriarchal character that makes experiences invisible and favors the current economic system on which all inequalities are based. In this context, a look from feminist epistemologies is necessary to rethink health research, taking as a premise the ethical and political positioning for social transformation. **Objectives.** To raise the possibility of a feminist epidemiology through the critical tradition, social medicine, and feminist epistemologies. **Methodology.** The relevance of a feminist critique of the construction of knowledge in health and epidemiology to address the social determination of health-disease processes in the context of neoliberal capitalism is presented. **Discussion.** Hegemonic epidemiology maintains a scheme of monocausal explanations that limits the understanding of health-disease processes, especially related to women's experiences. Moving from concepts such as economic income to the precariousness of life, proposed by feminist thinkers, gives epidemiology a new meaning. **Conclusions.** Making evident the political intention of the research, taking as a source the individual experiences under a materialistic view that makes visible the structures and unequal power relations, as well as retaking conceptual and methodological baggage from the social sciences is enriching for epidemiological practice; in general, a feminist proposal makes the analysis of health-disease processes more complex to escape from the risk approach characteristic of biomedicine.

**Keywords:** epidemiology; social determinants of health; neoliberal capitalism; feminism.

**Sumario.** 1. Introducción. 2. Epistemologías feministas y construcción de conocimiento en torno a la salud. 3. La determinación social de la salud bajo la lente feminista. 4. Epidemiologías críticas en el contexto posmoderno. 5. Hacia una epidemiología feminista. 6. A manera de conclusión. Referencias bibliográficas.

**Cómo citar:** Guerrero Márquez, D. (2021). Aproximaciones teóricas y conceptuales para una epidemiología feminista, en *Revista de Investigaciones Feministas* 12(2), 493-502.

### 1. Introducción

Este trabajo surge de la necesidad de plantear herramientas teóricas para una práctica epidemiológica feminista cuyas raíces sean el pensamiento crítico en torno a los procesos de salud, enfermedad y cuidados, así como la apuesta política por la transformación social.

<sup>1</sup> Universidad de Guadalajara, México.  
[antroptica@hotmail.com](mailto:antroptica@hotmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7402-6762>

En la primera parte se plantea la problemática epistémica en la construcción de conocimientos en salud a través de la epidemiología como dispositivo de la medicina clásica, cuya tradición favorece una comprensión segmentaria y descontextualizada de los problemas que afectan directamente a las mujeres. Dicha crítica se realiza bajo la argumentación de las epistemologías feministas que hacen visible la aspiración positivista de la ciencia cuyo origen es, en principio, patriarcal.

En la segunda parte se aborda la determinación social de la salud desde una mirada materialista para hacer frente al contexto del capitalismo neoliberal que apela por la responsabilización individual e ignora el contexto general, estructural y sistémico en el que se gestan las enfermedades. La tercera parte es un recuento de algunas de las propuestas que se han elaborado desde las epidemiologías críticas cuyas tradiciones característicamente marxistas se ubican en distintos puntos de América Latina. Finalmente se presentan algunas consideraciones para pensar en una posible epidemiología feminista.

## 2. Epistemologías feministas y construcción de conocimiento en torno a la salud

Rescatar el análisis de la determinación social de la salud es una tarea necesaria frente a un contexto que privilegia una mirada individualista de los problemas sanitarios a nivel global. La transformación social que se necesita para cambiar dicho enfoque es un asunto colectivo que requiere concientización, en primer lugar, sobre la forma en que se construye el conocimiento en torno a la salud y las desigualdades.

Durante años se han tejido reflexiones que cuestionan y reaccionan a las injusticias del quehacer científico. Las epistemologías feministas, por ejemplo, han recorrido un largo camino para cuestionar y reelaborar teorías a partir de las experiencias de las mujeres como sujetos históricamente marginados por la biomedicina.

No se niega que la investigación científica hegemónica haya contribuido notablemente a la generación de principios, sin embargo, este tipo de conocimiento valora más la tradición positivista de uncausalidad o de causa-efecto y menos la de los procesos sociales involucrados en un contexto que generalmente carece de linealidad y equilibrio. Un conocimiento que presupone ciertas condiciones para que algo suceda de determinada forma limita las reflexiones y el nivel de comprensión al que se puede acceder solo a través de articulaciones disciplinares y estrategias metodológicas que implican todo un reto epistemológico al interior de la epidemiología misma.

La ciencia como construcción social corresponde a determinado momento histórico en el que es útil, cabe preguntarse para quién, para quiénes y para qué. Kuhn (1971) reflexionó sobre el carácter dialéctico del pensamiento científico, así como de su naturaleza social y revolucionaria en el sentido de dar paso a innovaciones cuando lo que se ha dicho resulta insuficiente para abordar la complejidad actual. Con dicho supuesto se abrieron las puertas a una comprensión sociopolítica de las comunidades científicas, los modelos explicativos y los instrumentos utilizados para construir realidades.

Esta forma de entender el discurso científico es vital para comprender que los datos que tomamos por verdaderos, legítimos y universales, no son más que consensos dentro de una comunidad de investigadores, y que esos investigadores no son ajenos a sus propias ideologías y elaboraciones teóricas. Por eso es válido cuestionar la objetividad científica sobre la que se han construido relaciones de poder que refuerzan y reproducen desigualdades.

