

V.20 nº43 (2024)

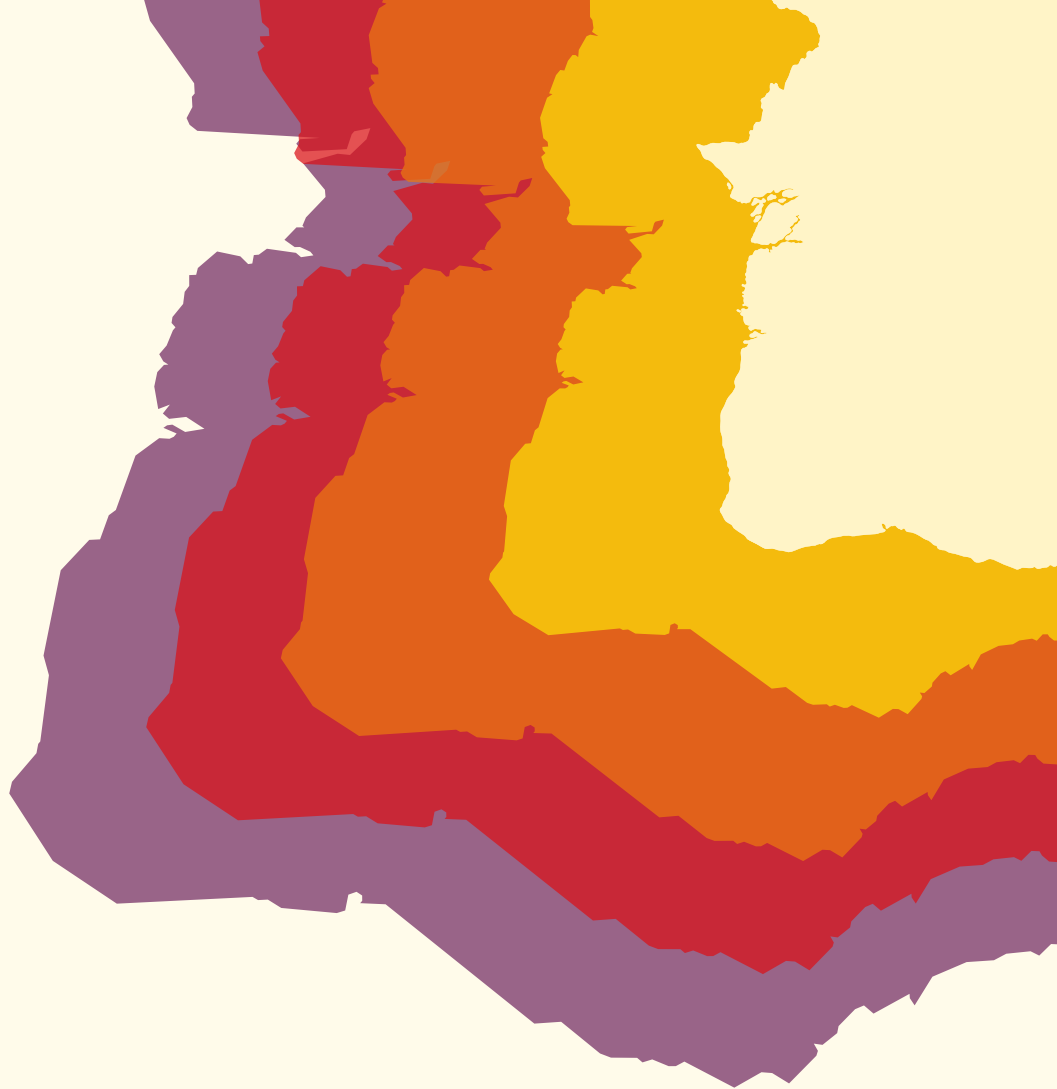
REVISTA DA
**AN
PE
GE**

ISSN 1679-768X

a

ANPEGE

Associação Nacional
de Pós-graduação e
Pesquisa em Geografia



DOSSIÊ AMÉRICA LATINA E CARIBE

Salud, espacio y género: Hacia un marco metodológico feminista para develar violencias multiescalares

Health, space and gender: Towards a Feminist Methodological Framework for Revealing Multiscale Violence

Saúde, espaço e gênero: em direção a uma estrutura metodológica feminista para desvelar a violência multiescalar

DOI: 10.5418/ra2024.v20i43.19947

ANDREA NATALIA BARRAGAN LEON

Universidad de Nariño

V.20 n°42 (2024)

e-íssn : 1679-768X

RESUMEN: Este artículo como parte de una investigación en curso analiza las intersecciones entre geografía, salud y feminismos desde un enfoque interdisciplinar, motivado por realidades complejas asociadas a la salud femenina en lo correspondiente a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Se estructura en tres ejes: primero, un recorrido histórico-crítico por la geografía de la salud; segundo, una conceptualización del cuerpo como espacialidad en conflicto, donde convergen violencias estructurales multiescalares; y tercero, una propuesta metodológica basada en cuatro matrices territoriales: cuerpo-útero (espacio político-personal), cotidianidad (reproducción social), instituciones (poder normativo) y globalización (políticas transnacionales). El marco busca desentrañar cómo las violencias contra las mujeres se articulan escalarmente, vinculando lo personal con lo sistémico - estructural. La investigación surge de tres escenarios clave: la crítica a la mirada androcéntrica de la ciencia médica, la necesidad de pedagogías feministas y el posicionamiento político-académico de abordar estos temas como geógrafa comprometida con estas luchas.

Palabras clave: escala; cuerpo; territorio; salud y feminismo.

ABSTRACT: This article, part of an ongoing research, analyses the intersections between geography, health and feminisms from an interdisciplinary approach, motivated by the complex realities of women's health in relation to the violation of women's sexual and reproductive rights. It is structured around three axes: first, a historical-critical journey through the geography of health; second, a conceptualisation of the body as a spatiality in conflict where multi-scale structural violence converges; and third, a methodological proposal based on four territorial matrices: body-uterus (political-personal space), everyday life (social reproduction), institutions (normative power), and globalisation (transnational politics). The framework seeks to unravel how violence against women is scalarly articulated, linking the personal with the systemic-structural. The research emerges from three key scenarios: the critique of the androcentric gaze of



medical science, the need for feminist pedagogies, and the political-academic positioning of addressing these issues as a geographer committed to these struggles.

Keywords: scale; body; territory; health and feminism.

RESUMO: Este artigo, no âmbito de um projeto de investigação em curso, analisa as interseções entre geografia, saúde e feminismos, adotando uma abordagem interdisciplinar, motivada por realidades complexas associadas à saúde da mulher no que se refere à violação dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Está estruturado em três eixos: primeiro, uma jornada histórico-crítica pela geografia da saúde; segundo, uma conceituação do corpo como uma espacialidade em conflito, para onde converge a violência estrutural em várias escalas; e terceiro, uma proposta metodológica baseada em quatro matrizes territoriais: corpo-útero (espaço político-pessoal), vida quotidiana (reprodução social), instituições (poder normativo) e globalização (políticas transnacionais). A estrutura procura desvendar como a violência contra a mulher é articulada de forma escalar, ligando o pessoal ao sistémico-estrutural. A investigação tem por base três cenários principais: a crítica do olhar androcêntrico da ciência médica, a necessidade de pedagogias feministas e o posicionamento político-académico de abordar estas questões enquanto geógrafa comprometida com estas lutas.

Palavras-chave: escala; corpo; território; saúde e feminismo.

Introducción

Este artículo constituye la tercera entrega de una serie derivada de una investigación en curso que explora las intersecciones entre geografía, salud y feminismos en camino a la construcción de geografías para la salud y los cuidados. Abordar estos temas desde una perspectiva interdisciplinar no es solo un ejercicio académico, sino una necesidad ante realidades que se imponen de manera simultánea y compleja. La investigación surge de la confluencia de tres escenarios clave: primero, reflexionar el cuerpo a través de las violencias relacionadas con la salud sexual y reproductiva, donde emergen interrogantes sobre el control de los cuerpos de las mujeres; segundo, la necesidad de desarrollar pedagogías feministas que visibilicen y promuevan la autonomía de la salud y el autocuidado; y tercero, mi propio posicionamiento como geógrafa y profesora universitaria, desde donde busqué articular estas inquietudes para iniciar un proceso investigativo que diera respuestas a dichas problemáticas.

Este artículo se estructura en tres partes fundamentales. **La primera** explora la relación entre geografía y salud, presentando de manera sintética el desarrollo histórico de esta intersección disciplinar y los hitos clave que configuraron su perspectiva, tanto desde las ciencias de la salud como desde la geografía. Este recorrido nos sitúa en las propuestas contemporáneas de la *Geografía de la salud*, abordadas desde enfoques críticos y emancipadores.

