

## EL RACISMO MÉDICO DE SALUD EN MÉXICO: APROXIMACIÓN CULTURAL E HISTÓRICA

Karla Ivonne Mijangos Fuentes<sup>1</sup>

### Resumen:

El racismo más que una categoría diferencial es política, porque las instituciones que la validan se sirven de la misma, es decir, es a través del enclasmamiento y la racialización de las corporalidades como se ha justificado la expropiación, conquista y colonialidad de tierras, el genocidio, el exilio, la participación política privilegiada y el epistemicidio de saberes e identidades. En general, el colonialismo se sirvió de diversos dispositivos, como la ciencia médica, que permitieron estructurar todo el arsenal neoliberal, porque a partir de la institucionalización de la universidad y del poder científico que le fue otorgado, esta contribuyó a estigmatizar los cuerpos en función de parámetros de blanquitud. Por tanto, estudiar la configuración de este pensamiento blanco como epistemología del conocimiento biomédico, nos permite comprender las matrices coloniales que atraviesan la construcción de la salud institucional, la normalidad de los cuerpos blanqueados y la deshumanización racial en y para la atención.

**Palabras clave:** etnicidad, segregación social, epistemicidio.

Historial del artículo:

Fecha de recibido: 03-05-2022 | Fecha de aceptado: 11-07-2022

© 2022 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v4i1.641

---

Licenciada en Enfermería de la Universidad de la Sierra Sur (Oaxaca, México). Especialista en Enfermería Pediátrica de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (Puebla, México). Máster en Investigación y Rol Avanzado por la Universidad de Navarra (Pamplona, España). Doctora en Ciencias Sociales. Codirectora en Red de Investigadoras Independientes. Autor de correspondencia: correo electrónico kaivo8416@gmail.com

## HEALTH MEDICAL RACISM IN MEXICO: CULTURAL AND HISTORICAL APPROACH

### **Abstract:**

Racism, more than a differential category, is political, because the institutions that validate it make use of it; that is to say, it is through the enclassification and racialization of corporealities that the expropriation, conquest and coloniality of lands, genocide, exile, privileged political participation and the epistemicide of knowledge and identities have been justified. In general, colonialism made use of various devices, such as medical science, which made it possible to structure the entire neoliberal arsenal, because from the institutionalization of the university and the scientific power granted to it, it contributed to stigmatize bodies according to parameters of whiteness. Therefore, studying the configuration of this white thought as an epistemology of biomedical knowledge allows us to understand the colonial matrices that cross the construction of institutional health, the normality of whitened bodies and racial dehumanization in and for care.

**Keywords:** ethnicity, social segregation, epistemicide

## Introducción

El desconocimiento de un México profundo es el resultado del racismo colonizado que vive interiorizado en las corporalidades y afectos de los pobladores mexicanos/as. Por tanto, el racismo conforma esta categoría estructural que institucionalizó la ideología de supremacía de un otro dominante sobre este otro marginado. Se puede decir que parte de lo que no conocemos es derivado de todo aquello que nos han hecho borrar y expropiar de nuestras identidades mexicanas, tal es el caso de las raíces indígenas y afrodescendientes que configuran a dicha población.

La propia idea del desconocimiento se deriva de la colonialidad del poder y del saber que se instituyó como un instrumento de dominación europea para la conquista de los pueblos del Abya Yala, debido a que se internalizó, en los pobladores amerindios, una subjetividad en la que el propio indígena sentía que su corporalidad y conocimientos no eran lo suficientemente adecuados para seguirlos reproduciendo, por tanto, la limpieza de sangre fue una práctica justificada por él mismo para estar más próximo al proyecto de civilización (Grosfoguel, 2007; Ochoa, 2014)

Asimismo, el postulado teórico del saber nos permite explicar cómo a partir del dispositivo de la educación (Foucault, 2010), se pudo regular y normar un tipo de conocimiento que sirvió como brújula para reconfigurar los territorios hacia un modelo de medicina hegemónica y blanca (Quijano, 2014).

