

# **FEMINISMOS DECOLONIALES Y SALUD COLECTIVA: CUERPOS, TERRITORIOS Y RESISTENCIA**

**JOSÉ FRED QUIROZ ORTEGA  
FREDDY ELÍAS PERILLA PORTILLA  
ELIZABETH ARÉVALO SÁNCHEZ  
DONOVAN CASAS PATIÑO**

## **Resumen**

Este capítulo propone una reflexión crítica sobre la salud colectiva desde la perspectiva de los feminismos decoloniales, con el objetivo de dismantlar las estructuras coloniales, patriarcales y capitalistas que configuran los sistemas de salud en América Latina. A través de un enfoque teórico-político que articula la salud colectiva con los feminismos comunitarios, inspirado en autoras como María Lugones, Silvia Rivera Cusicanqui y Rita Segato, se cuestiona la medicalización patriarcal, el extractivismo y la racialización de los cuerpos. Mediante conceptos clave como “territorio-cuerpo-territorio”, “medicalización patriarcal”, “violencia lenta” y “desobediencia epistémica”, se analiza cómo prácticas como las esterilizaciones forzadas, la criminalización de saberes ancestrales y la contaminación de territorios indígenas constituyen formas sistemáticas de violencia que afectan desproporcionadamente a cuerpos feminizados y racializados. Se destacan herramientas como la revitalización de prácticas comunitarias y la defensa de saberes ancestrales para descolonizar el cuidado, promoviendo la autonomía y la soberanía sobre cuerpos y territorios. La salud, lejos de ser un bien técnico, se resignifica como una práctica política y ética de resistencia, donde el cuidado se convierte en un instrumento de li-

beración y justicia social, fortaleciendo procesos colectivos y transformadores.

*Palabras clave:* Salud Colectiva, Feminismos Decoloniales, Territorio-Cuerpo-Territorio, Medicalización Patriarcal, Desobediencia Epistémica, Justicia Social

## **Introducción**

La Salud Colectiva, como campo de conocimiento y acción, nace de la necesidad de comprender el proceso de la salud, enfermedad, atención, cuidado, vida y muerte, no como un sujeto o individuo, sino como un proceso que está vinculado a las condiciones históricas, políticas y culturales de las comunidades (Breilh, 2010); de igual forma, los feminismos decoloniales surgen como una herramienta teórica y práctica indispensable para desentrañar aquellas estructuras de poder coloniales, hegemónicas y patriarcales que han configurado —y siguen configurando— los sistemas de salud, los cuerpos y hasta los mismos territorios de nuestra sociedad. Por ello, se hace necesario proponer análisis críticos que enmarquen en como la colonialidad del género y la raza operan en la salud colectiva, además de poder explorar la resistencia enmarcada en las mujeres, comunidades indígenas, afrodescendientes y cuerpos disidentes que desafían estas lógicas de dominación. (Oyhantcabal, 2021)

Así mismo, los feminismos decoloniales, con su énfasis en la interseccionalidad y la crítica a las jerarquías impuestas por la modernidad occidental, permiten visibilizar cómo estas dinámicas impactan de manera diferenciada en cuerpos feminizados, racializados, monolíticos, ahistóricos y marginalizados; desde esterilizaciones forzadas en mujeres indígenas hasta la criminalización de las parteras tradicionales, la salud se convierte en un campo de batalla donde se disputan la autonomía, la memoria y la soberanía de los pueblos. De igual forma, las políticas diseñadas desde lógicas neoliberales y de acumulación capitalista no solo obstaculi-

zan los avances de los movimientos sociales que luchan por la emancipación colectiva, sino que operan como dispositivos de captura biopolítica (González *et al.*, 2020). Estos mecanismos, lejos de ser neutrales, materializan la subsunción de los cuerpos —en términos marxistas— a un entramado sistémico que mercantiliza la vida y naturaliza la opresión. Al reducir la salud a un *commodity*, se perpetúan formas estructurales de violencia: desde la privatización de servicios médicos hasta la criminalización de prácticas ancestrales del cuidado. Esta dinámica no solo busca anular los discursos emancipatorios, sino que refuerza un orden colonial donde la resistencia se convierte en blanco de represión, y la autonomía corporal, en una amenaza al *status quo*.

Los feminismos decoloniales, surgidos desde las grietas de sistemas que pretendían la universalización de la opresión, resaltan acciones y mecanismos indispensables para cuestionar esta herencia. Autoras como María Lugones, Rita Segato y Silvia Rivera Cusicanqui (Lugones, 2008; Rivera Cusicanqui, 2011; Segato, 2007), enmarcan que la colonialidad no es un evento del pasado, sino un proceso vivo que emerge y subsiste en políticas de salud con una marcada ausencia de justicia social y en la mercantilización de los cuerpos; la propuesta es radical, no se trata de "incluir" a los marginados en el sistema, sino de desmontar la lógica que los margina. De esta manera, la salud no solo es un derecho, sino un campo, una batalla donde se disputan la autonomía, la memoria y la soberanía de los mismos pueblos. De igual forma, en América Latina, esta disputa adquiere contornos concretos; mientras las corporaciones farmacéuticas patentan plantas medicinales usadas por siglos por comunidades indígenas, los estados criminalizan a las parteras tradicionales y los megaproyectos extractivos envenenan ríos que son fuentes de vida y ritualidad (Alarcón Lavín *et al.*, 2010). Las estadísticas son elocuentes: según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las mujeres indígenas tienen tres veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres blancas en la misma región (Organización Panamericana de la Salud,

2024); este dato no es un "problema técnico", sino la expresión de un racismo médico institucionalizado que considera prescindibles ciertos cuerpos.