En ese sentido, resulta pertinente recordar las palabras de uno de los filósofos de la ciencia más controversiales por tomar una postura radical ante la producción científica, Paul Feyerabend, quien llegaría a concluir que la ciencia es mucho más semejante al mito de lo que cualquier filosofía científica está dispuesta a reconocer. La ciencia constituye una de las muchas formas de pensamiento desarrolladas por el hombre, pero no necesariamente la mejor (Feyerabend, 1986, 289). De hecho, cuando se habla del 'hombre' habría que pensarlo de manera literal pues el acceso de las mujeres al conocimiento, a las universidades y a la producción teórica es todavía muy reciente. Por otro lado, si bien su postura frente a la ciencia parecería pesimista, cabe resaltar en ella la posibilidad de reconstruir, como menciona más adelante, la humanidad que somos capaces de realizar. Permite pensar en el abandono de la aspiración moderna a revelar verdades universales para apostar por la construcción de conocimientos que visualicen y resuelvan problemas emergentes en contextos inmediatos.

Al menos desde la década de 1970 las académicas feministas comenzaron a cuestionar el carácter no neutral de la ciencia por la forma en la que se aprehende la realidad en la investigación (Pons Rabasa, 2019, 135) bajo una mirada masculina que convierte la diferencia en otredad. La epidemiología entendida tradicionalmente como rama de la medicina que se encarga de estudiar la distribución de las enfermedades también ignoró las particularidades de los otros no varones, blancos, heterosexuales y priorizó una mirada probabilística de los fenómenos, obviando casi siempre el contexto general y particular. A propósito, Álvarez Hernández (2016, 52-61) reflexiona en torno a las limitaciones metodológicas de la epidemiología hegemónica como consecuencia de sus planteamientos monocausales.

Retomando la crítica que se hace a la construcción del conocimiento en salud, es pertinente mencionar que las feministas no son las únicas que se han preocupado por hacer visible el estrecho lazo entre conocimiento y poder. Sandra Harding señaló que también las luchas contra el racismo, el colonialismo, el capitalismo y la

homofobia, así como el movimiento contracultural de los años sesenta y los movimientos ecologistas y antimilitaristas contemporáneos han realizado agudos análisis de los usos y abusos de la ciencia (Harding, 1996, 16). En la misma dirección se ubica en el contexto latinoamericano un movimiento importante que hace frente a los discursos colonialistas de la ciencia. Quizá uno de los representantes más populares sea Boaventura de Sousa Santos (2009), quien denuncia el epistemicidio como práctica recurrente de la ciencia occidental. Pero ¿de qué se le acusa a la ciencia? ¿qué tipo de conocimientos se requieren para hacer frente al contexto de crisis actual? y ¿cuál es la pertinencia de cuestionar el conocimiento científico en el campo de la salud, más aún, en torno a las mujeres?

Horkheimer y Adorno denunciaban los usos que la ciencia adquirió durante el proceso de racionalización del mundo como parte del proyecto de la modernidad. Para ellos, la ciencia moderna se refiere a los enunciados respecto a hechos concretos y esto presupone la cosificación de la vida en general pues el “hecho” es precisamente un producto de la alienación social. En la epidemiología hegemónica esa alienación se da a través de la construcción del riesgo en términos poblacionales. Los autores también criticaban la razón instrumental que suponía el conocimiento legítimo de las ciencias positivistas cuyo objetivo se veía reducido al dominio de la naturaleza desencantada, vista como materia. Y denunciaron: en el camino hacia la ciencia moderna los hombres renuncian al sentido. Sustituyen el concepto por la fórmula, la causa por la regla y la probabilidad. La causa ha sido sólo el último concepto filosófico con el que se ha medido la crítica científica (Horkheimer & Adorno, 1998, 61).

Las ciencias de la salud no escaparon en su proceso de conformación a dicha forma de racionalizar los cuerpos, la sexualidad, las enfermedades y a las personas en su complejidad, reduciéndolas a materia susceptible de transformación a través de la técnica. Sobre las mujeres el aparato médico se ha posicionado de manera particular favoreciendo su subordinación, ejemplo de ello es el que expone Carme Valls-Llobet (2011) sobre la medicalización innecesaria de procesos como la menstruación o menopausia al mismo tiempo que prevalece una clara ausencia de estudios epidemiológicos para la prevención de enfermedades cardiovasculares y oncológicas en mujeres.

Otro señalamiento de los autores de la *Dialéctica de la Ilustración* (1944) es que la razón instrumental subyuga a la naturaleza en el quehacer científico favoreciendo la dominación del hombre por el hombre; mientras que autoras ligadas al pensamiento ecofeminista como Françoise d’Eaubonne (1974) o María Mies (2019) han establecido relación entre la dominación de la naturaleza y la de las mujeres. Siguiendo ese planteamiento se puede afirmar que una epidemiología feminista considera la relación entre muchas de las problemáticas de salud globales y el antropocentrismo que deriva en extractivismo y crisis medioambientales.

Por otro lado, algunas críticas a la epidemiología hegemónica (Menéndez-Spina, 1998) (Álvarez, 2012) (Álvarez Hernández, 2016) (Breilh, 2013) (Almeida Filho et al., 2009) coinciden en que su carácter totalizador-reduccionista pretende homogeneizar cuantitativamente las realidades en torno a la salud y la enfermedad en donde esta última es entendida como un fracaso ante la omnipotencia de las nuevas tecnologías. Así, a propósito del contexto de pandemia por el SARS-Cov-2 y las medidas implementadas de manera global, Basile (2020) expone que la securitización o seguridad sanitaria global (desde el mercado-economía mundo), el neohigienismo público o policía médica (desde el Estado) y las cuarentenas o terapia de shock (desde lo social), conforman los engranajes de un flujograma de poder. Dicho modelo ilustra de manera adecuada la estrecha relación entre la epidemiología hegemónica, tal como se concibe actualmente, y las lógicas del capitalismo neoliberal a través de las políticas públicas que defiende el Estado.

