

EPIDEMIOLOGÍA FEMINISTA. UNA PROPUESTA PARA PENSAR LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

*FEMINIST EPIDEMIOLOGY. A PROPOSAL TO THINK ABOUT
THE SOCIAL DETERMINATION OF HEALTH*

Denisse Guerrero Márquez¹
Universidad de Guadalajara. Jalisco, México
ORCID: 0000-0001-7402-6762
antropoptica@hotmail.com

Recibido: 7 de marzo de 2021

Aceptado: 23 de agosto de 2021

RESUMEN

La epidemiología estudia los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones. Bajo una mirada feminista, esa tarea no puede dejar de lado las experiencias de quienes encarnan dichos procesos porque un conocimiento vertical favorece la reproducción de relaciones desiguales de poder. Por otro lado, es indispensable resistir al carácter individualista del capitalismo neoliberal y apostar por la construcción colectiva de conocimientos en torno a los determinantes sociales de la salud para hacer visibles las condiciones injustas y evitables contra las que se debe luchar para una vida menos precaria y más digna.

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

ABSTRACT

¹ Antropóloga social y candidata a maestra en Ciencias Sociomédicas.

Epidemiology studies the health and disease processes of populations. From a feminist point of view, this task cannot leave aside the experiences of those who embody these processes, because a vertical knowledge favors the reproduction of unequal power relations. On the other hand, it is essential to resist the individualistic character of neoliberal capitalism and to bet on the collective construction of knowledge about the social determinants of health to make visible the unjust and avoidable conditions against which we must fight for a less precarious and more dignified life.

Keywords: epidemiology, social determinants of health, neoliberal capitalism, feminism.

INTRODUCCIÓN

El enfoque biomédico que prevalece en el estudio y tratamiento de las problemáticas de salud se ha quedado corto en la comprensión de las necesidades específicas de las mujeres y otros cuerpos tradicionalmente marginados por la ciencia que considera como único “sujeto de estudio” al hombre blanco heterosexual. En este ensayo se exponen algunos puntos necesarios para pensar la salud desde la agenda feminista, tarea que resulta urgente en un momento crítico global en dicha materia.

Primero, se plantea pensar las futuras investigaciones e intervenciones desde las epistemologías feministas para romper con las pretensiones de objetividad, neutralidad y universalidad como puntos de llegada del quehacer científico. En su lugar, se apela a la construcción de conocimiento situado desde la clara convicción política para la transformación social. En ese sentido, una epidemiología feminista se nutre de los movimientos sociales y las corrientes teóricas que han surgido de estos. Se retoma la tradición crítica a través de la Medicina Social Latinoamericana o Salud Colectiva y la Teoría Feminista, cuyos planteamientos convergen en diversos puntos para poner sobre la mesa las problemáticas sociales relacionadas a la salud, entendiendo esta

como una dimensión esencial de la vida social y no solo como la ausencia de enfermedad.

EPISTEMOLOGÍAS FEMINISTAS Y CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTO EN TORNO A LA SALUD

Rescatar el análisis de la determinación social de la salud es una labor necesaria frente a un contexto que privilegia el enfoque individualista de los problemas sanitarios a nivel global. La transformación que se necesita para cambiar esa mirada reduccionista es un asunto colectivo que requiere concientización, en primer lugar, sobre la forma en que se construye el conocimiento. Bajo esa premisa se han ido tejiendo reflexiones feministas que cuestionan y reaccionan a las injusticias del quehacer científico en relación con la interpretación de su cuerpo y sus malestares.

Las epistemologías feministas como propuesta para el análisis del conocimiento desde un punto de vista crítico han recorrido un largo camino para cuestionar y reelaborar teorías a partir de las experiencias de las mujeres como sujetos históricamente marginados por la ciencia en general y la biomedicina en particular. En esta propuesta se apela a la objetividad encarnada de Donna Haraway (1995) y a la objetividad fuerte de Sandra Harding (1996). Grosso modo, estos planteamientos hacen una crítica alrededor de tres premisas:

- El conocimiento será siempre parcial, situado y, por tanto, discutible.
- La ciencia responde a construcciones socioculturales en un tiempo y un espacio; su carácter es político.
- Es necesario replantear un modelo de ciencia que desestabilice las dicotomías occidentales de mente/cuerpo, naturaleza/cultura, público/privado, objetivo/subjetivo.