En segundo lugar, se problematiza el cuerpo como espacialidad en conflicto, donde se materializan las violencias y vulneraciones que enfrentan las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Esta conceptualización permite entender el cuerpo no solo como un territorio individual, ni como una escala de jerarquía espacial predefinida, sino como un punto de convergencia de violencias estructurales originadas en otras escalas espaciales que reflejan relaciones de poder, lucha y transformación.

Finalmente, la tercera parte aborda la escala como herramienta metodológica a partir de cuatro matrices de análisis: el **primer territorio** (el cuerpo-útero como espacio personal y político), el **segundo territorio** (la cotidianidad como ámbito de reproducción social), el **tercer territorio** (los espacios institucionales como ejes de poder normativo) y el **cuarto territorio** (el despliegue global como red de políticas y estructuras transnacionales). Este enfoque propone un marco de acción crítico para develar las relaciones multiescalares de las violencias ejercidas sobre los cuerpos de las mujeres, así como su articulación compleja con otras escalas del entramado socioespacial.

1. La geografía y su relación con la salud

La relación entre la geografía y la salud se explora en este apartado a través de la subdisciplina conocida como geografía médica, la cual ha evolucionado hacia lo que hoy se denomina geografía de la salud. Inicialmente, se establecía una conexión fundamental cuando se vinculaba el lugar donde se manifestaba una enfermedad con la manera en que ese espacio influía en su desarrollo. Actualmente se avanza hacia cuestiones más complejas que relacionan dimensiones económicas, sociales y culturales con el desarrollo de las enfermedades. La subdisciplina de la geografía médica que se toma como referencia surge desde las ciencias de la salud para luego evolucionar a perspectivas que emergen de las ciencias humanas y sociales.

Desde el siglo XVIII, se comenzó a plantear el interés por vincular los eventos de enfermedad con los lugares en los que ocurrían, un campo inicialmente conocido como geografía médica (Carter, 2016), en el que destacan figuras como Leonhard Ludwig Finke, considerado uno de los precursores de la geografía médica moderna. Aunque esta disciplina surgió en el ámbito de la medicina, su interés por cómo el entorno influye en la salud humana tiene raíces mucho más profundas, que se remontan a las teorías de Hipócrates, quien ya relacionaba las enfermedades con factores ambientales.

A lo largo del siglo XIX, las teorías miasmáticas sobre el paludismo, la fiebre amarilla y el cólera dominaron, destacando la importancia de la geografía para entender la distribución de las enfermedades (Jori: 2013). A principios del siglo XX, el geógrafo francés Max Sorre, considerado el padre de la geografía médica (Jori: 2013), introdujo conceptos clave que marcaron el rumbo de esta disciplina. Sorre propuso un enfoque ecológico para estudiar la relación entre el entorno natural y los seres vivos, incluidos los humanos, y presentó el concepto de complejos patógenos para describir las interacciones entre estos elementos. Institucionalizó el término geografía médica, para referirse al estudio de las enfermedades vinculadas a determinadas áreas geográficas. Sin embargo, su enfoque fue criticado por omitir otras áreas de la salud pública, como la mortalidad materna e infantil y la prevención de accidentes.

Durante el siglo XX, la geografía médica vivió momentos clave como la publicación de la “tercera edición de *La géographie humaine* (1925) de Jean Brunhes fue el primer texto que reclamó la consideración de la enfermedad como un objeto de estudio preferente de la geografía, sentando las bases de lo que podría ser una geografía médica con posibilidades de contribuir a la mejora del nivel de salud de las poblaciones” (Jori: 2013). Brunhes destacó la importancia de factores como el comercio y las prácticas agrícolas para entender la distribución de enfermedades.

A lo largo del siglo XX, emergieron dos vertientes fundamentales (Carter: 2016): la ecología de las enfermedades infecciosas y la epidemiología espacial, la primera surgió en los años

setenta con los estudios de la geógrafa “Melinda S. Meade donde estudió como la expansión de la frontera agrícola en Malasia provocó cambios ambientales que favorecían el desarrollo de los mosquitos portadores del paludismo” (Carter: 2016; 209). El estudio de Meade mostró que la interacción entre el ser humano y el medio ambiente tiene un impacto directo en la salud pública, y destacó cómo las actividades humanas pueden alterar los ecosistemas y facilitar la propagación de enfermedades infecciosas. Su libro de 1977 “*Medical Geography as Human Ecology: The Dimension of Population Movement*”, se basó en el médico J. Ralph Audy para definir la salud en función de la capacidad del ser humano para adaptarse a su entorno físico y social, lo que llevó a la autora a conceptualizar la enfermedad, no ya como una entidad biológica, sino como una medida de la inadaptabilidad del individuo a la triada formada por la población, el medio y la cultura”. (Jori: 2013).

Por su parte, la epidemiología espacial, desarrollada en la década de 1960 por geógrafos como Gerald Pyle y Peter Haggett, se centró en el análisis de la distribución de enfermedades en el espacio y el tiempo, utilizando métodos geográficos y cartográficos más de carácter cuantitativo para apoyar programas de salud pública, que estando dentro de una perspectiva positivista se centraban en la correlación lugar - ocurrencia.

A finales del siglo XX, se produjo una transformación significativa en la disciplina, que dio paso a la geografía de la salud ya que se amplió su alcance, incorporando nuevos temas y metodologías, y fortaleció sus conexiones con otras disciplinas, este cambio de enfoque permitió contribuciones valiosas como de la llamada geografía del bienestar¹, considerada no como una rama especializada de la geografía sino como un enfoque integrador que busca la transformación social.

Siguiendo este enfoque encontramos a la geógrafa “Sarah E. Curtis sobre sanidad y exclusión social en Europa, en los que la autora identifica los procesos que contribuyen a acentuar las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y señala los principios en que debería basarse un sistema de salud pública socialmente justo”. (Jori: 2013).

En la actualidad, la geografía de la salud sigue evolucionando, integrando también factores culturales, políticos y económicos. Se reconoce la relevancia de los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, el desempleo y las desigualdades de género, que inciden de manera significativa en los niveles de bienestar. En este contexto, el trabajo del médico y profesor Jaime Breilh resulta fundamental para el desarrollo de una perspectiva crítica con un enfoque territorial

¹ Si se busca profundizar en la geografía del bienestar, buscar: SMITH, David M. *Moral Geographies. Ethics in a World of Difference*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2000.

que explica las desigualdades en salud, un acercamiento a la comprensión de la escala, al tiempo que problematiza el espacio social como un escenario de disputas y conflictividad.

El abordaje de Jaime Breilh (2010a; 2010b; 2013) se inserta dentro del enfoque de la salud colectiva y los determinantes sociales de la salud. Según Breilh, la salud no debe entenderse simplemente como la ausencia de enfermedad, sino como un proceso dinámico que está profundamente influenciado por las condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales en las que las personas viven, afirmaciones cercanas a las propuestas por Meade (2016).

Otra autora fundamental en la evolución de la geografía de la salud es la geógrafa cubana Luisa Iñíguez (1996; 2008), cuyo trabajo se ha preguntado en cómo las desigualdades sociales como, la pobreza, el acceso desigual a servicios de salud, las condiciones de vivienda influyen en la distribución de enfermedades en diferentes territorios, demostrando cómo las condiciones socioeconómicas y políticas son determinantes clave de las disparidades en la salud entre diferentes grupos sociales.

Su enfoque se ha alineado con una visión crítica de la geografía de la salud, que no solo busca explicar la distribución espacial de las enfermedades, sino que también examina los factores estructurales que perpetúan las inequidades en salud. De esta manera, propone un enfoque de la geografía de la salud que se aleja de modelos deterministas y biomédicos, y abraza un enfoque más integral e interdisciplinario que incluye aspectos sociológicos, políticos y económicos. Promoviendo enfoques participativos en la investigación, involucrando a las comunidades en la identificación de los problemas de salud y las posibles soluciones². De manera particular este enfoque busca construir y fomentar ideas de autogestión, autonomía y exigibilidad de derechos como apuesta integral de las poblaciones afectadas por las desigualdades en salud, que a fin de cuentas son la evidencia de desigualdades estructurales.