Con relación al punto anterior, sería interesante parafrasear algunos enunciados que Sandra Harding previno desde que escribió *Ciencia y feminismo* (1996, 35):

- a) La aportación que podría hacer la modernidad al bienestar social en la actualidad es relativamente despreciable, dado que los mayores obstáculos para ese bienestar son las injusticias morales y políticas y no la ignorancia de las leyes de la naturaleza.
- b) En una sociedad tan desigual y fragmentada, “más ciencia» tiende a intensificar esa fragmentación.
- c) Aunque es posible que los científicos individuales se muevan por los más elevados objetivos personales e ideales sociales, de hecho, con su carácter experimental, sus actividades reales sirven, ante todo, para aumentar los beneficios de unos pocos y mantener el control social sobre la mayoría.

Harding era consciente del tabú que representa cuestionar la ciencia, peor aún, cuestionar aspectos como la ideología del investigador que, como señaló Diana Maffía, aún los más agudos análisis del sesgo ideológico o valorativo que el investigador imprime a su producto ni siquiera rozan la cuestión del sexismo (Maffía, 2001, 407).

Frente a ese difícil panorama se propone elaborar un ejercicio más sincero y menos ambicioso que el de la ciencia moderna occidental y específicamente de la epidemiología hegemónica. No se pretende en este documento alcanzar una teoría totalizadora o al menos una verdad absoluta, por el contrario, se busca reconocer que todo es cuestionable y esa es una oportunidad para acercar, recrear, reconstruir e imaginar horizontes humanamente más habitables.

Las epistemologías feministas como ruptura con las formas tradicionales de hacer ciencia parten de al menos dos supuestos: la crítica de los dualismos clásicos de la modernidad (naturaleza/cultura, sujeto/objeto, humano/no humano) y la naturalización de las jerarquías de clase, sexo/género y raza (Harding, 1996) (Haraway, 1995). También se da por supuesto el carácter político de todo proyecto científico, abandonando el anhelo positivista e ingenuo de la postura neutral de quien investiga (Fox Keller, 1991). En ese sentido, se considera que la construcción de conocimiento en torno a la salud no debe ignorar las experiencias y subjetividades de quienes participan del ejercicio creativo y tiene como eje, además, la intención explícita de hacer una crítica al llamado conocimiento objetivo cuando este representa una forma de opresión.

Por otro lado, la salud como tema básico del feminismo desde sus raíces presupone un espacio privilegiado para la crítica y la politización de las experiencias. La salud es más que la ausencia de la enfermedad y desde esta postura se apuesta por una definición ideal que nos haga comprenderla como “un proceso vital complejo, de carácter histórico-social, determinado por el acceso a los bienes materiales y no materiales que satisfacen el bienestar biopsicosocial, caracterizado como el crecimiento y desarrollo armónicos, con sentido humano, sustentable y libertario.” (García de Alba García y Salcedo Rocha, 2013, 14).

### 3. La determinación social de la salud bajo la lente feminista

El proceso de salud-enfermedad corresponde a la época histórica en la que se gesta, es dinámico en su relación humano-humano y humano-naturaleza. Se sitúa, siguiendo la tesis de Berger & Luckmann (2001) en el paradigma de la construcción social de la realidad, quienes la definen como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra voluntad.

El conocimiento es la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas (Berger & Luckmann, 2001, 11). Entender de esta manera los procesos de salud-enfermedad, así como sus respuestas sociales, permite escapar a una visión estática y cuestionar lo que se presenta como natural para darle sentido en el marco cultural que lo perfila.

Por otro lado, la categoría proceso salud-enfermedad permite reconocer lo social dentro de fenómenos que podrían pensarse en el marco de la naturaleza y lo biológico. Laurell (1982/1986), representante de la escuela de medicina social en América Latina, propone pensar la salud y la enfermedad como partes de un solo proceso de carácter social e histórico. Por lo tanto, su análisis debe considerar las características de la estructura en la que se reproduce. Como corolario, al tratarse de procesos sociales, encontramos variaciones entre sociedades, culturas, épocas y entre clases sociales (Laurell, 1986), por lo que pensar en modelos universalistas respecto a la salud, la enfermedad, atención y cuidados o respuestas sociales sería peligrosamente reduccionista.

Sin embargo, es importante mantener distancia de un relativismo dañino que nos conforme con lo que está socialmente establecido; en el ejercicio analítico es pertinente considerar siempre la determinación estructural. Eliot Freidson (1970) señaló que la realidad está socialmente definida pero estas definiciones dependen de grupos concretos e individuos que construyen esa realidad. Para entender lo socialmente construido es necesario comprender la organización social, y para comprender las experiencias de esos ‘creadores del conocimiento’ es importante reconocer su posición en dicha organización.

La teoría marxista estimuló el desarrollo de la Medicina Social Latinoamericana por varias razones. Como resume Rojas (2016, 3), las tesis del filósofo respecto al proceso de salud– enfermedad son:

- Cada formación social crea su propia patología y produce las condiciones sociales para la reproducción de esta, en consonancia con el modo de producción prevaleciente.
- Existe una situación diferencial entre las dos clases sociales fundamentales presentes en las formaciones sociales capitalistas con respecto a la morbilidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos.
- Dentro del proletariado existe una situación diferente entre los diversos sectores que lo componen con respecto a las características de la morbimortalidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos.
- Existe una situación diferente entre la ciudad y el campo en lo que respecta a las características de la morbimortalidad y el nivel de esperanza de vida.