La ciencia como una 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 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. Se podría decir que abrió las puertas a una comprensión sociopolítica de las comunidades científicas, los modelos explicativos y los instrumentos utilizados para reconocer la realidad.

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 elaboraciones teóricas. Por eso es válido cuestionar la objetividad científica sobre la que se han construido relaciones de poder que benefician a unos y afectan a otros.

Resulta pertinente rescatar 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).

Cuando 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 resulta 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 conocer verdades universales para apostar a la construcción de conocimientos que resuelvan problemas emergentes en contextos inmediatos.

Pero para cambiar primero habría que identificar y nombrar lo que ya no nos resulta conveniente; un eslabón importante de ese trabajo es el que han realizado teóricas, epistemólogas, filósofas e histo-

riadoras feministas quienes resaltan el carácter no neutral de la ciencia. No son las únicas que se preocupan por visibilizar el estrecho lazo entre conocimiento y poder; como señala Harding: 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).

Pero ¿de qué se le acusa a la ciencia? ¿qué tipo de conocimientos científicos queremos construir de ahora en adelante si es que queremos construirlos? 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 y esto presupone la cosificación de la vida en general pues el “hecho” es precisamente un producto de la alienación social.

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 denuncian: 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 y 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 posicionó de manera particular para legitimar su subordinación.

Los autores de *Dialéctica de la Ilustración* (Horkheimer y Adorno, 1998) indican que la razón instrumental subyuga a la naturaleza en el quehacer científico favoreciendo la dominación del hombre

por el hombre, y esto se entiende de manera literal pues ni siquiera en ese quehacer se tomaron en cuenta los conocimientos y experiencias de las mujeres.

Las epistemologías feministas, en respuesta, se suman a las críticas de la ciencia moderna en el cuestionamiento de objetividad, neutralidad y universalidad, considerados como sus principios básicos de la ciencia positivista, y añaden una dimensión fundamental pero pocas veces visibilizada: la ideología del investigador. Y 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).

Como han expresado las historiadoras feministas de la ciencia, los conocimientos creados por y para mujeres han sido subvalorados históricamente, pero ello no quiere decir que no exista producción teórica en torno a la salud. Como explica Nogueiras García:

El feminismo en sus vertientes teórica, práctica y política ha abordado todas las dimensiones de la vida pública y privada. El ámbito de la salud ha sido uno de los aspectos, ya que en él se manifiestan con total claridad e intensidad los mecanismos de poder que históricamente ha utilizado el patriarcado para asegurarse el control, la subordinación y la dominación de las mujeres. (2018: 23).

Las críticas más duras a la medicina occidental coinciden en que su carácter totalizador pretende homogenizar 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. Pero esta mirada también nubla la vista, pues esa medicina occidental es solo una pieza de algo más.

Por ejemplo, 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), como engranajes de un flujo-grama de poder.

Dicho modelo ilustra de manera adecuada la estrecha relación entre la medicina moderna tal como la concebimos en este contexto, con la economía globalizada y las políticas públicas desde el Estado, que a su vez responden a las lógicas del capitalismo neoliberal.

Respecto a dicho flujograma de poder sería interesante retomar algunos enunciados que Sandra Harding previno desde que escribió *Ciencia y feminismo* en 1986:

- a. La aportación que podría hacer la física 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 socialmente estratificada, “más ciencia” tiende a intensificar la estratificación social.
- c. Aunque es posible que los científicos individuales se muevan por los más elevados objetivos personales e ideales sociales, de hecho, sus actividades reales sirven, ante todo, para aumentar los beneficios de unos pocos y mantener su control social sobre la mayoría.

Harding era consciente del tabú que representa cuestionar la ciencia, pero también sabía que verla como un producto social e histórico permitiría reconstruirla o al menos reapropiarla desde un horizonte más justo. Frente a ese difícil panorama se propone elaborar un ejercicio más sincero y menos ambicioso que el de la ciencia moderna occidental y específicamente el de la epidemiología clásica.

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 recrear, reconstruir e imaginar horizontes más habitables.

Las epistemologías feministas 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. También se da por supuesto el carácter político de todo proyecto científico, abandonando el anhelo positivista e ingenuo del cientismo.

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 en ese 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 positiva 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” (Martínez y Martínez, 2013: 14).

LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD BAJO LA LENTE FEMINISTA

Los procesos de salud, enfermedad y atención en su dimensión sociocultural corresponden a la época histórica en la que se estudian, son dinámicos. Se sitúan, siguiendo la tesis de Berger y 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 y Luckmann, 2001: 11). Entender de esta manera los procesos de salud y 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.

La categoría proceso salud-enfermedad, permite reconocer lo social dentro de fenómenos que tradicionalmente se han pensado en el marco de la naturaleza y lo biológico. Laurell (1982/1986), representante de la escuela de Medicina Social en Latinoamérica, propone pensar la salud y enfermedad como partes de un solo proceso de carácter social e histórico. En ese sentido, el análisis de dicho proceso debe considerar las características de la estructura social en el que se produce y 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.

Por otro lado, la salud y la enfermedad son en parte, construcciones sociales, pero es importante no caer en 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 Latinoamericana² por varias razones. Como resume Rojas (2016), las tesis del filósofo respecto al proceso de salud- enfermedad son:

² La Escuela de Medicina Social Latinoamericana se puede considerar una corriente dentro del pensamiento social en salud de tradición crítica, en México se puede ubicar con la creación de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma de México- Unidad Xochimilco.

- 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 los teóricos que cuestionan la vigencia de conceptos como proletariado o modo de producción, sin embargo, Marx hace visibles ciertas contradicciones del capitalismo que a la fecha no tienen desperdicio.

Si algo tienen en común los 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 *et al.* (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, que es imposible pensar de forma separada los aspectos biológicos y los culturales, que la ciencia médica no es aséptica, sino que está impregnada de ideologías e intereses, que la re-

flexión sobre los significados culturales no puede desatender las condiciones materiales de existencia de las mujeres afectadas (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 gestan; en este caso, el tiempo del capitalismo neoliberal. Por ejemplo, Susan Sontag (1977) plantea en *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas* 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 institucionalizada o hegemónica, sería importante rescatar la idea de pérdida de agencia por parte del individuo sobre su salud.

Marx 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 resul-

tante 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 participemos en determinadas decisiones que afectan a nuestra vida y, más en general, no heredemos 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 a través del dispositivo médico desde el que se construye una forma de entenderlos, alejados de las subjetividades de las propias mujeres que muchas veces no logran comprender sus procesos biológicos. Esta es una de las grandes denuncias de las teóricas feministas, quienes se han encargado de señalar desde hace más de tres siglos que el malestar de las mujeres tiene que ver con la falta de autonomía para tomar decisiones sobre su vida. Como expresa Nogueiras García:

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. (2018: 21).

A propósito, Le Breton (2007), señala que en el discurso científico contemporáneo, el cuerpo es pensado como materia indiferente, como simple soporte de la persona. Ontológicamente distinto al sujeto, se convierte en un objeto manipulable que puede ser mejo-

rado, materia prima en la cual se diluye la identidad personal, y ya no una raíz identitaria del ser humano.

Pero la alienación sobre el cuerpo de las mujeres corresponde a un proceso histórico específico que varias teóricas advirtieron a través de sus reflexiones sobre la salud. Señalan a la biomedicina como instrumento que enajenó de su ciclo vital a las mujeres a través de interpretaciones que no hacían sentido a sus propias experiencias.

La razón instrumental, según Marcuse, había dominado la naturaleza externa pagando por ello el precio del sometimiento de la propia naturaleza del hombre; Germaine Greer (1971), retomando las ideas de Marcuse, señaló que nuestra ideología está fundada en la bipolaridad de los sexos a pesar de que la naturaleza no la ofrece de manera clara y ambos coinciden de alguna manera en que dicha utilización de la sexualidad es un medio más de control con vistas al mantenimiento del sistema social capitalista.

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 es interesante, por ejemplo, cuando la 'cultura del lazo rosa' en el caso del cáncer de mama, se analiza bajo una crítica al capitalismo y las lógicas 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 empo-

deramiento de las mujeres y las pacientes con una lógica consumista compatible. (Sulik, 2017: 48-50).

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 teóricos-metodológicos de la antropología y la sociología, por ejemplo, permitiría 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.

Desde el feminismo se plantea la necesidad de explicar la influencia en la salud de los factores sociales, la subjetividad y 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.