Pero la colonialidad no actúa sola, se articula con el patriarcado para ejercer un control específico sobre los cuerpos feminizados; la medicalización de la menstruación, la patologización de la menopausia y la obstaculización del aborto seguro son mecanismos de un mismo sistema que busca regimentar la capacidad reproductiva y productiva de las mujeres. Frente a este panorama, los feminismos decoloniales no se limitan a denunciar, sino que proponen alternativas encarnadas en prácticas de resistencia que redefinen el cuidado; las parteras mayas en Guatemala, las promotoras de salud en las favelas de Brasil y las redes de mapuche en Chile (Bautista et al., 2019; Equipo CET SUR (Centro de Educación y Tecnología para el Desarrollo del Sur), 2003; Willadino et al., 2023) están reescribiendo la salud desde la comunalidad, su lucha no es solo contra la enfermedad, sino contra un sistema que convierte la vida en mercancía y el territorio en botín.

## **Cuerpos colonizados y medicalización patriarcal: Crítica a la patologización de cuerpos racializados**

La medicalización de los cuerpos, lejos de ser un acto técnico neutral, ha funcionado históricamente como un dispositivo de control colonial y patriarcal, este proceso, arraigado en la lógica de la biopolítica (Foucault, 2007) se manifiesta en la clasificación, vigilancia y corrección de aquellos cuerpos que desafían los parámetros de la norma blanca, heterosexual y capacitista. Como señala María Lugones (2008), la colonialidad del género estableció una jerarquía que no solo racializó a las mujeres indígenas y africanas, sino que las convirtió en objetos de experimentación médica, un legado que persiste

en prácticas contemporáneas como las esterilizaciones forzadas y el control coercitivo de la natalidad.

Imagen 1. Niños del mañana, 1934



Fuente. FOY Productions LTD.

De igual forma, la medicina moderna ha sido construido sobre la violencia estructural hacia cuerpos racializados; un ejemplo fundacional es el de J. Marion Sims, considerado el *“padre de la ginecología”*, quien entre 1845 y 1849 realizó cirugías experimentales sin anestesia en mujeres esclavizadas como Anarcha, Betsy y Lucy (Washington, 2007). Esta violencia no es un episodio aislado: en el siglo XX, programas de eugenesia en Estados Unidos esterilizaron a más de 60,000 personas, en su mayoría mujeres negras, indígenas y discapacitadas, bajo el argumento de “mejorar la raza” (Stern, 2005) (Imagen 1). En América Latina, durante el gobierno de Alberto Fujimori en Perú (1996-2000), más de 300,000 mujeres indígenas y campesinas fueron esterilizadas sin consentimiento bajo un programa financiado por agencias internacionales (Serra, 2017). Así, mismo en Geor-

gia Estados Unidos se realizaron esterilizaciones forzadas —*histerectomías*— a mujeres migrantes, en un centro operado por la empresa privada LaSalle Corrections, esto sucedió en el año 2020 durante la primera administración de Trump, acusaciones de violaciones de los derechos reproductivos y la autodeterminación de migrantes detenidas (Usi, 2020). Estos casos revelan un patrón: la medicina como herramienta de limpieza social, donde los cuerpos de las mujeres racializadas son territorios de conquista biopolítica.

Por otra parte, la medicina hegemónica no solo racializa, sino que puede patologizar las identidades que desafían el binarismo de género; hasta 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificaba la transexualidad como un “trastorno mental” (CIE-10), lo que legitimó tratamientos coercitivos y exigencias psiquiátricas para acceder a hormonas o cirugías. Para las personas intersexuales, la violencia es aún más temprana: el 55% de los niños intersexuales en Europa son sometidos a cirugías de “normalización” genital antes de los dos años, sin consentimiento informado (Organización Intersex Internacional Europa, 2019). Estos actos, disfrazados de “corrección”, refuerzan la idea de que solo ciertos cuerpos merecen existir: ***aquellos que se ajustan a la norma colonial de género.***

Frente a esta maquinaria de control, surgen prácticas de resistencia que reivindican la autonomía corporal, por ejemplo, en Perú la organización Mujeres Esterilizadas en Lucha, exigen justicia para las víctimas de Fujimori, mientras que, en Canadá, el movimiento Indigenous Women’s Collective denuncia las esterilizaciones forzadas como un genocidio lento (Czyzewski, 2011). En el ámbito trans, colectivos como la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans (REDLACTRANS) promueven protocolos de salud autogestivos, libres de patologización. Estas luchas no solo confrontan al sistema médico, sino que construyen epistemologías alternativas donde ***el cuerpo es un territorio de soberanía, no de conquista.***