De manera general este breve recorrido por la relación de la geografía con la salud nos entrega una mirada al desarrollo tanto de la subdisciplina de la geografía de la salud como de los abordajes desde las ciencias de la salud que incorporan la mirada geográfica, identificando particularmente la integración de categorías espaciales como territorio, paisaje y espacio geográfico, sin embargo el cuerpo como categoría de análisis y como espacialidad en conflicto, no se ve incorporado en estas propuesta, aunque este inmerso en las demás escalas de análisis. Por lo que se propone a continuación incorporar una metodología de mirada escalar a la problematización del cuerpo como espacialidad en conflicto. Así, poder explicar que la particularidad del cuerpo de las

²Perspectiva cercana a la geografía del bienestar.

mujeres en relación con su salud sexual y reproductiva ha sido el origen de las múltiples violencias vividas en nuestros cuerpos que son a fin de cuentas la expresión de una relación multiescalar que sitúa al cuerpo como escenario que materializa los problemas de desigualdad estructural.

2. Problematicar el cuerpo de las mujeres desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva

La problematización del cuerpo como espacialidad en conflicto que aquí se propone parte desde la perspectiva del abordaje de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, relacionándola con las violencias que se ejercen en sus cuerpos. Afirmando que estas violencias son la manifestación de una violencia estructural que en nuestro caso sitúa al cuerpo de la mujer como escenario de disputa. No es una cuestión individual o casos aislados, es una generalidad que responde a formas patriarcales, misóginas, sexistas y hegemónicas que han situado la salud sexual de las mujeres sólo en el ámbito de lo reproductivo.

Para acotar la investigación se parte de la ciclicidad³ femenina, para reflexionar sobre algunos problemas e implicaciones de la objetivación de los cuerpos de las mujeres en la ciencia, así como las consecuencias de esta visión medicalizada y patologizante de la salud sexual y reproductiva para las mujeres en sus vidas. El cuerpo desde esta perspectiva se convierte en escala y espacialidad en conflicto, porque encarna enfermedades multidimensionales que incluyen aspectos físicos, emocionales y espirituales; formas de explotación laboral, doméstica y sexual; subordinación; violencias físicas, psicológicas y emocionales, que son a fin de cuentas la manifestación corporal de violencias y conflictos que se desarrollan a otras escalas espaciales, consecuencia de un sistema económico deshumanizado que se centra en la acumulación, a través del extractivismo, el libre

³El proceso cíclico femenino al que se hace referencia está relacionado con lo que se define como el ciclo sexual y/o menstrual – reproductivo de los cuerpos de las mujeres (cuerpos con útero), es definido como una serie de cambios hormonales y anatómicos que se dan de forma regular en el sistema reproductor femenino, sobre todo en los ovarios y el útero, definiendo así mismo las etapas de vida de la mujer. Estos cambios han sido el tema movilizador del trabajo realizado desde la Colectiva Bxisqua: Espiral de Lunas con las pedagogías cíclicas, que explican la naturaleza cambiante de las mujeres y su sincronía con los ciclos de la naturaleza, especialmente con el ciclo lunar de 28 días, el cual pasa por cuatro fases lunares, al igual que el ciclo sexual femenino “regular” dura 28 días y tiene cuatro fases también. (Ver anexo 1). El tiempo cíclico de la naturaleza se expresa por doquier, en el ciclo de la semilla, del agua, la luna, contrario a la imposición del tiempo instrumental artificial de producción exponencial del sistema económico capitalista.

mercado y la reducción progresiva de los derechos humanos y la democracia a nivel global. Consecuencias de una sociedad con valores androcéntricos, que privilegian la noción de sujeto masculino, y antropocéntricos, que subordinan lo humano a lo económico. Este sistema perpetúa un ciclo de explotación de cuerpos y territorios en todo el planeta, como lo ha señalado el ecofeminismo, donde se desarrolla la consideración que la dominación y explotación de las mujeres y la explotación de la naturaleza tienen un origen común, el paradigma de desarrollo que se basa en la acumulación (Shiva, 2013: 2003).

En particular, los cuerpos feminizados se inscriben en un mercado de la belleza corporal, asociado a cada etapa de su ciclo vital⁴, este mercado da lugar a políticas corporales como la higiene menstrual, el control del proceso de gestación y parto, la terapia de reemplazo hormonal y la planificación "familiar". Casilda Rodríguez (2007) desarrolla magistralmente cómo las formas de dominación patriarcal comienzan con la dominación de los cuerpos, mostrando cómo estas prácticas se vinculan estrechamente con la explotación y control social de los cuerpos femeninos.

Se propone, entonces, continuar explorando estos caminos y seguir abriendo la grieta para desarrollar un cuestionamiento fundamentado de que la visión biomédica, centrada en la lógica instrumental y técnica, sigue definiendo el proceso cíclico femenino desde la patologización siendo esta un mecanismo de control de nuestros cuerpos. Este proceso de búsqueda pasa por develar la relación directa entre las formas de explotación y violencia derivadas del sistema económico capitalista y las formas históricas de explotación de los cuerpos femeninos, tal como lo afirma Silvia Federici (2013a).

Sin embargo, la entrada a esta problematización es el abordaje de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la evidencia de que el cuerpo, como espacialidad, es el lugar donde recaen todas las consecuencias derivadas de la perspectiva patriarcal y mercantilista de la salud. Este enfoque posibilita seguir centrando la salud de las mujeres en los procesos reproductivos, mientras se presta escasa atención en la investigación científica sobre enfermedades de prevalencia femenina y otras que son contempladas sólo en hombres como los problemas cardíacos, lo que ha dado lugar a enfermedades prevenibles y muertes innecesarias.

Por todo lo anterior, no sólo se busca reflexionar desde la geografía sino construir puentes inter y transdisciplinarios de colaboración con otras miradas desde las ciencias de la salud y las ciencias sociales y humanas. El objetivo es entender que la salud no es solo un asunto médico o

⁴El ciclo vital hace referencia a las diferentes etapas de vida de la mujer: infancia, adolescencia, edad fértil y menopausia.

propio de las ciencias de la salud, sino que es, en última instancia, un tema social, político y geográfico.

2.1 La escala como método y mirada problematizadora

En este apartado abordaremos en primer lugar la producción de la escala, para explicar el por qué esta mirada es fundamental para comprender el entramado multidimensional y multiescalar que devela la patologización de los procesos cíclicos femeninos. Para ello se construyeron unas matrices explicativas, que lejos de ser solo una forma de clasificación de territorios y escalas de manifestación de violencias, es una metodología en construcción que busca ser retroalimentada incluyendo análisis que contemplen la relación salud – enfermedad en su conjunto y que no sólo incluyan los cuerpos de las mujeres.

Para la geografía crítica, la escala es fundamental para entender la diferenciación espacial de la producción del espacio (Lefebvre: 2013), justamente porque la escala permite explicar el desarrollo geográfico desigual (Harvey: 2000; 2010; 2018; Smith: 2015) teoría mediante la cual se explica cómo el poder toma forma en los espacios y los diferencia, tal como lo explicó el geógrafo Neil Smith (2002) argumentando que la escala no es algo predefinido o natural, sino un constructo social y político que surge de luchas políticas, aportando a un análisis sobre cómo las escalas de poder son creadas y determinadas políticamente.

Sin embargo, nuestra relación con la escala no es tan elaborada, comienza por el mapa, aquel instrumento que nace desde la producción técnica y objetiva, muy cuestionado por perspectivas alejadas del positivismo científico, como la cartografía crítica desarrollada por Bryan Harley (2005). El mapa más allá de ser un instrumento neutral, representa un discurso iconográfico muy poderoso, por lo tanto, aunque determine una escala matemática, hay mucho más que explorar de su representación. Este tipo de escala muestra que una medida en el mapa representa una porción de la tierra en la realidad, así los mapas están diseñados a diversas escalas que representan barrios, comunas, ciudades, países, continentes, dependiendo el objetivo de su elaboración.

Ahora bien, los procesos detrás de la producción de la escala, como ya lo mencionamos anteriormente, fueron ampliamente desarrollados por el geógrafo crítico Neil Smith, el cual insistió que la geografía debería poner mayor atención a reflexionar el tema de la escala como una producción social y afirmaba que: “las diferentes sociedades no sólo producen el espacio, como Lefebvre nos ha enseñado, ellas también producen la escala, la producción de la escala puede ser la diferenciación más elemental del espacio geográfico y es en toda su extensión un proceso social. No

hay nada ontológicamente dado sobre la división tradicional entre hogar y localidad, escala urbana y regional, nacional y global. La diferenciación de las escalas geográficas establece y se establece a través de la estructura geográfica de interacciones sociales. (Smith: 2002., p. 141). En este sentido la escala es un proceso derivado de acuerdos en el espacio que están mediados por el poder, lo que nos lleva a adoptar la escala más allá de la referencia matemática y la situamos como *Escala Social*, qué si bien es un proceso de marcar límites y/o bordes, no necesariamente tiene el propósito de delimitar el espacio social para luego reducir el problema analizado. Por el contrario, parte del problema social mismo, entendiendo que su dinámica revela las múltiples escalas y dimensiones involucradas (Ver imagen 1: La Escala), en una constante dialéctica.