Los conceptos que se utilizan en las tesis responden a un marxismo ortodoxo y es preciso revisarlas a la luz de teóricos que cuestionan su vigencia en el contexto actual, tal como lo hace Saraví (2015) con las nociones de clase social o proletariado para el análisis de las desigualdades sociales, para el que considera más apropiado el uso de *experiencia de clase*<sup>2</sup>. Fuera de eso, las contribuciones de Marx al planteamiento de investigación en salud son innegables al hacer visibles ciertas contradicciones con el capitalismo. Si algo tienen en común los

<sup>2</sup> El autor refiere que las limitaciones del concepto de clase social en el marxismo ortodoxo tienen que ver con la concepción unidimensional sobre el orden del individuo en una sociedad, ya sea por ocupación, ingreso o escolaridad o respecto a los medios de producción. Para él resulta más pertinente pensar que la clase también puede ser concebida como experiencia, como una experiencia de clase.

planteamientos materialistas sobre los procesos de salud-enfermedad es que estos se encuentran en el marco de la realidad macrosocial determinada por la economía política que termina encarnándose en las experiencias individuales y colectivas. En ese sentido, Porroche-Escudero (2017) invita a pensar los procesos de salud-enfermedad desde una visión compleja que comprenda que:

“las dimensiones subjetiva y colectiva de la experiencia de la enfermedad se entrelazan invariablemente, es imposible pensar de forma separada los aspectos biológicos y los culturales, la ciencia médica no es aséptica, sino que está impregnada de ideologías e intereses, la reflexión sobre los significados culturales no puede desatender las condiciones materiales de existencia de los afectados” (Porroche-Escudero et al., 2017, 28).

Las respuestas sociales al proceso de salud-enfermedad y las formas de afrontamiento individual tienen que ver con una visión del mundo característica del tiempo en que se viven, actualmente no podrían entenderse fuera del marco del capitalismo neoliberal. Al respecto, Susan Sontag planteó en *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas* (1977) que las fantasías inspiradas por la tuberculosis en el siglo XIX, y por el cáncer hoy, son reacciones ante enfermedades consideradas intratables y caprichosas en una época en que la premisa básica de la medicina es que todas las enfermedades pueden curarse.

Esa promesa de la medicina en el contexto del capitalismo neoliberal puede comprenderse en el marco de la llamada medicalización de la vida. Ivan Illich (1976) advertía que la medicina institucionalizada había llegado a ser una amenaza, pues el impacto profesional que inhabilita la agencia del sujeto había alcanzado las proporciones de una epidemia. Más allá de la demonización de la llamada medicina hegemónica, sería importante rescatar la idea de pérdida de agencia por parte del individuo sobre su salud.

Marx (2013) explicó el proceso de alienación por el que atraviesan los obreros en el sistema capitalista; en su teoría la alienación se encuentra arraigada en la estructura social. A través de la ruptura con compañeros de trabajo, la destrucción de la cooperación y el fomento de la competencia, los sujetos se ven alienados de su actividad productiva, de la mercancía y finalmente de su potencial humano. La alienación también fue un concepto central para los teóricos críticos, como indica Amézquita-Quintana, (2009) para la escuela de Frankfurt la alienación aparece en la ‘reificación’ de la razón instrumental, la pseudocultura y la democracia liberal al cosificar el mundo de la vida (concepto habermasiano) mediante el derecho racional moderno.

Fraser y Jaeggi (2018) teorizan alrededor del proceso de alienación que entienden como un tipo de carencia de poder y libertad resultante del ‘desplazamiento’ y sometimiento de los propios seres humanos que la crearon y la pusieron en marcha. También señalan que:

“el argumento de la alienación no se limita a identificar un problema ético o una patología aislada del capitalismo. Postula que como seres humanos somos expulsados de nuestro ser de la especie, lo cual significa que no participamos en determinadas decisiones que afectan a nuestra vida y, más en general, no heredamos la que es nuestra historia común en el sentido de que podamos considerarla propia, asumir la responsabilidad de ella, y contribuir a que avance” (Fraser & Jaeggi, 2018, 144).

Esta alienación atraviesa también los cuerpos de las mujeres de manera específica; un ejemplo es el dispositivo de atención sanitaria desde el que se construye un lenguaje técnico alejado de la comprensión general de las propias mujeres. Este es un hecho que se ha denunciado desde hace más de tres siglos, al respecto Nogueiras García (2018) recopila escritos de pensadoras que se ocuparon en señalar que el malestar de las mujeres tiene que ver con la falta de autonomía para tomar decisiones sobre su vida. Lo expresa de la siguiente manera:

“La idea de que existe una clara y estrecha relación entre el malestar y la enfermedad de las mujeres y las limitaciones que las estructuras patriarcales imponen en sus vidas, forma parte de las raíces mismas de la teoría feminista. La salud es una dimensión fundamental de la vida y el feminismo, desde sus orígenes, desvela que se ve profundamente afectada por el sistema de dominación de los hombres sobre las mujeres” (Nogueiras García, 2018, 21).

A propósito, Le Breton (2007) señala que en el discurso científico contemporáneo, el cuerpo (el huésped en epidemiología) es pensado como materia indiferente, como simple soporte de la persona. Ontológicamente distinto al sujeto, se convierte en un objeto manipulable que puede ser mejorado, materia prima en la cual se diluye la identidad personal, y ya no una raíz identitaria del ser humano.

La razón instrumental, según Marcuse, había dominado la naturaleza externa pagando por ello el precio del sometimiento de la propia naturaleza del humano. Germaine Greer, retomando las ideas de Marcuse, señaló que nuestra ideología está fundada en la bipolaridad de los sexos que, a pesar de no aparecer de manera clara en la biología, se arraiga en una visión dicotómica funcional para el control social con vistas al mantenimiento del sistema capitalista a través de la conformación de un sistema que traduce la diferencia material de los cuerpos en cualidades de género (Amorós, 2014, 55-56).