La medicalización de los cuerpos racializados, feminizados y disidentes no es un error del sistema, sino una de sus propias funciones estructurales, desde los experimentos de J. Marion Sims hasta las esterilizaciones forzadas en Perú, Canadá y Estados Unidos, la medicina hegemónica ha operado como un brazo técnico del colonialismo, definiendo qué cuerpos merecen agencia, qué vidas valen ser vividas y qué formas de existir deben ser corregidas o eliminadas. Esta violencia no es un residuo del pasado, sino un presente activo: en cada protocolo que exige diagnósticos psiquiátricos para acceder a hormonas trans, en cada ley que criminaliza a las parteras indígenas y en cada política pública que reduce la salud reproductiva a un cálculo demográfico, se reafirma un orden que convierte la diversidad en patología y la autonomía en herejía. ¿Hasta qué punto podemos llamar "salud" a un sistema que, en nombre del progreso, perpetúa el epistemicidio de saberes ancestrales y la cosificación de cuerpos marginados?, la respuesta, como muestran las resistencias de las mujeres esterilizadas en lucha o las redes trans que practican la autogestión hormonal, está en descolonizar el cuidado; no se trata solo de denunciar las opresiones, sino de dismantelar la idea misma de que el cuerpo es un objeto pasivo a ser intervenido por expertos.

La descolonización del género implica reconocer que los cuerpos son territorios de memoria y lucha, capaces de albergar formas de sanar que desafían la lógica extractivista de la biomedicina. Es aquí donde la crítica a la medicalización patriarcal se entrelaza con la defensa de los territorios: si el colonialismo convirtió los cuerpos en laboratorios, la resistencia los reclama como espacios de soberanía.

Pero esta violencia no se detiene en los cuerpos. Así como la medicina colonial convirtió a las mujeres racializadas en objetos de experimentación, el extractivismo convierte los territorios indígenas en zonas de sacrificio. La misma lógica que justifica esterilizar cuerpos para "controlar la pobreza" permite envenenar ríos para extraer minerales, contaminar suelos con agroquímicos y desplazar comunidades

en nombre del "desarrollo". Los cuerpos de las mujeres, particularmente aquellos atravesados por la indigeneidad y la ruralidad, encarnan esta doble herida: son vulnerabilizados por políticas de control reproductivo y por industrias que devastan sus fuentes de agua, alimentos y medicina tradicional. La conexión es íntima: cuando una empresa minera contamina un río, no solo destruye un ecosistema, sino que envenena los cuerpos de quienes dependen de él para parir, menstruar y sanar. Explorar esta interdependencia —territorio-cuerpo-territorio— es clave para entender que la salud colectiva no se reduce a clínicas y vacunas, sino que es un acto político de defender la vida en todas sus formas.

### **Territorio-cuerpo-territorio: La conexión entre la violencia extractivista y la salud de las mujeres y comunidades rurales**

La explotación extractivista no solo devasta ecosistemas, sino que envenena los cuerpos de quienes habitan los territorios saqueados; esta violencia, definida por Nixon en 2011 como violencia lenta, actúa de manera diferencial sobre las mujeres y comunidades rurales, cuyos cuerpos se convierten en receptáculos de contaminantes y testigos de la destrucción de sus redes de vida (Nixon, 2011). El concepto territorio-cuerpo-territorio, acuñado por feministas comunitarias, revela la interdependencia entre la salud colectiva y la integridad de la tierra: cuando un río es envenenado con mercurio, no solo muere el agua, sino que se enferman los cuerpos que la beben, las hierbas que sanan y los rituales que tejen comunidad (Cabnal, 2010).

En América Latina, esta conexión se materializa en cifras escalofriantes, por ejemplo, en la provincia argentina de Córdoba, comunidades fumigadas con glifosato —un herbicida clasificado como probable cancerígeno por la OMS ((WHO), 2020)— registran tasas de abortos espontáneos un 50% supe-

riores al promedio nacional, según estudios realizados durante los últimos años (Avila-Vazquez *et al.*, 2018). En la Amazonía ecuatoriana, mujeres indígenas Waorani expuestas a derrames petroleros presentan niveles de cadmio en la leche materna 30 veces mayores a los límites seguros, vinculados a malformaciones congénitas y cáncer (O'Callaghan-Gordo *et al.*, 2018). Estos no son “daños colaterales”, sino consecuencias calculadas de un sistema que prioriza la acumulación capitalista sobre la reproducción social de la vida; la agroindustria y la minería, disfrazadas de “progreso”, operan como extensiones del colonialismo médico: así como los experimentos de J. Marion Sims convirtieron cuerpos de mujeres esclavizadas en objetos de estudio, el extractivismo convierte a las comunidades rurales en laboratorios de sacrificio.