Figura 1: La escala y su explicación gráfica. Elaboración propia.

De este modo, integrar la escala a la problematización del cuerpo implica pensarlo y reflexionarlo como una escala social de tensiones entre lo personal y lo político, entre la escala más detallada y la global, en un dialogo interescalar, que permita comprender los entramados de violencia que se traducen en formas de explotación, violación y subordinación que sustentan el sistema económico capitalista, particularmente en lo que se refiere a los cuerpos de las mujeres. Siguiendo estos argumentos, lo que se propone es entender la escala del cuerpo como un punto de partida o de llegada, tal sea el caso, en la producción de escalas de poder, y reconocer que no está aislada, sino que forma parte de esa misma producción espacial.

En este caso particular la producción del espacio se refiere a la producción del cuerpo como espacialidad en conflicto, donde la patologización de los ciclos femeninos funciona como mecanismo de control, para intervenir cada etapa del ciclo vital, así mismo también esta producción de espacio se evidencia en la producción de cuerpos enfermos en contextos igualmente afectados como ya lo hemos mencionado anteriormente, por ejemplo, en la relación extractivismo – enfermedad, pero que no va a ser desarrollado en este artículo.

El abordaje escalar en estudios desde las ciencias de la salud se puede desentrañar en la propuesta de Breilh (2010b) pero con el uso de otras categorías por cuando hace referencia a los procesos de determinación social de la salud: general, particular y singular para comprender el entramado de relaciones que impactan la salud de las personas. Tomando estas categorías articularemos su relación escalar, las cuales se incluirán en las matrices de relación multiescalar del próximo apartado. Primero, la *dimensión general*, que se interpreta como una escala global, que incluye el sistema de acumulación, las relaciones políticas y las relaciones con la naturaleza. En segundo lugar, la *dimensión particular*, que se interpreta como una meso escala, puede ser regional - nacional, allí se encuentran los modos de vida de las personas en su conjunto, incluyendo las relaciones de clase, género, edad y etnia. Y por último una *dimensión singular*, que se interpreta como la escala individual donde se puede situar al cuerpo, allí se encuentran los estilos de vida, relacionada con los hábitos, comportamientos, actitudes y entornos que afectan o no la salud de las personas.

Estos aportes permiten incluso poner en diálogo escalas más detalladas como la escala útero⁵, la cual facilitará una comprensión más amplia de las formas sutiles en las que la violencia patriarcal y capitalista se materializa en el cuerpo, manifestándose en niveles más específicos. Esta perspectiva de detalle en la producción de escala permite avanzar progresivamente para desentrañar cómo la patologización de los ciclos femeninos funciona como mecanismo de control y se convierte en una vía crucial para comprender las complejas violencias ejercidas sobre los cuerpos de las mujeres.

La patologización hace referencia a relacionar un proceso fisiológico con una enfermedad. La reproducción humana es un proceso fisiológico, entre muchos otros como respirar, nos interesa insistir en este aspecto porque particularmente en los procesos que tienen que ver con la ciclicidad femenina hay una tendencia a la patologización que lleva al control. La filósofa feminista Flor Emilce Cely (2022: 38, 39) afirma que:

⁵“Poéticas y políticas del cuidado”. Pistas para sentirpensar modos de re-existencia en un mundo de crisis. 16 y 17 de enero de 2024. Espacio de conversa alrededor del cuidado, allí se desarrolló la propuesta de una mirada escalar de reflexión que disloqué las inequidades en la producción espacial: la escala cuerpo y la escala útero

“Los cuerpos de las mujeres fueron estudiados con base en el modelo de los cuerpos masculinos. Y el campo de conocimiento de la sexualidad de las mujeres fue particularmente perjudicado por un modelo androcéntrico de explicación, que fue defendido y justificado por los médicos occidentales, al menos desde el siglo XVI. Este campo de conocimiento comenzó con la interpretación de los trabajos de Aristóteles y Galeno llevados a cabo durante la edad media. Esta línea se continuo durante buena parte de la edad moderna -donde se lo empezó a cuestionar-, así como durante los siglos XIX y buena parte del siglo XX y no termina de tener efectos hoy en día”.

Lo anterior explica que la construcción histórica del cuerpo enfermo de las mujeres deviene de una estructura social androcéntrica, la cual ha sido cuestionada apenas el siglo pasado, donde se normalizada y aceptada socialmente la enfermedad cómo estado natural. Esta interpretación se convirtió en arquetipo y así se ha instalado profundamente en la cultura lo que ha facilitado a su vez el control y la dominación de los cuerpos de las mujeres (Rodrigañez, 2007; 2010a; 2010b). En este contexto, el dolor juega un papel central en los mecanismos de dominación sobre los cuerpos femeninos. El dolor se normaliza y se acepta, lo que genera un mandato: el cuerpo está enfermo, debe ser tratado médicamente y el dolor forma parte inherente de este proceso.

A lo largo de la historia, ha sido común denominar enfermedad a procesos fisiológicos desconocidos de los cuerpos de las mujeres. Estos procesos cíclicos incluyen la menarquía, que marca el inicio de la edad fértil, el embarazo y la gestación, el parto y la menopausia. Casilda Rodrigañez (2010a) nos muestra cómo la construcción de estas representaciones sobre la mujer contribuye a forjar una "verdad" acerca de la mujer como enferma, naturalizando y patologizando procesos que, en realidad, forman parte del ciclo vital femenino y manifiesta: “¿Cómo pueden cambiar las cosas, según los ojos con los que se miren, ¿Cómo pueden influir los prejuicios, las ideas preconcebidas para transformar la percepción de las cosas, ¿Qué horror la campaña de deificación de la imagen de la mujer que puede seguir cegando y haciendo invisible la evidencia de sus cuerpos ¡”.

Esta ceguera que menciona Rodrigañez se refiere a una forma de comprensión que revela cómo el arquetipo de la mujer enferma nació de prejuicios y preconcepciones propias de una cultura profundamente patriarcal y androcéntrica. Este arquetipo ha tenido, y sigue teniendo, implicaciones no solo en la salud física y mental de las mujeres, sino también en todo su desarrollo como seres sociales y políticos. En este sentido, la falta de una perspectiva de género, feminista y situada en el abordaje de la salud sexual y reproductiva ha conducido a la dominación y al control sobre los cuerpos de las

mujeres, lo que se traduce en diversas formas de violencia, especialmente a través de la medicalización excesiva y la intervención en cada una de las etapas de sus ciclos vitales.

3. Matrices de relación multiescalar: una mirada a los mecanismos de control del cuerpo de las mujeres

A continuación, se presentan cuatro matrices donde se relacionan las diversas escalas de producción de violencias en los cuerpos patologizados de las mujeres. Aquí es importante hacer dos claridades, que este ejercicio esquemático es apenas una aproximación que debe seguirse nutriendo conforme avance esta investigación y segundo que surge a partir de la necesidad de exponer las ideas en escenarios académicos en el marco de ponencias y conferencias⁶, por eso se tomó como esquema la matriz, no tiene el carácter de reducir lo que ya se ha venido reflexionando, sino más bien de aportar a la comprensión.

Las matrices están compuestas por tres columnas, la primera de ellas incluye la espacialidad, es decir, los escenarios de manifestación espacial definidos como escala territorial, que comienzan con el primer territorio que es la escala del cuerpo - útero, continúa el segundo territorio que es la escala del espacio cotidiano, sigue el tercer territorio que es la escala del espacio institucionalizado, y por último el cuarto territorio que es la escala del despliegue global. La segunda columna hace referencia a los procesos asociados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en esas distintas escalas y la tercera columna enlista los problemas identificados que se manifiestan en violencias y enfermedades.

3.1. La escala cuerpo - útero como primer territorio

Este es el **primer territorio**, la escala donde se materializan las enfermedades que devienen de la intervención de los procesos cíclicos femeninos y las políticas de salud sexual y reproductiva. Se relacionan algunos temas de salud reproductiva y las consecuencias de la patologización de los ciclos. Pero principalmente para desarrollar esta idea, tomaremos un ejemplo ampliamente conocido: el mercado de la "higiene femenina", centrado principalmente en el ciclo vital de la menarquía y asociado a nuestra etapa fértil.