La relación entre sexo, género, sexualidad y modo de producción se ve más clara con la propuesta de Gayle Rubin (1986), quien acuña la categoría de *sistema sexo/género* y la define como el sistema de relaciones sociales que transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana y en el que se encuentran

las resultantes necesidades sexuales históricamente específicas. Dicho planteamiento resulta interesante a la hora de analizar los fenómenos alrededor de los procesos de salud-enfermedad. Tal es el caso de la ‘cultura del lazo rosa’ en relación con el cáncer de mama cuya lógica emerge de la sociedad de consumo, como señala Gayle Sulik:

“Esta cultura se basa en unas expectativas normativas sobre el género, una visión idealizada de la supervivencia al cáncer y una lógica basada en el consumo; la economía política de la cultura del lazo rosa promueve un enfoque individualizado o de la gestión de la enfermedad como un problema personal [...] a diferencia del activismo que reclamaba una capacidad de decisión informada y justicia social, la industria multimillonaria del cáncer de mama vincula el empoderamiento de las mujeres y las pacientes con una lógica consumista compatible” (Sulik, 2017, 45).

Viviana y Beatriz (2016) insisten en que los estudios de salud deberían considerar las condiciones de vida y trabajo de las sociedades, pues estas se relacionan con las experiencias diferenciadas con respecto a los padecimientos/enfermedades/muertes de los distintos estratos sociales. La integración de bagajes teórico-metodológicos de la antropología y la sociología, por ejemplo, permitirían explicar las desigualdades sociales que representan un eje central cuando se analizan los fenómenos de la salud y todo lo que la sociedad considera como tal, y no solamente como factores dentro de un esquema de determinantes sociales de la salud.

Desde una epidemiología feminista se plantea la necesidad elaborar reflexiones en torno al proceso de salud-enfermedad con una visión que involucre los elementos sociales, la subjetividad y que haga frente a las políticas del patriarcado. Como señala Nogueiras García, (2018), desde un marco feminista de interpretación se reelaborarán las conceptualizaciones de la salud y la enfermedad incorporando sus dimensiones históricas, culturales y sociales en relación con el sistema sexo-género, visiones holísticas y sensibles a lo local y particular, multicausales y multidimensionales.

#### 4. Epidemiologías críticas en el contexto posmoderno

Partir de la definición de epidemiología como una transdisciplina que estudia el proceso salud-enfermedad poblacional en sus dimensiones tiempo-espacio a través de la descripción, análisis y evaluación de la complejidad de los condicionantes inmediatos y determinantes mediatos; cuyo propósito es ofrecer estrategias para prevenir y promover una salud poblacional igualitaria y equitativa que abone al florecimiento humano (García de Alba, 2021) ayudaría a plantearla como una práctica horizontal con conexiones a un mismo nivel de realidad que tratan otras disciplinas.

La propuesta de una epidemiología feminista surge como respuesta a la necesidad de abordar los procesos de salud-enfermedad desde un enfoque integral que reconozca la multidimensionalidad de las problemáticas sociales y sanitarias. Es una apuesta a la comprensión y a la construcción de estrategias que respondan a las particularidades del contexto y es en principio una postura por la politización de las experiencias.

En América Latina se han desarrollado desde la década de los sesenta al menos tres líneas teórico-metodológicas que se podrían adherir a la tradición crítica. Hersch Martínez (2013) indica que el planteamiento de esas epidemiologías es producto de diversas reformulaciones elaboradas ante la necesidad de ampliar y profundizar la mirada tradicional o hegemónica. Se destaca la multidimensionalidad y participación de agentes en los procesos de salud-enfermedad y sus formas inherentes de atención-desatención, así como la necesidad de una reconfiguración semántica en torno a la salud-enfermedad poblacional en donde se consideren las prácticas, normas, valores y concepciones ideológicas de cada grupo social.

La epidemiología sociocultural o incluyente como la nombra Hersch Martínez (2013) parte de la urgencia de tomar en cuenta la realidad biológica-ambiental en estrecha relación con la cultura y las relaciones socioeconómicas y políticas. Entre otros antecedentes de las epidemiologías críticas se encuentra la de Nancy Krieger (2011) desde el contexto estadounidense. Ella planteó un modelo eco-social que toma en cuenta los niveles sociales y ecológicos desde lo global a lo individual y pone en relieve las desigualdades de clase, raciales/étnicas y de género. Además, priorizó la contextualización de los procesos de salud-enfermedad a través de su relación con la economía, la política y la ecología. El modelo de Krieger también introdujo el concepto de *curso de la vida* para dotar de carácter histórico el entendimiento sobre los procesos de salud y enfermedad.

El abordaje de la determinación social de la salud y las propuestas de las epidemiologías críticas hacen énfasis en la consideración de aspectos socioculturales y señalan que estos no deberían entenderse como factores a cuantificar, sino como procesos sociales e históricos. Este cambio de enfoque permite entender que, por mencionar un ejemplo, el estigma de las enfermedades y de la ‘persona enferma’ en esta época puede responder a las exigencias de una ideología que privilegia la capacidad de producción y consumo de los individuos. Desde la antropología se ha planteado el término *capacitismo*<sup>3</sup> para analizar la relación entre sistema capitalista, productividad y normatividad obligatoria.

<sup>3</sup> El capacitismo es entendido como un sistema de opresión que funciona por medio de mecanismos de poder y dominación que imponen la integridad corporal obligatoria como única forma válida de ser y estar en el mundo (Maldonado Ramírez, 2019).