De igual forma, el agua, ese bien común transformado en botín, ejemplifica esta dinámica perversa; en Cajamarca (Perú), la minera Yanacocha ha secado más de 700 manantiales, obligando a mujeres quechuas a caminar horas bajo el sol para recolectar agua contaminada con metales pesados, mientras el 65% de las niñas en zonas mineras sufren infecciones renales crónicas agravadas por la desnutrición; para ellas, la crisis hídrica no es una abstracción, es la carga diaria de cargar bidones bajo la mirada indiferente de un Estado que protege más a las corporaciones que a sus ciudadanos. Esta carga, además, está feminizada: son las mujeres quienes gestionan el agua para sus familias, exponiéndose directamente a toxinas y asumiendo el cuidado de hijos y ancianos enfermos, una labor no remunerada que el sistema explota como si fuera un recurso infinito.

La violencia extractivista, al reducir los territorios a mercancías y los cuerpos a receptáculos de enfermedad, no solo revela la necropolítica del capitalismo colonial, sino que exige una respuesta radical: ¿cómo transformar la supervivencia en resistencia, el dolor en potencia política? Las mujeres indígenas, campesinas y rurales no son víctimas pasivas de este sistema, sino arquitectas de contra-narrativas donde el cuidado de la tierra y el cuerpo se funden en un mismo

acto de rebeldía, su lucha no se limita a denunciar la devastación, sino que reinventa lo que significa "salud" desde la comunalidad, la reciprocidad y la desobediencia epistémica. En cada hierba medicinal sembrada en suelo contaminado, en cada asamblea que prioriza el agua sobre el oro, se teje un desafío al orden colonial: si el extractivismo convierte la vida en sacrificio, las resistencias feministas la reclaman como revolución. Estas prácticas no son meras reacciones, sino proyectos políticos que desmontan la ilusión de un desarrollo neutral y proponen, en su lugar, una salud colectiva arraigada en la memoria de la tierra y la dignidad de los cuerpos. Así, la defensa del territorio-cuerpo-territorio no culmina en la resistencia, sino que abre el camino para preguntarnos: ¿Qué mundos son posibles cuando el cuidado deja de ser un acto de sumisión para convertirse en un gesto de insurgencia?

## **Resistencias feministas: Prácticas comunitarias y saberes ancestrales que reinventan el cuidado**

Las resistencias feministas frente a la colonialidad del cuidado no se limitan a la denuncia: son actos creativos de reexistencia que tejen alternativas radicales desde los márgenes del sistema. En las grietas de un modelo biomédico que reduce la salud a protocolos farmacéuticos y la vida a datos epidemiológicos, mujeres indígenas, afrodescendientes, campesinas y urbanas están reconstruyendo prácticas de cuidado basadas en la reciprocidad, la memoria ancestral y la defensa de lo común. Estas luchas, lejos de ser nostálgicas, son proyectos políticos que desafían la separación moderna entre naturaleza y cultura, entre individuo y comunidad, entre ciencia y espiritualidad. Como señala la feminista comunitaria Lorena Cabnal (2015), en Abya Yala (América Latina), la salud colectiva se entiende como un "*tejido de relaciones vivas*" donde curar un cuerpo implica sanar el territorio, y defender el territorio es, en sí mismo, un acto de cuidado médico-político (González *et al.*, 2020).

Un ejemplo paradigmático es el de las parteras tradicionales en México y Centroamérica, quienes han resistido siglos de persecución estatal y desprecio académico; en Chiapas, las parteras tzotziles combinan conocimientos en herbolaria transmitidos por generaciones con acompañamiento emocional durante el parto, desafiando la violencia obstétrica institucionalizada en hospitales públicos donde el 33% de las mujeres reportan maltrato (Ramírez Saucedo *et al.*, 2021). Su labor no se reduce a la atención perinatal: son guardianas de una epistemología que entiende el parto como un acto sagrado de conexión con la tierra, donde el útero se vincula simbólicamente con la Madre Tierra y el dolor se transforma en potencia comunitaria. Esta visión choca frontalmente con el modelo biomédico, que medicaliza el parto como riesgo y fragmenta el proceso en intervenciones tecnocráticas (Smith Oka, 2012). Sin embargo, lejos de desaparecer, las redes de partería se fortalecen: la Asociación de Parteras del Pacífico en Colombia, por ejemplo, ha capacitado a más de 500 jóvenes afrodescendientes en técnicas ancestrales, integrando derechos reproductivos y justicia racial, aportando no solo a una lucha y movimiento humano, sino también a una reflexión social que se vincula a una cohesión comunitaria y la misma defensa de la vida (Angola Valencia *et al.*, 2023)

Esta reinención del cuidado también se manifiesta en las promotoras de salud de las periferias urbanas. En las favelas de Río de Janeiro, mujeres negras lideran brigadas comunitarias que mapean casos de dengue, distribuyen plantas medicinales y organizan talleres sobre gestión menstrual sostenible, llenando el vacío dejado por un Estado ausente. Su trabajo, aunque no reconocido oficialmente, sostiene la vida en contextos donde el racismo ambiental se combina con la precariedad económica. Como explica la antropóloga Rita Segato (2018), estas prácticas encarnan una crítica al individualismo neoliberal: "El cuidado no es un servicio, es una ética de lo común que subvierte la lógica del mercado".