Este es un mercado, además, altamente lucrativo. El uso de toallas higiénicas y tampones ha sido vinculado con diversas afecciones, como alergias, infecciones bacterianas, erupciones e irritaciones, infecciones urinarias, hongos, síndrome de shock tóxico (SST), cólicos intensos,

⁶Revisar en la bibliografía de referencia, ponencia en eventos académicos.

endometriosis, cáncer, alteraciones hormonales e infertilidad, entre otras enfermedades prevalentes en las mujeres. Estas condiciones están asociadas a los materiales tóxicos utilizados en la fabricación de estos productos, muchos de los cuales provienen del petróleo, pueden contener alcohol, ácidos y otros compuestos químicos. Aunque los fabricantes se niegan a revelar los ingredientes de estos productos, al considerarlos "dispositivos médicos", en la última década se ha logrado establecer una relación entre el uso de estos productos y diversas enfermedades que afectan los cuerpos de las mujeres.

En un comunicado emitido por la Colektiva Bxisqua en 2018, con motivo del Día Internacional de la No Violencia contra las Mujeres, quisimos posicionarnos frente a una decisión de la Corte Constitucional Colombiana, que había abierto un debate sobre la posibilidad de gravar con IVA los dispositivos desechables como las toallas higiénicas y los tampones. Varias mujeres argumentaban que estos productos no deberían ser sujetos a impuestos, dado que son elementos esenciales para las mujeres y que un gravamen adicional afectaría aún más su economía, lo que es cierto en términos económicos. Sin embargo, nuestro planteamiento fue más allá en términos de la salud de las mujeres, argumentando que, de no gravarse estos productos, se estaría fomentando su venta y alimentando un mercado de la higiene femenina que, en última instancia, contribuye a enfermar a las mujeres. Para ese momento, presentábamos las siguientes cifras en nuestro comunicado:

“El número de toallas que usan 13.339.328 de mujeres en edad fértil (en promedio 40 años) en Colombia (año 2018) es de 2.241.007.104 en un año (no sabemos cuántas mujeres usamos la copa menstrual y toallas femeninas ecológicas de tela y multiplicamos por 168 toallas al año por cada mujer en promedio). Si multiplicamos 13.339.328 de mujeres colombianas por 6.720 toallas higiénicas (promedio de toallas usadas por una sola mujer en su vida), el impacto que esto produce en el país y en la madre tierra si una toalla higiénica o un tampón tarda entre 300 y 500 años para biodegradarse, es altísimo.

Ahora valoremos costos: si usamos 5.6 paquetes de toallas higiénicas (\$12.750 cada uno en septiembre de 2018) en un año, el resultado es \$71.400 y en 40 años de \$2.856.000, sin contar el valor de todos los demás productos que usamos diariamente: protectores, jabones o champuses íntimos, cremas, pañitos húmedos, pastillas para “lidar” con el inventado “síndrome premenstrual”, entre otros. Sabemos es que una copa menstrual puede costar entre \$60.000 y \$100.000 y su vida útil se encuentra entre siete y diez años y un paquete de tres toallas de tela oscila entre \$20.000 y \$45.000, son reutilizables y libres de químicos nocivos para los cuerpos de las mujeres. Este tipo de alternativas no son funcionales para el mercado,

de ahí que no se promuevan en el país. El hecho de que las toallas desechables y tampones no tengan ningún gravamen seguirá estimulando su uso, aunque los efectos negativos para los cuerpos de las mujeres y la tierra persistan, siendo evitables e intolerables. ¡Incluso, la Defensoría del Pueblo exigió que dejará exentos del IVA a todos los impuestos de la “higiene” menstrual, incluyendo los protectores diarios”!

El caso previamente expuesto ejemplifica las formas no tan sutiles en que la construcción arquetípica del cuerpo enfermo de la mujer facilita un mercado que se beneficia de nuestros ciclos. Este mercado ejerce violencia y dominación a través de estrategias de marketing que nos persuaden sobre cómo somos y cómo debemos comportarnos frente a nuestro ciclo menstrual, presentándonos como cuerpos que necesitan ser "limpiados" y asistidos con productos desechables. Estos productos, que se ofrecen en un mercado ampliamente diversificado, se caracterizan por colores y aromas sintéticos, promoviendo una necesidad artificial.

Tabla 1. La escala cuerpo - útero como primer territorio. Elaboración propia.

Espacialidad	Procesos asociados	Problemas identificados
Cuerpo como primer territorio Útero – matriz: territorio donde se evidencian los procesos cíclicos femeninos. Dimensión singular	Salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none">• La larga lucha por denunciar los distintos tipos de violencia, por ejemplo: la VGO.• La exigencia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, por ejemplo, el derecho a un parto en paz.• Derecho a la interrupción legal del embarazo.
	Planificación y métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none">• Consecuencias en la salud de las mujeres del uso de métodos anticonceptivos.• Visión de la planificación familiar centrada en las mujeres.

	Menarquía, fertilidad - gestación, parto, aborto y menopausia	<ul style="list-style-type: none">• La patologización de procesos fisiológicos de las mujeres (ciclos y etapas de vida).
--	---	--

3.2. La escala del espacio cotidiano

El **segundo territorio** es aquel donde se desarrollan las relaciones cotidianas, que pueden incluir la casa, la calle y el trabajo de acuerdo a las particularidades del que hacer de las mujeres. Nos centramos en las interacciones de lo cotidiano, y aquí se toma de ejemplo las labores de cuidado.

Este es un tema fascinante y que ha tomado mucha fuerza en la academia y fue central en el Congreso CLACSO del año 2022 realizado en Ciudad de México, las miradas latinoamericanas del cuidado se han centrado en perspectivas analíticas de la economía feminista y las economías del cuidado, la sociología con temas de bienestar y desde el derecho, el cuidado como un derecho, la institucionalidad del cuidado⁷ y desde la antropología y la psicología social como la ética del cuidado. Particularmente se consideran ausentes otras perspectivas que incluyan miradas desde la geografía, como la que propone Tianif Rico (2020) cuando explica que “el cuidado puede ser entendido como una relación territorial| e intersubjetiva que agencia múltiples órdenes territoriales y que permite una mirada crítica a las formas en que se gestiona el espacio”, miradas necesarias que aportan a la construcción de esta propuesta desde las geografías para la salud y los cuidados, que ingresa como concepto que expresa una relación social que produce espacios de reproducción de la vida (Barragán: 2022), o como lo expresa Federici (2013b) es poner en el centro de la discusión política la defensa de la vida y el aseguramiento colectivo de la reproducción social de la misma.

Pero justo es lo contrario, porque las labores de cuidado o las interacciones que producen espacios del cuidado son principalmente un trabajo realizado por las mujeres o personas feminizadas en los espacios privados - íntimos, por lo demás espacios subordinados por lo tanto no reconocidos como trabajo, de su contrario el espacio público - colectivo del trabajo asalariado de los hombres. Para Soto (2022): Existe una perspectiva urbana del cuidado, citando a Comas (2017), el cuidado “consiste en la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida, la salud y el bienestar de las personas.

⁷Revisar las manzanas del cuidado de la Secretaría de la Mujer, Alcaldía Mayor de Bogotá.

Es esencial para la existencia de la vida y su sostenibilidad”. Soto afirma entonces que estos espacios no son ni deben ser marginales. Sin embargo, estos espacios siguen siendo marginados aun cuando en ellos se sostenga la vida misma, como lo explica Silvia Federici (2013b) "Ese lugar es aquel donde se lleva a cabo la reproducción social de la vida en su conjunto: los múltiples espacios donde se producen y reproducen los alimentos, donde se cuida, se capta y se usa el agua, donde se genera y se gestiona la vida cotidiana, se crían a las nuevas generaciones y se dota de sentido a la existencia" (Federici; 2013b, p. 12).

Ahora bien, desde los aportes de la economía feminista propuesta por Marçal (2016) cuestionando la manera en que se excluye el peso que tienen las labores de cuidado en el ciclo económico “La economía se centra en el interés propio y excluye cualquier otra motivación. Ignora el trabajo no pago de criar, cuidar, limpiar y cocinar. E insiste en qué si a las mujeres se les paga menos, es porque su trabajo vale menos ¿por qué si no? La economía nos ha contado la historia sobre cómo funciona el mundo y nos la hemos creído hasta el final. Pero ha llegado el tiempo de cambiar esa historia (Marçal; 2016., p.2).

Esta escala de lo cotidiano está inmersa en la escala de ciudad, y así también la escala del cuerpo, en una constante interacción multiescalar donde se da la realidad de manera simultánea, por lo tanto, aunque el espacio cotidiano se inscriba en la definición de un segundo territorio no deja de inscribirse en las demás escalas.

Tabla 2. La escala del espacio cotidiano. Elaboración propia.