EPIDEMIOLOGÍAS CRÍTICAS EN EL CONTEXTO POSMODERNO

En respuesta a la necesidad de abordar los procesos de salud, enfermedad y atención desde un enfoque integral y abarcando la multidimensionalidad del fenómeno, se desarrolla, principalmente en América Latina, la propuesta teórico-metodológica de la epidemiología crítica, en cuyas bases se encuentra los planteamientos de la Escuela de Frankfurt. Esta tradición tiene también como fundamento la Medicina Social que se desarrolló en Europa a mediados del siglo XIX.

Uno de sus exponentes es el ecuatoriano Jaime Breilh (2013: 413-415), quien define la epidemiología crítica como el conjunto de condiciones, ideas y prácticas/organizaciones que conforman un movimiento social históricamente determinado, que llevan a efecto los seres humanos, sea como grupos cohesionados alrededor de los intereses estratégicos de su inserción estructural, filiación cultural y de género, o sea en su condición individual junto con su núcleo familiar, para desentrañar las raíces socioambientales de los problemas de salud que genera y reproduce la acumulación, para pensar sobre estas con un sentido crítico y para actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provoca en los órdenes general, particular y singular, en líneas de acción que signifiquen al mismo tiempo una ruptura hacia una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable/biosegura en todos sus espacios, que hagan posible la preeminencia de procesos protectores y soportes colectivos, familiares e individuales, que posibiliten el predominio de formas fisiológicas y psíquicas, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de toxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, disfrute del placer y la espiritualidad. la c

Respecto a su definición, se pueden rescatar varias ideas fundamentales para pensar los procesos de salud/enfermedad/cuidados en el marco de un enfoque estructural que se relaciona con el género, la clase, la identidad; lo que resulta compatible con la propuesta de interseccionalidad desde la teoría feminista. Este concepto se refiere a las múltiples condiciones y características que interpelan al sujeto inmerso en la trama social. De modo que, no es lo mismo enfermarse siendo una mujer occidental de clase media que siendo una mujer racializada, lesbiana o en contextos de marginación.

Por otro lado, se menciona el papel del medio ambiente, otro tema que desde el ecofeminismo se ha expuesto para analizar los peligros del deterioro ambiental y su afectación a la salud.

Por otro lado, Aranda G. y Castro V. refieren que:

La epidemiología sociocultural (ESC) es una corriente de investigación que plantea la necesidad de estudiar los problemas de salud, enfermedad y atención desde una mirada compleja y multicausal, por lo cual requiere de la colaboración de miradas expertas procedentes de distintas disciplinas. Consiste en reconstruir analíticamente diferentes componentes, procesos y relaciones para una mejor comprensión de los problemas de salud, enfermedad y atención (s/e/a), considerando los aspectos sociales, culturales, políticos, económicos a la par de los biológicos, epidemiológicos y del entorno ecológico. (2016: 94).

Mientras que Hersch Martínez (2013) capable to attend the diverse dimensions involved in health damage as a reflective phenomenon of society is analyzed. The range of perspectives involved requires an inclusive methodological scope and applicative channels, in order to deal with sanitary realities systematically related to culture and social organization. Some constitutive elements of sociocultural epidemiology are underlined, shaping an operative proposal that can enhance the relationship between disciplines and sectors regarding specific outstanding public health problems. En años recientes se ha expuesto la necesidad de expandir la perspectiva epidemiológica ante las diversas dimensiones colectivas del daño sanitario, considerando sus múltiples orígenes e implicaciones. 1-6 Ante este reto, diversas son las propuestas y términos utilizados para matizar o complementar al de "epidemiología", como epidemiología crítica, 7 epidemiología social, 8,9 epidemiología cultural, 10 etnoepidemiología, 11,12 ecoepidemiología, 13 epidemiología popular 14 y los planteamientos de salud colectiva. 15 La literatura respectiva es abundante y de larga data, pero los problemas multidimensionales de índole sanitaria siguen ahí, "La idea de un método fijo, de una racionalidad fija, surge de una visión del hombre y de su contorno social demasiado ingenua". Paul Feyerabend, *Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento.* "En la medida en que el ambiente físico y social,

así como los comportamientos y las actitudes que lo sustentan se encuentran profundamente condici...”,author”:{“dropping-particle”:””,“family”:”Hersch Martínez”,“given”:”Paul”,“non-dropping-particle”:””,“parse-names”:false,“suffix”:””}},“id”:”IT EM-1”,“issued”:{“date-parts”:[[“2013”]],“publisher-place”:”México”,“title”:”Epidemiología sociocultural: una perspectiva ne cesaria”,“type”:”report”},“uris”:[“http://www.mendeley.com/documents/?uuid=29daa03e-5527-3aa4-8ee0-83a217105ad2”]],“mendeley”:{“formattedCitation”:”(Hersch Martínez, 2013 indica que el planteamiento de una epidemiología sociocultural es producto de diversas reformulaciones propuestas ante la necesidad de ampliar y profundizar la mirada de la epidemiología tradicional, destacando la multidimensionalidad y participación de agentes en los procesos de salud-enfermedad y sus formas inherentes de atención-desatención.