Por tanto, la institucionalización de la universidad y la medicina científica favorecieron la reestructuración de la práctica de la salud, a partir de una mirada androcentrista, eurocéntrica y heteronormada, que excluyó los discursos científicos de las mujeres, así como los diversos conocimientos, identidades y corporalidades y, por demás, blanqueó el pensamiento biomédico (Nogueiras, 2019).

Finalmente, la colonialidad del ser y de los afectos vinculados fuertemente al poder y al saber, conforman todo el arsenal colonizador, pues no se habría podido introducir un nuevo paradigma sin modificar la ontología de las personas colonizadas, es decir, primero era necesario blanquear el cuerpo, mente y espíritu para blanquear toda una cosmovisión (Ochoa, 2014; Quijano, 2014).

## La construcción del racismo médico y de salud en México

La historia del racismo en México, evidentemente, surge de los procesos colonizadores, a través de los cuales se instituyó de forma violenta una cultura que no correspondía con los pueblos instalados previamente en el territorio mexicano; sin embargo, en este proceso de aculturación, no solo se habla de masacres físicas, sino también se enuncian procesos que promocionaron e instauraron un pensamiento y una supuesta idea de raza biológicamente inferior y subalterna a la europea.

Dentro de estos procesos de colonización del poder, del ser, del pensar y de los afectos, la raza pasó a formar una de las estructuras que, junto con el género y la clase social, institucionalizaron una supremacía de hombres y/o dioses blancos sobre seres no blancos (Obono, 2016), porque aquí no solo se pensaba en la blanquitud de las sociedades amerindias, sino además se construían tierras habitadas y pensadas desde un androcentrismo blanco.

Tal como refiere Obono (2016), a partir de la poscolonialidad se recrea una identidad de sujetos poscoloniales que no son más que sujetos colonizados; por ende, en la textualidad e historia, se configuraron visiones globalizadas que se impusieron para instaurar perfectos ideológicos del mundo, basados en una particularidad de conocer y de ser.

En esta dirección, la incorporación de la medicina como una ciencia blanca y autorizada para estudiar y decidir sobre la salud fue lo que permitió que la raza se incorporara como una categoría de diferenciación de los “cuerpos normales”, por tanto, la raza blanca conformaba lo sano, lo puro, lo original, lo sagrado y lo que todo ser humano debía aspirar (Foucault, 2012).

Con respecto a esto, los habitantes de México solían decir comúnmente: “cásate con un buen prospecto/a para mejorar la raza”. A partir de esta frase, se lee la reproducción de un pensamiento blanco que atesoraba la sanación corporal por medio de la blanquitud de la piel y la originalidad de la sangre. En este sentido, el blanqueamiento de la genética india se derivaba de unir lazos consanguíneos con hombres o mujeres blancas; por tanto, dicha reproducción sexual continua y constante, lograría un mejoramiento de la raza hasta ser casi “originales”.

Tal como apunta Thuram: “La blanquitud no es un color de piel, sino una forma de pensar” (Cadin, 2021), porque es el pensamiento blanco el referente que configuró a la sociedad mexicana en una categoría de dominación política e impuso los parámetros de normalidad del ciudadano mexicano, sus formas de pensar y habitar sus propios cuerpos como seres humanos.

En esta línea, Tanya Duarte, quien es la fundadora de la organización afrodescendiente en México, refiere que en esta estructuración del pensamiento blanco contribuyó la historia de lo que se dice y cómo se cuenta de México, porque la Academia Mexicana de Historia le ha otorgado un insignificante espacio de historización a la cultura afrodescendiente y/o afromexicana, a tal grado que, antes del 2011, los mexicanos pensaban que no existían mujeres y hombres afros en México y los que habían pertenecían a otros países (Freixa, 2015).

En esta construcción histórica, Duarte (2006) señala que los libros de texto gratuitos para la enseñanza de la historia en México sólo retoman al pueblo afrodescendiente para referirse a los procesos de colonización y esclavitud, es decir, los/las negros/as son aquellos que llegaron en calidad de esclavos junto con los colonizadores, se instalaron para trabajar el algodón y la caña de azúcar; llegaron por el Puerto de Veracruz para reproducir el trabajo debido a que los indígenas del Abya Yala ya no resistían las sobrecargas laborales, además, que la mitad de ellos ya habían muerto.