Mirada escalar	Procesos asociados	Problemas
<p>Espacio de lo cotidiano como segundo territorio: hace referencia al espacio privado o espacio de la vida cotidiana:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se inscriben los cuerpos en territorios de la cotidianidad y de las labores de cuidado en general. <p>Dimensión singular y particular</p>	<p>La feminización de las labores de cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidado de personas mayores o en condiciones de discapacidad Labores de crianza en general Preparación de alimentos Dobles jornadas entre lo laboral afuera y lo cotidiano adentro 	<p>Agotamiento físico, mental y emocional por exceso de labores de cuidado.</p> <p>Todas las enfermedades que se deriven de esto.</p>

3.3. La escala del despliegue de espacios institucionales

El **tercer territorio** es aquel donde se desarrollan las relaciones con la institucionalidad, hace parte de la infraestructura institucional ya sea del sistema de salud o del despliegue de otras instituciones

relacionadas con el cuidado de las personas, se refiera a ancianatos, jardines de infantes, colegios, hospitales psiquiátricos, etc. Para esta escala se abordan los espacios institucionales relacionados con la infraestructura del sistema de salud que atiende los temas asociados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Y desde allí evidenciar otra forma de violencia que encarna el cuerpo de las mujeres definida como violencia gineco – obstétrica (VGO). Una forma de violencia basada en género que hasta hace poco más de una década fue tipificada como tal, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su declaración de 2014, subraya que: “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo y el parto, así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”, estas acciones son clave para prevenir este tipo de violencia, que no se limita únicamente al momento del parto.

Inicialmente, la violencia gineco-obstétrica (VGO) se asociaba principalmente a los espacios de consulta médica relacionados con la salud sexual y reproductiva, especialmente durante procesos como la gestación y, de manera más intensificada, en el parto, donde las mujeres eran vulneradas por los profesionales de la salud. Aunque este tipo de violencia no estaba formalmente tipificada como VGO, ya era ampliamente reconocida por las mujeres. Desde pequeñas, nuestras madres nos hablaban de estas experiencias, de lo incómodo que resultaba acudir a consultas médicas por temas relacionados con el ciclo menstrual, como los exámenes de citología, que hace menos de una década eran realizados principalmente por médicos hombres y que, afortunadamente, hoy son llevados a cabo en su mayoría por enfermeras mujeres.

Al escuchar las historias de vida de mujeres cercanas, ya fuera a través de relatos o conversaciones, surgía un patrón común: el parto era descrito como una experiencia marcada por el dolor y la vulneración. Sin embargo, esta vivencia se normalizaba, simplemente porque la mayoría de las mujeres la habían experimentado de esa manera. Esto nos llevaba a preguntarnos: *¿por qué tenía que ser así?, ¿es realmente un mandato vivir violencia durante el parto o al acudir a una consulta médica?, ¿por qué la incomodidad de un examen de citología realizado por un hombre?, ¿por qué el momento de dar a luz debe ser un escenario de violencia y dolor?* Estas preguntas, aunque incómodas, son necesarias para cuestionar y transformar las prácticas que perpetúan la violencia en los espacios de atención médica.

Es así como la violencia en los espacios de atención en salud sexual y reproductiva —hospitales, centros de salud, salas de parto y consultorios— se ha normalizado bajo la apariencia de "protocolos médicos", perpetuando prácticas que reproducen la violencia de género. Recopilar estas historias y testimonios ha sido un esfuerzo colectivo impulsado por diversas organizaciones de

mujeres y parteras⁸ en Colombia⁹, quienes han trabajado incansablemente para visibilizar y cuestionar estas dinámicas. Aunque esta violencia se ejerce directamente sobre los cuerpos, la situamos en el **tercer territorio**: aquel de los espacios institucionalizados, pues es desde allí donde se legitima y reproduce. Este enfoque nos permite no solo denunciar, sino también transformar las estructuras que sostienen estas prácticas, avanzando hacia una atención en salud verdaderamente respetuosa y libre de violencia.

Tabla 3. La escala de los espacios de despliegue institucional. Elaboración propia.

Espacialidad	Procesos asociados	Problemas identificados
Espacios institucionalizados como tercer territorio Espacios públicos e institucionales donde se inscriben los cuerpos para ser tratados ya sea por enfermedad o por la patologización del ciclo vital de las mujeres. Hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios, salas de parto o lugares de parto, etc. Dimensión general	Toda la atención del sistema de salud tanto público como privado y su despliegue en los territorios. <ul style="list-style-type: none">• La atención de los partos• La atención en planificación “familiar.• La atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres	Violencias basadas en genero (VBG) como la violencia ginecobstetrica (VGO), tipificada hace menos de una década y que hace parte de la práctica de los profesionales de salud. Violencias normalizadas dentro del sistema de salud asociada a procesos de planificación familiar, interrupción legal del embarazo, ginecología general, gestación y parto.

3.4. La escala del despliegue global

El **cuarto territorio** es aquel de alcance global, donde se han materializado las visiones patriarcales, androcéntricas y biomédicas sobre los cuerpos de las mujeres. A través de políticas, discursos y medios de comunicación, se han construido narrativas basadas en estereotipos de género que, entre otras cosas, han dado lugar a un mercado de la belleza que sexualiza y objetiviza a las mujeres, reproduciendo un sinnúmero de violencias que terminan siendo encarnadas en sus cuerpos. Además, en este territorio se ha generalizado la idea de que el acceso a la atención en salud es un privilegio y no un derecho, consolidando un modelo global de salud mercantilizado y privatizado.

⁸El 12 de junio de 2023 La ‘Partería: conocimientos, habilidades y prácticas’ fue declarada patrimonio cultural inmaterial de la humanidad por parte de la Unesco. Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia.

⁹Fundación Mujeres Bachué; Colectiva Huitaca observatorio de VGO; Movimiento Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en Colombia, entre otros.

Este sistema, impulsado por grandes corporaciones que trascienden las barreras de los Estados, prioriza el lucro sobre el bienestar, profundizando las desigualdades y limitando el acceso a una atención digna y universal.

En esta escala, la falta de investigación sobre enfermedades que afectan predominantemente a las mujeres, como la endometriosis¹⁰, se convierte en una forma más de perpetuar las violencias contra sus cuerpos. La endometriosis, una condición que ha ganado visibilidad en la última década gracias a las luchas feministas, se caracteriza por el crecimiento de un tejido similar al endometrio fuera del útero, afectando órganos como los ovarios, las trompas de Falopio e incluso otros tejidos adyacentes, lo que provoca un dolor intenso y, en muchos casos, incapacitante. A pesar de su impacto en la calidad de vida de millones de mujeres, la causa exacta de esta enfermedad aún no se comprende del todo y no existe una cura definitiva. Los tratamientos disponibles se limitan a controlar algunos de sus síntomas, y en casos extremos, la única opción que se ofrece es la histerectomía, una intervención quirúrgica que implica la extirpación del útero. Esta falta de avances médicos y de opciones terapéuticas menos invasivas refleja una clara desatención hacia las necesidades específicas de salud de las mujeres, perpetuando un sistema que invisibiliza y subestima sus padecimientos. Según las cifras de la Organización Mundial de la Salud (2023) “La endometriosis afecta aproximadamente a 190 millones de mujeres y niñas en edad reproductiva en todo el mundo, es decir, a cerca del 10 % de este grupo poblacional”. Esta cifra no es insignificante como para no estar vinculada a procesos rigurosos y prioritarios de investigación científica.

Lo anterior nos lleva a afirmar que ha prevalecido una mirada prejuiciosa sobre las diferencias entre los cuerpos y la sexualidad masculina y femenina, donde los cuerpos de las mujeres han sido históricamente percibidos como imperfectos e inferiores. Esta visión no solo ha limitado el interés por estudiar estas diferencias de manera objetiva, sino que también ha contribuido a relegar la investigación sobre las causas de enfermedades como la endometriosis, entre otras. Como bien señala Cely, (2022), “la fundamentación científica de las diferencias de género prejuiciosas tuvo consecuencias para el desarrollo de la investigación científica misma y, además, incidió en la exclusión de las mujeres de la ciencia, acarreando perjuicios en la manera de vivenciar sus cuerpos y afectando su vida entera” (Ibid., p. 48). Esta negligencia científica refleja una profunda desigualdad en la atención y comprensión de las condiciones de salud que afectan específicamente a las mujeres.

¹⁰Aunque su prevalencia exacta no está bien definida, se considera que puede manifestarse hasta en un 10% de la población general, un 30% de las mujeres con esterilidad y un 50% de las pacientes en las que coexiste esterilidad y dolor pélvico crónico. Tomado del Blog de ASOCOEN.

En Colombia, organizaciones como ASOCOEN¹¹ (Asociación Colombiana de Endometriosis) ha logrado visibilizar esta enfermedad y otras de prevalencia femenina, enfocándose en la prevención, un ejemplo de cómo las mujeres se organizan para darle voz a sus cuerpos y a las enfermedades que los afectan.