Pero la resistencia no solo ocurre en lo rural. En ciudades como Bogotá o Lima, colectivas feministas han creado re-

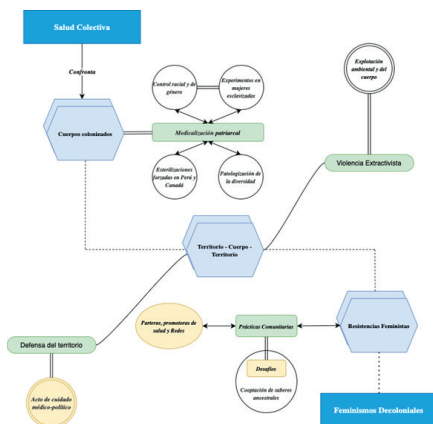
des de salud mental autogestiva para sobrevivir a las violencias machistas; el proyecto Territorio cuerpo en Colombia, por ejemplo, ofrece terapias grupales basadas en danzas afro y narrativas decoloniales, priorizando a mujeres víctimas de desplazamiento forzado. Estas iniciativas, aunque carecen de financiamiento estatal, cuestionan la psiquiatría hegemónica que patologiza el trauma social como "trastorno individual". Como advierte el teórico Frantz Fanon (Fanon, 1965), la colonialidad produce enfermedades mentales al negar la humanidad de los oprimidos; por ello, sanar implica colectivizar el dolor y transformarlo en acción política.

El futuro de estas luchas depende de su capacidad para tejer alianzas transfronterizas; la Marcha Mundial de las Mujeres, por ejemplo, ha vinculado demandas de acceso al agua en Brasil con luchas contra la minería en Filipinas, demostrando que el cuidado es un lenguaje universal de resistencia. En este sentido, la salud colectiva se revela no como un fin, sino como un proceso de construcción de mundos otros, donde los cuerpos no sean territorios de conquista, ni los territorios, cuerpos sacrificables.

El título *Feminismos Decoloniales y Salud Colectiva: Cuerpos, Territorios y Resistencia* no es solo una descripción temática, sino una declaración política, un llamado a descolonizar el cuidado, a desentrañar las jerarquías que convierten cuerpos y territorios en zonas de sacrificio, y a reconocer que la salud no es un privilegio individual, sino un derecho colectivo tejido en la memoria de la tierra y la dignidad de los pueblos. Los feminismos decoloniales, con su crítica radical a la modernidad occidental, nos interpelan a cuestionar no solo las estructuras que enferman, sino también las epistemologías que definen qué es "saludable" y quiénes merecen ser sanados. En este sentido, la salud colectiva no puede reducirse a un conjunto de políticas públicas o intervenciones técnicas; es, ante todo, un proyecto político que desafía la colonialidad del poder y reivindica la interdependencia como principio ético.

Sin embargo, este proyecto no está exento de tensiones; la cooptación de saberes ancestrales por parte de la industria farmacéutica y la criminalización de las defensoras ambientales son recordatorios de que el sistema no se desmonta con buenas intenciones, sino con prácticas radicales de autonomía y solidaridad. Las resistencias feministas aquí analizadas no son meras respuestas a la opresión, sino propuestas concretas de mundos otros, donde el cuidado sea un acto de liberación y no de control. Estas luchas nos invitan a repensar la salud no como un estado de ausencia de enfermedad, sino como la capacidad de los pueblos de decidir sobre sus cuerpos, sus relaciones y sus territorios. En este cruce entre descolonización y emancipación, la salud colectiva se revela no como un fin, sino como un camino hacia la plenitud vital, un horizonte donde la vida, en todas sus formas, sea digna de ser vivida.

**Imagen 2. Relaciones de poder y resistencia en la salud colectiva desde los feminismos decoloniales**



Fuente. Jose Quiroz Ortega

La imagen 2 sintetiza las relaciones estructurales y de resistencia que atraviesan el campo de la salud colectiva desde una mirada decolonial, en él, se representa cómo la medicalización patriarcal opera como un dispositivo de control sobre los cuerpos colonizados, reproduciendo jerarquías raciales, de género y de normalidad mediante prácticas como las esterilizaciones forzadas, los experimentos médicos en mujeres esclavizadas o la patologización de la diversidad corporal y sexual. Esta violencia biomédica se entrelaza con la violencia extractivista, donde la explotación ambiental y del cuerpo configura un continuum de dominación que afecta especialmente a mujeres y comunidades racializadas. En el centro, el eje territorio-cuerpo-territorio visibiliza la interdependencia entre salud, tierra y autonomía, desdibujando las fronteras entre lo corporal y lo geográfico. Frente a estas formas de opresión, emergen resistencias feministas y prácticas comunitarias que, desde saberes ancestrales y experiencias colectivas —como las de parteras, promotoras de salud y redes populares—, reivindican el cuidado como un acto político. Estas prácticas no están exentas de desafíos, entre ellos la cooptación de saberes por parte del mercado, pero constituyen una defensa del territorio entendida no solo como disputa ecológica, sino como afirmación de una ética de lo común donde el cuidado deviene insurgencia.