Otro fenómeno que suele mencionarse como factor es la desigualdad social, pero esta tampoco se refleja a través de estadísticas o indicadores, sino en las experiencias de las personas que la encarnan. Judith Butler en el prólogo de *Estado de Inseguridad. Gobernar en la precariedad* (2016, 13) señala que: la precariedad no es una condición pasajera o episódica, sino una nueva forma de regulación que caracteriza nuestra época histórica; se ha convertido en un régimen, en un modo hegemónico de ser gobernados y de gobernarnos a nosotros mismos.

Los procesos económicos e ideológicos de las últimas décadas han dado como resultado una profunda crisis global en cuanto a inseguridad e incertidumbre, sentimientos característicos de la época. La falta de seguridad y estabilidad laboral o poca cobertura de salario bien remunerado, inaccesibilidad a la salud, vivienda y otras necesidades básicas, son comunes ya no solo en las periferias de las ciudades.

Lorey (2016) señala que este proceso de precarización de la vida se gesta en el marco de un gobierno neoliberal que procede mediante la inseguridad social y la regulación del mínimo de protección por parte del Estado. No es casualidad que el diagnóstico de una enfermedad traiga consigo sentimientos de incertidumbre a las personas que no solo se enfrentan a problemas físicos sino a un sistema que no logra garantizar calidad de vida. El ambiente de incertidumbre se encarna y se refleja en las subjetividades de quienes se ven afectados. Además, en el neoliberalismo, la precarización se normaliza como modelo de orden basado en la individualización; esta visión limitada favorece discursos que revictimizan a los enfermos.

En el paradigma de la posmodernidad se establece el binomio de salud y belleza como eslogan de productos que se venden bajo la promesa de lo saludable, aunque su finalidad responde a los intereses de la industria que fomenta un estilo de vida inalcanzable en los contextos de precarización. Andrés Barreda denuncia en *Los peligros de comer en el capitalismo* que:

«De manera inadvertida, la construcción cotidiana del sujeto individual y social ha quedado en manos de las empresas capitalistas al tiempo que los sistemas médicos, cada vez más complejos y caros, también dominan ya la producción de salud y enfermedad y se muestran incapaces para enfrentar la oleada de padecimientos degenerativos que afectan a la población.» (Barreda en Veraza, 2007, 11)

Su planteamiento adquiere sentido en tanto que la enfermedad entendida en el marco de la posmodernidad y bajo el capitalismo neoliberal parece, por un lado, responsabilizar al sujeto de su padecimiento, mientras que, paradójicamente, lo invisibiliza al momento de ser partícipe de sus procesos y agente activo en su proyecto de vida al no garantizar las condiciones de bienestar deseables. Dicha denuncia se ve reflejada en el planteamiento de William Ryan, quien en *Blaming the victim* (1971) señala que tanto la política como las ciencias sociales han explicado como defecto lo que de hecho se debe a la falta de dinero y poder, reduciendo a causas individuales los problemas de salud pública.

La ideología neoliberal avanza con el emblema de la autorrealización y libertad de elección en un contexto plagado de discursos meritocráticos que prometen a los sujetos alcanzar sus metas con esfuerzo y actitud personal. En ese panorama se hacen visibles enunciados que condenan la enfermedad como consecuencia de los malos hábitos individuales, ignorando las condiciones que llevan a una persona a desarrollar ciertas prácticas desfavorables para su salud. Chomsky (2020) incluso se pregunta cómo esos mismos discursos han logrado reproducirse a través del sistema educativo actual.

Por otro lado, Guerra (2006) identifica que en el neoliberalismo la salud se ve trastocada por una base ideológica que desplaza los cuidados de la salud al ámbito privado, emancipando al Estado de garantizar y financiar la salud poblacional. Como consecuencia, se abren las puertas a la privatización de la salud individual a través de empresas financiadas muchas veces con capital extranjero.

Como reflexionan Viviana y Beatriz (2016), el proceso de mercantilización de la salud tiene de fondo el interés de convertirla en objeto de acumulación capitalista: la salud se transforma en una mercancía más, que puede ser comprada o vendida acorde a los recursos, o a las acuciantes necesidades (venta de sangre, de órganos) de la población (Laurell, 1982, 143).

La base ideológica del proceso de mercantilización descansa en la incertidumbre y ansiedad asociada a las expectativas estéticas y sanitarias de la época. Tal como explica Lipovetsky:

“La competencia médica se extiende a todos los dominios de la vida para mejorar su calidad. Conforme a un número creciente de actividades y esferas de la existencia adquiere un tinte sanitario, los bienes de consumo pueblan cada vez más la dimensión de la salud: alimentos, turismo, hábitat, cosméticos, el tema de la salud se ha convertido en un argumento de venta decisivo. La fase III [de la posmodernidad] se anuncia como la época de la medicalización de la vida y el consumo” (Lipovetsky, 2007, 48).

Los adelantos científicos y la revolución tecnológica también juegan un papel importante respecto a la privatización de la salud pues, mientras el sector público se ve afectado por la falta de financiamiento, las empresas y hospitales privados acceden a tecnologías más avanzadas y eficaces a la disposición solo de quienes pueden costearlo. Dicho fenómeno ha sido denunciado especialmente por especialistas de América Latina (Anderson, 2012) (Guerra, 2006) (Iriart et al., 2002) (Valle Arcos & Tamez González, 2005) (González González, 2000), quienes encuentran ciertas similitudes respecto a procesos políticos y económicos que llevaron de la mano el cambio del estado de bienestar a las políticas neoliberales.