Desde este enfoque también resalta la necesidad de una reconfiguración semántica en torno a la enfermedad con relación a las prácticas, normas, valores y concepciones ideológicas de cada grupo social. El carácter generalizador de la epidemiología clásica se ve desplazado por la pertinencia de diseñar nuevas herramientas, técnicas y categorías, priorizando las especificidades de la problemática; planteando así un análisis situacional.

La epidemiología sociocultural o incluyente como la nombra Hersch Martínez (2013) parte de la urgencia de incorporar el estudio de los factores de riesgo tomando en cuenta la realidad biológica-ambiental en estrecha relación con la cultura y las relaciones socioeconómicas y políticas.

El autor concluye que la epidemiología sociocultural (ES) estudia procesos en relación con el contexto social y cultural de las personas implicadas y señala la importancia de evaluar los modelos médicos y su alcance colectivo.

En relación con el contexto, es pertinente mencionar que el estigma de la enfermedad y la ‘persona enferma’ en esta época responde a las exigencias de un sistema y una ideología capitalista neoliberal que privilegia la capacidad de producción y consumo de

los individuos. Además, bajo el paradigma de la posmodernidad, los procesos de salud, enfermedad y atención se ven sometidos a las condiciones de precariedad de la vida.

Judith Butler en el prólogo de *Estado de Inseguridad. Gobernar en la precariedad*, 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 (Lorey, 2016: 13).

Los procesos económicos e ideológicos de las últimas décadas han dado como resultado una profunda crisis global en cuanto a inseguridad e incertidumbre, que son 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 sobre todo mediante la inseguridad social y la regulación del mínimo de protección por parte del Estado, que corresponde al mismo tiempo a una incertidumbre creciente.

El ambiente de incertidumbre se encarna y se refleja en las subjetividades de quienes se ven afectados. La autora señala que, en el neoliberalismo, la precarización se normaliza como modelo de orden basado en la individualización. Así, el fenómeno de responsabilización individual de la salud favorece una visión limitada del fenómeno y desenfoca los determinantes sociales que podrían derivar, por ejemplo, de las decisiones y prioridades del Estado y la industria.

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 (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 autorealización 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.

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 Pagnamento *et al* (2016), el proceso de mercantilización de la salud tiene de fondo el interés de convertirla en objeto del campo de la acumulación capitalista: la salud se trans-

forma 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: p. 48).

Los adelantos científicos y la revolución tecnológica también juegan un papel importante con 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.

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.

HACIA UNA EPIDEMIOLOGÍA FEMINISTA

Es pertinente rescatar el enfoque de la determinación social de los procesos de salud, enfermedad y cuidados bajo la lente feminista para hacer frente a un contexto neoliberal que privilegia una mirada parcial e individualizada de las problemáticas sociales. Algunos pasos centrales hacia 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.

Las ciencias no son neutrales 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 construir realidades más justas.

El contexto posmoderno como aura de la época en que se diluyen los grandes 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 atraviesan. En ese sentido, es necesario que, desde el feminismo como movimiento, se replanteen dichas nociones y se elabore una agenda amplia que se ocupe de los principales problemas sociales que trastocan a la población más vulnerable.

El 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 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 sociales actuales que afectan la experiencia de las mujeres en los procesos de salud, enfermedad y cuidados. Por ejemplo, hablar de sistema sexo/género o de precarización de la vida y no de “la mujer” y “el ingreso económico” para dar paso a explicaciones multicausales e intentar

llegar a la raíz de las problemáticas. Este giro conceptual es necesario para pasar de un tratamiento paliativo de la salud a una gestión preventiva, sustentable y soberana sobre nuestros cuerpos.