## **Conclusiones**

La unión entre los feminismos decoloniales y la salud colectiva no es una mera articulación teórica, sino un acto político de desobediencia epistémica, puesto que, al entrelazar estas perspectivas, se muestra cómo la colonialidad del poder — con su matriz racial, patriarcal y capitalista— ha fracturado la integralidad de la vida, reduciendo la salud a un conjunto de protocolos biomédicos y los cuerpos a objetos de intervención. Los feminismos decoloniales, al situar en el centro a los cuerpos racializados, los territorios saqueados y las

prácticas de resistencia, proponen un giro radical: entender la salud no como la ausencia de enfermedad, sino como la capacidad de los pueblos de decidir autónomamente sobre sus modos de vivir, sanar y relacionarse con la tierra.

De igual forma, este diálogo crítico exige desmontar la ilusión de neutralidad en los sistemas de salud occidentales, revelando cómo estos han sido cómplices de la opresión; la medicalización de la existencia, el extractivismo epistémico y la mercantilización de la vida no son errores corregibles, sino pilares de un modelo que prioriza el lucro sobre la dignidad. Frente a esto, la salud colectiva decolonial emerge como un proyecto de emancipación: un llamado a desaprender la lógica individualista y a reconocer que la sanación es un proceso comunitario, arraigado en la memoria ancestral y en la defensa de los bienes comunes.

La resistencia, en este marco, no es un gesto reactivo, sino una praxis creativa que reconfigura lo posible, las luchas por la autonomía corporal, la defensa de los territorios y la revitalización de saberes ancestrales no buscan "incluirse" en el sistema, sino transformar sus bases; aquí radica la potencia de los feminismos decoloniales: al denunciar que el colonialismo enferma, también proponen que la salud es, en sí misma, un acto de rebeldía. Desde esta mirada, el cuidado deja de ser una práctica asistencialista para convertirse en un ejercicio de justicia epistémica, donde los conocimientos marginados, como la partería indígena o la medicina comunitaria, desafían la hegemonía de la ciencia occidental.

El eje Cuerpos, Territorios y Resistencia sintetiza esta apuesta: los cuerpos no son entidades aisladas, sino extensiones de territorios vivos que claman por justicia; la resistencia no es un último recurso, sino un horizonte ético. La salud colectiva, así reimaginada, no se agota en hospitales o políticas públicas, sino que emerge en las grietas del sistema, en las manos de las defensoras ambientales, en las redes de mujeres que siembran hierbas medicinales y en las voces de quienes reclaman el derecho a existir fuera de las normas coloniales.

Al abordar estos temas, no pretendemos solo develar opresiones, sino iluminar las estrategias de quienes, en palabras de la teórica queer-crip Eli Clare, "sobreviven al mundo que los enferma". Porque en cada hierba recolectada por una abuela curandera, en cada parto acompañado por una partera sin título universitario y en cada protesta contra un hospital que niega atención a migrantes, late una pregunta incómoda: ¿Qué significa la salud en un sistema fundado en la negación de la plenitud vital para la mayoría?

La respuesta, sugerimos, está en entender la salud colectiva no como la mera ausencia de enfermedad, sino como la capacidad de los pueblos de decidir sobre sus cuerpos, sus relaciones y sus territorios. Una capacidad que el colonialismo ha intentado extinguir, pero que persiste en las grietas, en las márgenes y en las manos de quienes siguen tejiendo mundos donde el cuidado no es un privilegio, sino un acto de libertad.

## Bibliografía

**Alarcón Lavín, R. R., & Alarcón Lavín, R. R. (2010).**

La biopiratería de los recursos de la medicina indígena tradicional en el Estado Chiapas, México —El caso ICBG-Maya—. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 5(10), 151–180. doi: 10.22201/CIMSUR.18704115E.2010.10.149

**Angola Valencia, M., Andrea, P., & Molina, C. (2023).**

Parteras tradicionales afrodescendientes del Pacífico colombiano y su aporte a la construcción de paz. *Análisis*, 55(102). doi: 10.15332/21459169.7682

**Avila-Vazquez, M., Difilippo, F. S., Lean, B. Mac, Maturano, E., Etchegoyen, A., Avila-Vazquez, M., Difilippo, F. S., Lean, B. Mac, Maturano, E., & Etchegoyen, A. (2018).**

Environmental Exposure to Glyphosate and Reproductive Health Impacts in Agricultural Population of Argentina. *Journal of Environmental Protection*, 9(3), 241–253. doi: 10.4236/JEP.2018.93016

**Bautista, M. I., & Daniels, S. (2019).**

Parteras mayas tradicionales cuidando la salud de las mujeres | Cultural Survival. *Cultura Survival*. Retrieved from <https://www.culturalsurvival.org/news/parteras-mayas-tradicionales-cuidando-la-salud-de-las-mujeres>

**Breilh, J. (2010).**

Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad.