Estos procesos se legitiman a través del consenso social que refuerza la idea del libre mercado y competencia entre empresas, haciendo del sujeto un usuario-consumidor de los servicios de salud. Por otro lado, las deficiencias y la escasez de servicios públicos que no alcanzan para cubrir las necesidades de la población no dejan alternativas y vulneran la integridad de la gran mayoría que no cuenta con los recursos para gozar de un servicio médico de alta tecnología. Los procesos de precarización de la vida y específicamente, la privatización de la salud, favorecen la reproducción de relaciones desiguales de poder.

## 5. Hacia una epidemiología feminista

Los movimientos feministas han recorrido un largo camino en la problematización, cuestionamiento y reelaboración de la ciencia, pero no lo suficiente para lograr cambios sustanciales a nivel estructural. En América Latina no se ha conseguido la garantía universal de los servicios de salud ni de derechos como el acceso a un aborto seguro. En ese contexto resulta urgente un planteamiento que haga frente a problemas específicos desde una postura clara que busque visibilizar realidades y politizar experiencias.

Para lograr abonar a una práctica epidemiológica feminista valdría pensar en Boaventura Sousa-Santos (2009) quien señala la necesidad de transitar de un monoculturalismo (epidemiología hegemónica) a un pluriculturalismo (epidemiología feminista) que elimine silencios, agregue voces y favorezca el diálogo constructivo y solidario, que descubra el conocimiento y las prácticas encubridoras de desigualdades, que provoque una reflexión contextual y que confronte la elección consumista de oportunidades preestablecidas y ofertadas, que apueste a una sabia rebeldía para buscar y edificar formas de emancipación y empoderamiento social, eliminando todo conformismo.

Es indispensable rescatar el enfoque de la determinación social de los procesos de salud-enfermedad bajo la lente feminista para hacer frente al enfoque prevaleciente analítico-factorial usado en el contexto neoliberal que privilegia una mirada parcial e individualizada de las problemáticas sociales. Un paso central de este planteamiento es la problematización de las propias ciencias biomédicas que miran el cuerpo como materia fragmentada y rescatar las experiencias de las personas que viven, sienten, encarnan y afrontan las enfermedades.

Como se mencionó con anterioridad, las ciencias no son neutrales (Harding, 1996) (Haraway, 1995) y por ello desde el planteamiento de las epistemologías feministas se insiste en la necesidad política de colectivizar el conocimiento y construir desde ahí las estrategias que se necesitan para un mundo más justo. Visibilizar a las mujeres como protagonistas de sus procesos es un paso importante para la crítica y reflexibilidad.

El contexto posmoderno como aura de la época en que se diluyen los meta relatos es un espacio que permite imaginar nuevos planteamientos sobre la salud y la enfermedad; pero no habrá escenarios más equitativos sin conciencia social sobre las desigualdades que nos afectan a todos.

Un conocimiento feminista en torno a la salud supone un ejercicio crítico a todo modelo que pretenda universalizar las experiencias, por el contrario, intentará generar conocimientos situados<sup>4</sup> que defiendan el papel de la experiencia de la enfermedad y la salud para politizar, es decir, llevar al ámbito de lo público, la palabra de las mujeres. Por eso la propuesta es, desde el terreno de lo teórico, retomar conceptos que ayuden a visibilizar las problemáticas actuales que afectan la experiencia, especialmente, aunque no exclusivamente, de las mujeres. Como muestra, hablar de sistema sexo/género o de precarización de la vida y no de “la mujer” y “el ingreso económico”, tal como se efectúa en el enfoque de riesgo, resulta enriquecedor para el análisis de procesos de salud-enfermedad en el contexto actual.

No se descartan las propuestas de los Determinantes Sociales de la Salud que promueve la OMS, a través del modelo de Solar e Irwing (2007), ni las llamadas epidemiologías críticas. Por el contrario, se reafirma la necesidad de poner la mirada sobre:

- Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales.
- Condiciones de vida y de trabajo.
- Redes sociales y comunitarias.
- Modos de vida.
- Predisposición física y genética.

Sin embargo, es necesario tener precaución y tomar distancia de las últimas dos categorías de carácter individual y no colectivo, pues generalmente son las que más peso ideológico tienen a nivel discurso y en realidad pueden caer en una mirada atomizada de los procesos de salud-enfermedad. Por ejemplo, en el caso del cáncer de mama, la endocrinóloga Carme Valls Llobet en Porroche-Escudero (2017) asegura que al menos un 99% de los casos tienen que ver más con las condiciones ambientales que con predisposición genética de las mujeres.

<sup>4</sup> Se retoma el concepto de conocimiento situado como postura epistemológica desarrollada por Donna Haraway (1991) con el que plantea que ningún conocimiento se libera del contexto y la subjetividad de quien lo produce.



Por otro lado, hablar de ‘estilos de vida’ no debiera ser un pretexto para culpabilizar a las personas de sus enfermedades considerando que estos dependen de las oportunidades sociales y de las condiciones materiales que permiten el desarrollo individual y colectivo.

Respecto a la forma de abordar cada una de las categorías, se propone tomar en cuenta para cada caso aquellas que las personas expongan, pues son las que quizá tengan mayor relevancia a la hora de diseñar cualquier estrategia desde el ámbito político. Para ilustrar este punto se encuentra el trabajo de Paredes Hernández (2020), quien utiliza el bagaje teórico de la epidemiología crítica para analizar el conflicto y despojo de tierras en una población rural de Colombia; el problema y las categorías de análisis surgieron de las propias inquietudes de los pobladores y no del investigador.

En ese sentido, la metodología que se propone para una epidemiología feminista debe ser principalmente de carácter cualitativo para dar paso a las herramientas propias de las ciencias sociales, como la antropología, no solo para diseñar el acercamiento con las personas sino para interpretar los datos obtenidos.