Los aportes de la epistemología y la filosofía feminista a la problematización del cuerpo como una espacialidad en conflicto no solo nos permiten identificar, denunciar y contribuir a erradicar los sesgos androcéntricos y sexistas en la ciencia, sino que también revelan cómo “la exclusión de las mujeres de la ciencia ocurre en diversos niveles. Uno de ellos es la exclusión de las mujeres como objeto de conocimiento, es decir, como posibles sujetos de investigación en diversas áreas científicas, ignorando las particularidades del cuerpo y la sexualidad femenina, tanto en su organización como en su experiencia, o reduciéndolas a sus órganos reproductivos” (Cely, 2022, p. 32).

En este sentido, encontramos una sincronía con los postulados presentados por Gervas y Pérez (2016) en su libro *El Encarnizamiento Médico con las Mujeres*, donde cuestionan un saber médico que se presenta como neutral y objetivo, pero que, en realidad, está basado en procesos de salud y enfermedad descontextualizados y homogeneizantes. Los autores critican la pretensión de la ciencia médica de ser imparcial, y abogan por un retorno a los aportes de la filosofía de la ciencia. Afirman que “el verdadero científico sabe que solo puede establecer paradigmas desde una cultura y concepciones filosóficas determinadas” (Gervas y Pérez Fernández, 2016, p. 23), proponiendo una visión situada de la relación salud-enfermedad, es decir, que esta debe ser interpretada dentro de un contexto particular, es decir una perspectiva de la salud que sea colectiva, comunitaria y emancipatoria.

Tabla 4. La escala del despliegue global. Elaboración propia.

Espacialidad	Procesos asociados	Problemáticas identificadas
--------------	--------------------	-----------------------------

¹¹ASOCOEN -Asociación Colombiana de Endometriosis e Infertilidad- fundada en 2011 por iniciativa de Luz Marina Araque. Asocoen es una entidad sin ánimo de lucro, son un grupo de pacientes que trabajamos en Educar, Informar, Generar Conciencia y Sensibilizar sobre los padecimientos que afectan la salud femenina, promoviendo a su vez políticas para el diagnóstico temprano. Para más información revisar su blog: <https://endometriosiscolombia.blogspot.com/p/quienes-somos.html>

<p>Espacio global como cuarto territorio</p> <p>Espacio del Big Pharma, la industria farmacéutica, las grandes corporaciones y empresas de servicios de salud y su relación con el negocio asociado a los ciclos patologizados de las mujeres y la salud sexual y reproductiva femenina.</p>	<p>Los efectos de la mercantilización y la privatización de la salud.</p> <p>La perspectiva androcéntrica que convierte en patología todo ciclo vital femenino:</p> <ul style="list-style-type: none">• Menarquía vs desordenes hormonales y síndrome premenstrual• Menopausia versus desordenes hormonales y estereotipos de la mujer adulta enferma, única vía de salud la terapia de remplazo hormonal.• Gestación y parto vinculado a procesos de medicalización e intervención excesiva.	<p>Enfermedades asociadas a cada una de las etapas vitales y la ciclicidad femenina:</p> <p>Menarquía: desordenes hormonales, endometriosis, ovarios poliquísticos, bartolinitis, infecciones, cáncer temprano.</p> <p>Menopausia: riesgo de cáncer por la terapia de reemplazo hormonal, los propios de la menopausia (alteraciones hormonales, calores, crecimiento de grasa abdominal, dolores de cabeza, cambios abruptos de estado de ánimo).</p> <p>Gestación y parto: abuso de cesarías innecesarias, por ser una intervención quirúrgica se vuelve negocio sobre todo en clínicas privadas. Las consecuencias están relacionados a retraso en la lactancia y en la recuperación del cuerpo.</p>
<p>Espacios del mercado – la industria de la “higiene” femenina.</p>	<p>Venta de productos desechables para la higiene femenina: toallas, tampones y jabones íntimos.</p>	<p>Enfermedades asociadas al uso de dispositivos desechables que usan dioxinas en sus productos para la “higiene” femenina:</p> <p>Los estudios demuestran que las dioxinas se acumulan en los tejidos grasos y de acuerdo con la Agencia de Protección Ambiental (EPA) – USA. Las dioxinas son una fuerte amenaza para la salud pública que no tiene niveles de exposición “seguros.” Los reportes publicados demuestran que incluso los niveles bajos o rastreables de dioxinas podrían estar relacionados con:</p>

		<ul style="list-style-type: none">• Crecimiento anormal de tejido en el abdomen y órganos reproductivos• Crecimiento celular anormal en todo el cuerpo• Supresión del sistema inmunológico• Alteración hormonal y en el sistema endocrino
Universidades, centros e institutos de investigación científica relacionados con temas de salud y enfermedad.	Se habla de una brecha sanitaria de género, que incluye ausencia de datos sobre la salud de las mujeres. Un vacío histórico de datos sobre los cuerpos femeninos, que aún no resuelven las investigaciones científicas.	La subdiagnóstico de las mujeres con respecto a los hombres. Las enfermedades de prevalencia femenina como la endometriosis no tienen cura, hasta el momento no se sabe que la provoca, esto quizás responde a la ausencia de investigación en estos campos. No interesa o quizás no es importante para la ciencia. Se priorizan otras enfermedades.

CONCLUSIONES

Problematizar el cuerpo como espacialidad en conflicto desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva de las mujeres constituye un acto epistemológico y político radical. Este enfoque, necesariamente situado en nuestras experiencias corporales como mujeres, madres, académicas y activistas, revela la urgencia de investigaciones críticas que desnaturalicen los marcos androcéntricos de la ciencia occidental. Más allá de deconstruir estos paradigmas dominantes, se trata de documentar sistemáticamente sus efectos materiales: la continua vulneración de derechos que configura biopolíticamente la existencia femenina.

Este posicionamiento exige desarrollar marcos analíticos que reconozcan el cuerpo como escala primordial de producción espacial - simultáneamente íntima - personal y profundamente política. Desde esta perspectiva escalar, el cuerpo deviene un nodo donde convergen tensiones estructurales: las violencias que lo atraviesan revelan las conexiones sistémicas entre el orden patriarcal, las lógicas de acumulación capitalista y los dispositivos de despojo. Lejos de ser una entidad aislada, el cuerpo emerge, así como cartografía crítica para descifrar las geometrías del poder que organizan el espacio social.

Retomando este marco, es fundamental reconocer el legado transformador de las geógrafas que, con miradas transgresoras, redefinieron la geografía de la salud más allá del binomio simplista *enfermedad-lugar de ocurrencia*. Entre ellas, destaca el aporte fundacional de **Luisa Iñiguez**, cuya obra articula de manera pionera las dimensiones sociales, económicas y territoriales de la salud. Su enfoque interdisciplinar —que dialoga críticamente con la sociología, la economía política y los estudios urbanos— no solo develó cómo las desigualdades espaciales se encarnan en cuerpos y poblaciones, sino que además sentó las bases para una geografía de la salud comprometida con la justicia social en América Latina y el Caribe. Su trabajo, al evidenciar la salud como un *campo de disputa territorial*, se erige como faro epistemológico para investigaciones contemporáneas que, como la nuestra, parten del cuerpo como escala analítica y política.

Este recorrido teórico-metodológico nos lleva a reafirmar la urgencia de situar el autocuidado y el autoconocimiento de los procesos fisiológicos femeninos como ejes fundamentales para construir autonomía corporal y geografías emancipatorias. Más allá de la crítica necesaria a los sistemas de explotación que operan en espacios tradicionalmente feminizados —como el hogar, los centros de salud, las escuelas o los geriátricos—, se hace imperativo avanzar hacia propuestas concretas de autogestión colectiva. Retomando el análisis de Federici sobre la subordinación de los espacios donde se reproduce la vida, pero también su apuesta por lo común, esta investigación reconoce en el cuidado —entendido como praxis política solidaria— un paradigma transformador para las ciencias sociales. Si bien el presente artículo ha centrado su análisis en la escala corporal como herramienta metodológica, el horizonte último de este trabajo en curso es precisamente articular esta perspectiva escalar con una epistemología del cuidado que, desde lo cotidiano, construya espacios libres de violencia. En esta tensión entre denuncia y propuesta, entre cuerpo individual y estructura colectiva, se configura una geografía crítica de la salud que no solo devela las lógicas de despojo, sino que activamente imagina alternativas desde la interdependencia y la reproducción de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

Abel Albet, Núria Benach y Doreen Massey. (2012). Un sentido global del lugar, Barcelona, Icaria Editorial.

Breilh, Jaime. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 13-27. Retrieved December 26, 2024, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2013000400002&lng=en&tln_g=es.