**Cabnal, L. (2010).**

Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala - South Feminist Futures Knowledge Hub. In *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*. ACSUR-Las Segovia. Retrieved from <https://knowledgehub.southfeministfutures.org/kb/acercamiento-a-la-construccion-de-la-propuesta-de-pensamiento-epistemico-de-las-mujeres-indigenas-feministas-comunitarias-de-abya-yala/>

**Czyzewski, K. (2011).**

Colonialism as a Broader Social Determinant of Health. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1). doi: 10.18584/IIPJ.2011.2.1.5

**Equipo CET SUR (Centro de Educación y Tecnología para el Desarrollo del Sur). (2003).**

Recuperación de plantas medicinales por mujeres Mapuches - Chile - Semillas. *Revista Semillas*. Retrieved from <https://www.semillas.org.co/es/recuperacin-de-plantas-medicinales-por-mujeres-mapuches-chile>

**Fanon, F. (1965).**

*A Dying Colonialism* (3ra ed.). New York: Grove Press. Retrieved from [www.groveatlantic.com](http://www.groveatlantic.com)

**Foucault, M. (2007).**

*Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber* (J. Almeda, Ed.; 31st ed., Vol. 1). México: Siglo XXI editores.

**González, A. M., Ramazzini, A. L., Araujo, A., Durán Jaurena, C., & Vega, C. (2020).**

*Cuerpos, territorios y Feminismos* (1 era). Quito: Abuya-Yala.

**Lugones, M. (2008).**

Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*, 9(9), 73-102. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-24892008000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

**Nixon, R. (2011).**

*La violencia lenta y el ambientalismo de los pobres*. In *Harvard University Press*. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. doi: 10.4000/RCCS.5300

**O'Callaghan-Gordo, C., Flores, J. A., Lizárraga, P., Okamoto, T., Papoulias, D. M., Barclay, F., Orta-Martínez, M., Kogevinas, M., & Astete, J. (2018).**

Oil extraction in the Amazon basin and exposure to metals in indigenous populations. *Environmental Research*, 162, 226-230. doi: 10.1016/j.ENVRES.2018.01.013

- Organización Intersex Internacional Europa. (2019).**  
*Situación de las personas intersex. Support of Intersex People From Ukraine.*  
 Retrieved from <https://www.oiiueurope.org/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024).**  
*Hacia cero muertes maternas evitables.* Retrieved from <https://www.paho.org/es/publicaciones/hacia-cero-muertes-maternas-evitables?shpath=/la-salud-un-motor-para-el-desarrollo-la-seguridad-y-la-prosperidad/hacia-la-equidad-en-la-salud-en-la-regi-n-de-las-am-ricas>
- Oyhantcabal, L.-M. (2021).**  
 Los aportes de los Feminismos Decolonial y Latinoamericano. *ANDULI, Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 20, 97–115. doi: 10.12795/ANDU-LI.2021.I20.06
- Ramírez Saucedo, M. D., Hernández Mier, C., & Ceballos García, G. Y. (2021).**  
 La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista CONAMED*, 26(3), 149–155. doi: 10.35366/101680
- Rivera Cusicanqui, S. (2011).**  
 Uma mercadoria indígena e seus paradoxos.: A folha de coca em tempos de globalização. *Meritum*, ISSN-e 2238-6939, Vol. 6, No. 2, 2011, Págs. 311-347, 6(2), 311–347. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4057583&info=resumen&idioma=ENG>
- Segato, R. L. (2007).**  
 El color de la cárcel en América Latina: apuntes sobre la colonialidad de la justicia en un continente en desconstrucción. *Nueva Sociedad*, ISSN 0251-3552, No. 208, 2007 (Ejemplar Dedicado a: ¿Sin Salida? Las Cárceles En América Latina), Págs. 142-161, 208, 142–161. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2382458&info=resumen&idioma=SPA>
- Serra, A. M. (2017).**  
 Esterilizaciones (forzadas) en Perú: Poder y configuraciones narrativas. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 12(1), 31–52. doi: 10.11156/aibr.120103
- Smith-Oka, V. (2012).**  
 Bodies of risk: constructing motherhood in a Mexican public hospital. *Social Science & Medicine* (1982), 75(12), 2275–2282. doi: 10.1016/J.SOCS-CIMED.2012.08.029
- Stern, A. M. (2005).**  
 Sterilized in the name of public health: race, immigration, and reproductive control in modern California. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1128–1138. doi: 10.2105/AJPH.2004.041608
- Usi, E. (2020).**  
*Migrantes esterilizadas. ¿La punta del iceberg?* DW. Retrieved from <https://www.dw.com/es/migrantes-esterilizadas-en-c%C3%A1rceles-de-eeuu-la-punta-del-iceberg/a-55045960>

**Washington, H. A. (2007).**

*Medical Apartheid: The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans from Colonial Times to the Present* (2008th ed.). New York: Anchor Books.

**(WHO), W. H. O. (2020).**

*Clasificación recomendada por la OMS de los plaguicidas por el peligro que presentan y directrices para la clasificación 2019*. [WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification, 2019 edition]. Organización Mundial de La Salud, 1, 104. Retrieved from <http://apps.who.int/bookorders>.