Así se cree que llegaron al territorio mexicano y habitaron los puertos de Veracruz, Guerrero, Oaxaca y Yucatán, principalmente. Pero, de sus aportes culturales y de conocimiento nunca se retoma nada, dice Duarte (2015). En este sentir expresado, podemos ver el desconocimiento histórico que se tiene en México sobre la población afrodescendiente; sin embargo, preocupa el exilio cognoscitivo en el que los posiciona la ciencia oficial de la salud.

Con ello, podemos dar cuenta que la historia de México se concatena con la historia de la medicina, donde la universalización de la verdad surge a partir del eurocentrismo, es decir, desde el ciudadano blanco y desde las enfermedades y estrategias de afrontamiento europeos (Menéndez, 2017). Es este pensamiento contradictorio, el que establece un sistema de salud a partir de blancos para una comunidad donde hay más negros/as e indígenas, por tanto, existe un fracaso del sistema desde la ontología en la que se piensa y construye al ciudadano mexicano.

Por ejemplo, es preocupante que hasta el censo del 2015 se recogen datos de la población afrodescendiente y afromexicana, porque previamente se desconocía la existencia de los mismos. Sin embargo, el último censo del 2020 establece que 2.04% (2 millones 576 mil 213) de la población mexicana se identifica a sí misma como

afromexicana o afrodescendiente. No obstante, Vilchis (2020) señala que muchos se sintieron ofendidos al preguntarles sobre su posible identidad como afromexicano y/o afrodescendiente o negro/a, y como consecuencia, terminaron por agredir a los encuestadores.

En estos datos, Vilchis (2020) refleja el racismo instaurado y el desconocimiento de los pobladores sobre las raíces que nos constituyen como mexicanos (indígena, afrodescendiente, asiático y español), así como de la falta de comprensión del término afrodescendiente, debido a que muchos de ellos no sabían que en México existen mexicanos negros, porque fue hasta el 2011 cuando se reconoció la etnia afromexicana.

En esta dirección, las ciencias médicas más que abordar la salud desde un contexto histórico próximo, lo piensan y actúan desde un plano occidentalizado, por consiguiente, en la medicina mexicana no se han estudiado las características de los negros/as e indígenas, y todos los imaginarios que se tienen al respecto, son que los negros soportan altos umbrales de dolor, que nunca enferman de cosas comunes a los blancos, sino que enferman por afecciones exóticas, adheridas a su contexto de pobreza y raza (Méndez, 2017).

Al respecto, coincidimos con Obono (2016) y Freixa (2015), quienes señalan que ser afro en México y en el mundo es un peligro, porque a las mujeres negras se les sexualiza, ridiculiza y relaciona con la prostitución para satisfacer a hombres blancos y negros, en tanto, a los hombres negros se les representa como perezosos, ladrones y de baja condición. En esa misma dirección, a las mujeres y hombres indígenas se les trata como iletrados, sin capacidad de raciocinio y retrasados.

Esta mirada subalternizada del otro dentro del campo médico, no es más que una mirada clínica que se construyó culturalmente a partir de

la historia (Foucault, 2012). Así, recordamos a Sims comprando esclavas negras para hacer todo tipo de experimentos y cirugías vaginales dolorosas. Todo ello, para adquirir conocimientos médicos que curaran a las blancas (Washington, 1946).

Y, nos preguntamos, ¿cómo a partir del Apartheid Medical que marca una historia de desigualdades de un pasado difícil, aún siguen persistiendo dichos pensamientos en los sistemas de salud? Por ejemplo, al recuperar los datos de Washington (1946), se describe que la mortalidad infantil de los afrodescendientes es el doble que la de los blancos, lo preocupante es que seguimos analizando los problemas de salud con las mismas medidas y miradas racistas del arbitrario cultural que se impuso desde el pensamiento blanco.

A partir de esta crítica, podemos argumentar que la mortalidad infantil entre afrodescendientes o indígenas nunca se asocia al abandono del Estado y del sistema de salud para brindar una vida digna en estos contextos; por consiguiente, el propio exilio y aislamiento de estas comunidades por parte del Estado, las ha condicionado a situaciones extremas de pobreza, hambruna y falta de acceso a los sistemas de salud.