Hacer investigación en salud bajo esta mirada posibilita una praxis ética, pues las acciones feministas inciden en al menos tres niveles del proceso salutógeno vital: recuperar, mantener y desarrollar vida de manera sustentable, solidaria y soberana. Así, la epidemiología feminista puede entenderse como una ruptura crítica que nos permite valorar espacios de la salud poblacional, planteando la necesidad de repensar y cuestionar lo que se daba como verdad en la epidemiología hegemónica patriarcal.

## 6. A manera de conclusión

La epidemiología feminista supone una ruptura con la forma clásica de abordar los procesos de salud-enfermedad y cuidados. Como posicionamiento ético y político parte de la necesidad de hacer visibles las relaciones desiguales de poder que afectan de manera específica a las mujeres, aunque no exclusivamente. Se trata de una apuesta hacia el rescate de las experiencias individuales y de la politización colectiva.

Desde un marco feminista de interpretación de los procesos de salud-enfermedad y cuidados es posible reelaborar las conceptualizaciones que hagan evidentes sus dimensiones históricas, culturales y sociales en relación con el sistema sexo-género favoreciendo un posicionamiento político por parte de quien investiga, de quienes resultan implicados en la construcción de conocimiento y todo interesado en ser agente activo de su salud. Es necesario imaginar y construir herramientas teórico-metodológicas holísticas y multicausales que dejen de lado la atomización de las problemáticas y atiendan a los problemas estructurales que vulneran y violentan.

Las consecuencias del capitalismo neoliberal, como el extractivismo, la precarización o medicalización de la vida, son aptas para ser analizadas desde una epidemiología feminista que busque exponer su relación con las problemáticas actuales de salud a nivel global y local.

## Referencias bibliográficas

- Almeida Filho, N., Castiel, L. D. y Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 323. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.238>
- Álvarez Hernández, G. (2016). Limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y una alternativa para superarlas: la epidemiología sociocultural. *Región y Sociedad*, 20(2). <https://doi.org/10.22198/rys.2008.2.a527>
- Álvarez, L. S. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Salud Pública*, 30, 95–101. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/7817>
- Anderson, M. (2012). *La medicina y la salud pública al final del imperio, reflexiones a partir del libro de Howard Waitzkin*, 1–4. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/658/1273>
- Basile, G. (2020). La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario. En *FLACSO República Dominicana* (Vol. 3, p. 30).
- Breilh, J. (2013). Epidemiología del siglo XXI: Repensar la teoría del poder, nuevas formas de la determinación social de la salud. Dominación, hegemonía y orden cibernético. *Opción Socialista*, 1–7. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040025>
- Feyerabend, P. (1986). *Tratado contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Fox Keller, E. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Edicions Alfons el Magnanim.
- Fraser, N. y Jaeggi, R. (2018). *Capitalismo. Una conversación desde la Teoría Crítica*. Madrid: Ediciones Morata.
- González González, N. (2000). Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México. *Papeles de Población*, 6(25), 3–225. <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v6n25/v6n25a10.pdf>
- Guerra, D. (2006). El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. *Facultad Nacional de Salud Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia*, 24(2), 12.
- Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- Horkheimer, M. y Adorno, T. W. (1998). *Dialéctica de la ilustración*. Madrid: Editorial Trotta.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128–136. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000800013>

- Krieger, N. (2011). Epidemiology and the people's health. Theory and context. *International Journal of Epidemiology*, 40. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr075>
- Kühn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Le Breton, D. (2007). *Adiós al cuerpo*. México, D.F.: La Cifra Editorial.
- Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad Gobernar la precariedad*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Maldonado Ramírez, J. (2019). *Antropología crip*. México D.F.: La Cifra Editorial.
- Martínez y Martínez, R. (2013). *Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. (7° ed.). Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Marx, K. y Engels, F. (2013). El manifiesto comunista. In *Journal of Chemical Information and Modeling*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Menéndez-Spina, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI(46), 37–68.
- Mies, M. (2019). Patriarcado y acumulación a escala mundial. Madrid: *Traficantes de Sueños*.
- Nogueiras García, B. (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013)* [Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/49892/1/T40529.pdf>
- Paredes Hernández, N. (2020). La epidemiología crítica y el despojo de tierras y territorios: una reflexión teórica. *Revista Ciencias de La Salud*, 18, 1. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8994>
- Pons Rabasa, A. (2019). Desafíos epistemológicos en la investigación feminista: hacia una teoría encarnada del afecto. *Debate Feminista*, 57(57), 134–155. <http://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2019.57.08>
- Porroche-Escudero, A., Coll-Planas, G. y Riba, C. (2017). *Cicatrices (in)visibles. Perspectivas feministas sobre el cáncer de mama*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Saraví, G. A. (2015). *Juventudes fragmentadas. Socialización, clase y cultura en la construcción de la desigualdad*. México D.F.: Flacso México, CIESAS.
- Sontag, S. (1977). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Zaragoza: Titivillus.
- Valle Arcos, R., & Tamez González, S. (2005). Desigualdad social y reforma neoliberal en salud. *Revista Mexicana de Sociología*, 67(2), 321–356. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2005.002.6024>
- Valls-Llobet, C. (2011). *Mujeres, salud y poder*. Colección Feminismos. Madrid: Cátedra.

### **Denisse Guerrero Márquez:**

Licenciada en Antropología Social por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), maestranda en Ciencias Sociomédicas por la Universidad de Guadalajara. Colaboradora en la Unidad de Investigación Social Epidemiológica y de Servicios de Salud (UISESS) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Activista y divulgadora en la colectiva Nuestra Salud Feminista.