**Willadino, R., Gomes, T., Marinho, L., Octaviano, D., & Oliveira, P. (2023).**

*Mulheres, ativismo e violência a luta por direitos nas favelas e periferias do Rio de Janeiro* (1ra ed.). *Rio de Janeiro: Observatorio de Favelas*. Retrieved from [www.observatoriodefavelas.org.br](http://www.observatoriodefavelas.org.br)

## Acerca de los Autores

### **JOSÉ FRED QUIROZ ORTEGA**

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1741-6067>



Enfermero colombiano con una sólida formación académica y experiencia profesional en salud pública y colectiva. Obtuvo su título en Enfermería en la Universidad Francisco de Paula Santander en 2016, presentando un estudio sobre automedicación en estudiantes universitarios. Actualmente, es Magíster en Salud Colectiva de la Universidad Antonio Nariño. Ha trabajado en diversas instituciones de salud y educación, incluyendo la Universidad Antonio Nariño y la Cruz Roja Colombiana. Como docente, ha participado como docente en diplomados sobre seguridad del paciente y ha sido ponente en congresos internacionales, abordando temas como la calidad de la educación en simulación clínica y los cuidados integrales para personas trans. Sus publicaciones recientes incluyen artículos sobre salud sexual y reproductiva en poblaciones indígenas y el impacto de los microplásticos en la salud humana y el medio ambiente. Actualmente, se desempeña como docente del programa de enfermería en la Universidad de Pamplona

### **FREDDY ELÍAS PERILLA PORTILLA**

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5582-7951>



Magíster en Salud Colectiva (Universidad Antonio Nariño, Colombia). Enfermero Profesional (Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia). Con experiencia en docencia universitaria y coordinación de prácticas, actualmente adscrito al programa de Enfermería de la Universidad

de Pamplona, conferencista internacional en temas de salud colectiva, interculturalidad, políticas públicas, migración y cuidado de enfermería. Miembro de la Sociedad Internacional de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau – Capítulo Upsilon Nu, de la ED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC), Red Internacional de Investigación y Educación para la Salud Comunitaria (RIIESC), la Red Latinoamericana de Educación en Enfermería (RELEDEN) y la Academia Mexicana de Fenomenología e Investigación Cualitativa en Enfermería y Salud. Integrante de comités editoriales y evaluador de revistas científicas internacionales. Autor de artículos y capítulos de libro, con reconocimientos por liderazgo e innovación académica. Línea de generación de conocimiento: Salud Colectiva, Interculturalidad y Determinación Social de la Salud.

## **ELIZABETH ARÉVALO SÁNCHEZ**

### **ORCID**

Enfermera, con Maestría en Enfermería (Universidad Nacional de Colombia, 2005) y Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad (Escuela de Administración de Negocios). Licenciada en Enfermería (Universidad Nacional de Colombia, 2002). Con más de 20 años de experiencia en áreas clínica-asistencial, administrativa y académica. Actualmente, docente del programa de Enfermería en la Universidad Manuela Beltrán, con 16 años de vinculación, impartiendo asignaturas de pregrado y posgrado como Orientación Filosófica a la Enfermería, Cuidados Básicos, Cuidado de Enfermería a la Mujer y Recién Nacido, Modelos y Teorías en Enfermería, e Instrumentos en Auditoría. Ha publicado investigaciones sobre salud materno-perinatal, incluyendo prácticas de cuidado en gestantes y mortalidad materna en Colombia.



## **DONOVAN CASAS PATIÑO**

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>



Posdoctor en Antropología Social. Posdoctor en Salud Colectiva. Posdoctor en Antropología Médica. Posdoctor en Políticas Públicas. Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X). Especialista en Medicina Familiar (IMSS). Médico Cirujano (UNAM).

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico “Nutrición, Educación y Salud Colectiva” UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.

# FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y PRÁCTICAS COTIDIANAS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD COLECTIVA

**JUAN VICENTE QUINTANA ADRIÁN  
DONOVAN CASAS PATIÑO  
PEDRO ENRIQUE VILLASANA LÓPEZ**



# FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y PRÁCTICAS COTIDIANAS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD COLECTIVA

JUAN VICENTE QUINTANA ADRIÁN  
DONOVAN CASAS PATIÑO  
PEDRO ENRIQUE VILLASANA LÓPEZ



Primera Edición: Octubre 2025  
Diseño de portada: María Elisa Salazar Moya

© Juan Vicente Quintana Adrián  
© Donovan Casas Patiño  
© Pedro Enrique Villasana López  
© Castellanos editores, S.A. de C.V.

Agradecemos el apoyo de la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" -Venezuela-, a la Universidad Autónoma del Estado de México -México-, a la Universidad de los Lagos -Chile-, a la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural [REDSACSIC] y al Posdoctorado Internacional en Salud Colectiva, que nos han permitido ampliar los horizontes del conocimiento y su internacionalización.

ISBN: 978-607-5923-21-5

Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción de la presente obra, por cualquier medio impreso, electrónico, auditivo, con la autorización por escrito de los editores y el titular de los derechos y citando la fuente.

La presente edición fue sometida a dictamen por el Consejo Editorial, en la modalidad de pares ciegos, siendo aprobada para publicarse y comercializarse.

**Hecho en México**