No se descartan las propuestas de los Determinantes Sociales de la Salud que promueve la OMS³, 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
- Estilos de vida del individuo
- Factores físicos y genéticos

Sin embargo, es necesario tener precaución y tomar distancia de las últimas dos categorías, pues generalmente son las que más peso tienen a nivel discurso y en realidad se pueden caer en una mirada individualizada de los problemas de salud. Por ejemplo, en el caso del cáncer de mama, la endocrinóloga Carme Valls Llobet (Porroche-Escudero *et al.*, 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.

Por otro lado, hablar de estilos de vida no es un pretexto para culpabilizar a las personas de sus enfermedades, considerando que esos estilos de vida dependen de las oportunidades sociales y de las condiciones materiales que permiten el desarrollo individual.

Respecto a la forma de abordar cada una de las categorías, se propone tomar en cuenta para cada caso aquellas por las que las personas expongan en sus propias experiencias, pues son las

³ La OMS retoma el modelo de Solar e Irwing (2007) en el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud: Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

que quizá tengan mayor relevancia a la hora de diseñar cualquier estrategia desde el ámbito político.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amézquita-Quintana, C. (2009). Alineación y emancipación: una reflexión teórica sobre estos dos conceptos. *Comunicación, cultura y política. Revista de ciencias sociales*, 1(2), 45–54. <http://journal.ean.edu.co/index.php/revistai/article/view/634>
- Aranda, G. P. y Castro, V. M. C. (2016). Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cervicouterino: experiencias de investigación. *Región y sociedad*, 20(2). doi: 10.22198/rys.2008.2.a529.
- Basile, G. (2020). *La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario*. FLACSO República Dominicana, IDEP Salud.
- Berger, P., y Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Feyerabend, P. (1986). *Tratado contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Editorial Tecnos.
- Fraser, N. y Jaeggi, R. (2018). *Capitalismo. Una conversación desde la Teoría Crítica*. Morata.
- Freidson, E. (1970). *The Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Dodd, Mead.
- Greer, G. (1971). *The Female Eunuch*. McGraw-Hill.

- 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*. Ediciones Cátedra.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata.
- Hersch Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 55(5), 512-518.
- Horkheimer, M. y Adorno, T. W. (1998). *Dialéctica de la ilustración*. (3ª ed.). Editorial Trotta.
- Illich, I. (1976). *Némesis médica*. Planeta
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3-18.
- Le Breton, D. (2007). *Adiós al cuerpo*. La Cifra Editorial.
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica*. Anagrama.
- Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad Gobernar la precariedad*. Traficantes de sueños.
- Maffía, D. (2001). El sexo oculto de la ciencia. En E. Pérez Sedeño y P. Alcalá Cortijo (coords.), *Ciencia y género* (pp.407-416). Facultad de Filosofía, Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez y Martínez, R. (2013). *Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. (7º ed.). El Manual Moderno.
- Nogueiras García, B. (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013)* [Tesis para obtener el grado de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/49892/1/T40529.pdf>.
- Pagnamento, L. V., Weingast, D. B., Caneva, H., Castrillo, B., Hasicic, C., Specogna, M. (6-7 de diciembre de 2016). *Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: una propuesta conceptual para su análisis* [Ponencia en mesa temática]. IX Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata, Ensenada, Bs. As., Argentina.

- Porroche-Escudero, A., Coll-Planas, G. and Riba, C. (2017). *Cicatrices (in) visibles. Perspectivas feministas sobre el cáncer de mama*. Barcelona, España: Edicions Bellaterra.
- Rojas, R. (2016). *Aportes de Marx y Engels al estudio del proceso salud-enfermedad de la clase proletaria*.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, VIII(30), 95–145.
- Ryan, W. (1971). *Blaming the Victim*. Pantheon Books.
- Solar, O. e Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Organización Mundial de la Salud (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, documento de debate).
- Sontag, S. (1977). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Titivillus.
- Sulik, G. (2017). Movimientos contra el cáncer de mama: historia, ideologías y política. En Porroche-Escudero, Coll-Planas y Riba (Eds.), *Cicatrices (in)visibles. Perspectivas feministas sobre el cáncer de mama* (pp. 45-53). Ediciones Bellaterra.
- Veraza, J. (2007). *Los peligros de comer en el capitalismo*. Ítaca. <http://doi.org/10.1017/CB09781107415324.004>
- Viviana, L., y Beatriz, D. (2016). *Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: una propuesta conceptual para su análisis*. IX Jornadas de Sociología de La UNLP. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8183/ev.8183.pdf