Breilh, J (2010a) Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos Nogueira (ed.) *Determinacao social da saúde e reforma sanitária*. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES.

Breilh, J. (2010b). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6(1):83-101.

Carter, E. D. (2016). El desarrollo de la geografía médica una reseña de tendencias actuales. *Dialnet*, 207-220.

Cruz, Delmy. 2020. "Mujeres, cuerpo y territorios: entre la defensa y la desposesión". En: *Cuerpos, Territorios y Feminismos*. 45 – 61. Quito - México. Ediciones Abya Yala.

Entrevista con Doreen Massey. (2008) "Hay que traer el espacio a la vida" *Incorporating Space into Life*".

Federici, Silvia. (2013a). *Caliban y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. México. Editorial Pez en el Árbol.

Federici, Silvia. *La revolución feminista inacabada. Mujeres, reproducción social y lucha por lo común*. México. Taller editorial Escuela Calpulli. (2013b).

García Irujo, Fernando Sabaté y Neil Smith. (2015). Gentrificación urbana y desarrollo desigual. Barcelona. Editorial Icaria.

Gervás y Pérez. (2016). El encarnizamiento médico con las mujeres. 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas. Barcelona, Editorial Los libros del lince.

Harley, Brian. (2005). La nueva naturaleza de los mapas. Ensayos sobre la historia de la cartografía. Fondo de Cultura Económica. México.

Harvey, David. (2000). Espacios de esperanza. España. Editorial Akal.

Harvey, David. (2010). El enigma del capital. España. Editorial Akal.

Harvey, David. (2018). Justicia, Naturaleza y la Geografía de la diferencia. España. Editorial Traficante de Sueños.

Iñiguez Rojas, L. (1996). Lo socioambiental y el bienestar humano. *Revista cubana de salud pública*, 22, 13-14.

Rojas, L. I. (2008). La evolución de las relaciones entre la geografía y la salud. El caso de Cuba. *Ra'e Ga*, (15), 33-43.

Jori, G. (2013). El estudio de la salud y la enfermedad desde una perspectiva geográfica: temas, enfoques y métodos. Biblio 3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales., Vol. XVIII, n° 1029.

Manzano-Arrondo, Vicente. (2016). Un psicópata llamado Homo Economicus. España. Universidad de Sevilla.

Marçal, Katrine. (2016) ¿Quién le hacía la cena a Adam Smith? Una historia sobre las mujeres y la economía. Editor digital: Duard.

Moreira, Ruy. 2011. “Una ciencia de saberes y prácticas espaciales”: Descubriendo la espacialidad social en América Latina. Reflexiones desde la geografía sobre el campo, la ciudad y el medio ambiente, eds. Georgina C y Efraín L. 91 – 107. México. Editorial Itaca.

Paredes, Julieta. (2010). Hilando fino. Desde el feminismo comunitario. La Paz. Editorial: El Rebozo, Grietas y Lente Flotante.

Rodrigañez Bustos, Casilda (2007) El Asalto al Hades: La rebelión de Edipo. Barcelona. Editorial: la llevar-virus.

Rodrigañez Bustos, Casilda. (2010). Paremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina. Buenos Aires. Editorial: Madreselva.

Rodrigañez Bustos, Casilda (2010) Por un feminismo de la recuperación. Ponencia para las Jornadas sobre Valores Femeninos y Progreso Social. Barcelona. organizadas por la Gran Logia Femenina.

Shiva Vandana, Mies María (2013). Ecofeminismo. Primera edición. Barcelona: Editorial Icaria.

Shiva, Vandana. (2003). Las guerras del agua. Privatización, contaminación y lucro. Siglo XXI. México.

Smith, Neil. (2002). Geografía, diferencia y las políticas de escala. Editorial Terra livre 19: 127 - 146.

García, Marina y Sabaté, Fernando compiladores. (2015). Neil Smith: gentrificación urbana y desarrollo desifual. Icara. España.

Soto-Villagrán, Paula. 2022. “Paisajes del cuidado en la Ciudad de México. Experiencias, movilidad e infraestructuras”. Íconos. Revista de Ciencias Sociales 73: 57-75.
<https://doi.org/10.17141/iconos.73.2022.5212>

Rico, T. *Enfoques Geografías del cuidado: Relaciones territoriales de la producción de café*. Brújula: Revista Interdisciplinaria sobre Estudios Latinoamericanos, ISSN-e 2330-3972, ISSN 1542-5045, Vol. 13, 2020 (Ejemplar dedicado a: Giros hacia lo afectivo desde América Latina), págs. 36-64.

Ulloa, Astrid. 2016. Feminismos territoriales en América Latina: defensas de la vida frente a los extractivismos. *Revista Nomadas. Universidad Central.* 45, <http://www.scielo.org.co/pdf/noma/n45/n45a09.pdf> (consultado 1 de mayo de 2021)

Zaragocin, Sofia. 2020. “La geopolítica del útero: hacia una geopolítica feminista en espacios de muerte lenta”. En: *Cuerpos, Territorios y Feminismos*. 83 – 95. Quito - México. Ediciones Abya Yala.

Otros documentos:

Cartilla. (2019). Diálogos sobre parto respetado y violencia obstétrica para la construcción de paz. Movimiento Nacional por La Salud Sexual Reproductiva en Colombia. (2019). Editado por: Profamilia y Dejusticia. Bogotá. Colombia.

Comunicado de la colectiva de mujeres Bxisqua el 22 de noviembre del 2018, frente al falló de la Corte Constitucional Colombiana sobre el debate generado por gravar las toallas higiénicas y tampones con el IVA.

Web grafía:

Cabnal, Lorena Sanación, feminismo y defensa comunitaria. Por: Karen Santiago (14 marzo de 2018) Consultado abril 2021. <https://luchadoras.mx/lorena-cabnal-sanacion/>

Lorena Cabnal: Sanar y defender el territorio cuerpo tierra. Consultado marzo de 2020. <http://www.cua.uam.mx/news/miscelanea/lorena-cabnal-sanar-y-defender-el-territorio-cuerpo-tierra>

Publicación autogestiva:

Barragán, A y Rodríguez, M. Calendario Lunar: Espiral de Lunas. Edición 2017, 2018, 2019 y 2020. Publicación anual de un calendario como producto editorial, pedagógico y autogestivo de la Colectiva de trabajo de mujeres Bxisqña. Bogotá - Colombia.

Ponencias y conferencias en eventos académicos:


Barragán, Natalia. (2022). Ponencia: Habitar el cuerpo: por unas geografías de la salud y el cuidado. En: Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales CLACSO 2022. Panel: “Los Buenos vivires, territorios y cuerpos como alternativas frente al despojo de la modernidad-colonialidad en América Latina y el Caribe”. Ciudad de México, junio de 2022.

Barragán, Natalia. (2022). Ponencia: Geografías del Cuidado: Cuerpo y Salud Colectiva. En: Congreso Internacional Espacio-Tiempo y Cuerpos. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ciudad de México, octubre de 2022.

Barragán, Natalia. (2023). Conferencia: Geografías del Cuidado: Salud, Territorio y Feminismos. En: II ENCUESTRO NACIONAL ESTUDIANTEL DE GEOGRAFÍAS FEMINISTAS. San Juan de Pasto, 27- 29 de septiembre de 2023.

Barragán, Natalia. (2024). Conferencia: Geografías para la Salud y el Cuidado: problematizando el cuerpo como territorio. En: Fundación Universitaria San Martín, conmemoración del día internacional de la mujer. Programa de Medicina. San Juan de Pasto, Colombia.

SOBRE A AUTORA

Andrea Natalia Barragan Leon  - Andrea Natalia Barragán León. Maestra en Geografía de la Universidad Nacional Autónoma de México, Especialista en mercados y políticas de suelo en América Latina de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, Geógrafa de la Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá. Docente de planta del Departamento de Geografía de la Universidad de Nariño. Se ha desempeñado como investigadora en diversos campos de la geografía destacando dentro de su trayectoria el estudio de los mapas parlantes, la cartografía social, el género, las espacialidades, territorialidades y metodologías cualitativas, la geografía política, los estudios de frontera y la geografía de la salud. Es par evaluadora de revistas académicas y científicas. Pertenece al grupo de trabajo de CLACSO Pensamiento crítico geográfico. Y al grupo de investigación TERRA de la universidad de Nariño donde además participa del programa de radio Gondwana Tierra Sur. A partir de enero de este año 2025 asume el cargo de directora de la División de Interacción Social - Extensión universitaria de la Universidad de Nariño.

E-mail: nataliabarragan@udenar.edu.co

Data de submissão: 02 de março de 2025

Aceito para publicação: 16 de março de 2025

Data de publicação: 31 de março de 2025