Asimismo, Washington (1946) apuntaba que las enfermedades entre la población negra se leen en términos de trastornos hereditarios como la anemia de células falciformes; sin embargo, cuando se miran las estadísticas, se observa que la población negra muere más de otras enfermedades que no son nombradas y que son comunes a los blancos y, sobre todo, que en esta información se oculta el verdadero costo que produce el hecho de enfermar entre los afrodescendientes.

Respecto a esto, entre la comunidad médica se piensa que los negros mueren de enfermedades “muy de ellos”, que se reproducen entre la misma población y que son poco comunes a los

blancos, empero, en las estadísticas mundiales, se observa que los negros sufren más complicaciones derivadas de la diabetes que otras poblaciones, así mismo, existe una detección tardía de cáncer de mama entre las mujeres negras porque se considera que esta enfermedad es poco probable entre ellas (Washington, 1946).

Y justo estas ideas racializadas de los cuerpos negros, son las que han permeado sobre una historia de desigualdades y desatenciones, porque siempre se justifica el abandono, las violencias ejercidas sobre sus cuerpos, la experimentación sobre sus poblaciones y la explotación de sus recursos para salvar a otras corporalidades con reconocimiento a su identidad y supuesta originalidad.

### **La reproducción de una medicina blanca**

Lorde (2003) refiere que las diferencias humanas las vemos como oposiciones: bueno/malo, arriba/abajo, sano/enfermo, negro/blanco. Sin embargo, las dualidades sobre las que habitamos estos mundos han colocado a lo bueno en función de los beneficios, no de las necesidades humanas. Según esta lógica, lo “bueno” es lo que brota y se constituye desde una polaridad extrema de la sociedad, un polo totalmente opuesto y desanclado de las realidades y personas.

En esta estructura de las sociedades buenas, los malos y anormales se depositan en el lugar de los seres inferiores y/o deshumanizados, aquel lugar habitado por las/los negros, las/los indígenas, las personas del tercer mundo, la gente de clase trabajadora, adultos mayores, infancias y mujeres (Lorde, 2003). Este lugar es aquel que no se piensa desde un espacio de la dignidad humana, sino desde un laboratorio de experimentación, de criminalización y de marginación, por tanto, un lugar nada abordado para atender necesidades humanas, pero sí explorado para el extractivismo cognitivo y territorial.

Empero, dichas oposiciones han provocado un rechazo institucionalizado de las diferencias en función de una supremacía de raza, clase social y género, pero también con relación a una economía del beneficio (Lorde, 2003), porque en esta asociación de dominados y explotadores, la sociedad privilegiada se beneficia del excedente de personas marginales, quienes tienen un papel fundamental en la reproducción del capitalismo y del capital humano, pese a que no se reconozcan en esa connotación.

Como ya se describió, en esta institucionalización de las diferencias, los dominantes se benefician de los marginados en una relación de poder económico, social, político, cultural y biológico, no obstante, en esta supremacía del capital cultural, también existe una relación de dominación en función del estatus y el reconocimiento social que se le otorga a un sector académico y científico para decidir sobre los cuerpos y saberes de los otros, por tanto, el beneficio que se obtiene de los dominados es un poder de autoritarismo y superioridad cognoscitiva infinita.

Sobre esto, Curiel (2007) señala que la academia contribuye notablemente a la estructuración de una posición elitista y androcéntrica, una posición que por sí sola ya genera un sesgo, debido a que incorpora la diferencia como una categoría de legitimación de lo bueno como normal, empero, lo bueno es lo que da legitimidad al pensamiento blanco, eurocéntrico y androcéntrico.

Desde esta mirada, cobra importancia la recuperación del concepto “bueno” definido y construido por la propia academia y ciencia, porque justo lo bueno figura como la heteronorma, la ideología moral cristiana y biológica de corporalidades blancas deseables, las subjetividades blancas objetivadas y las ciudadanía que se instauran desde el reconocimiento y la redistribución. Como apunta Audre Lorde: “Nos separa nuestra negativa a reconocer las diferencias” (2003, p. 123).

En este entramado, el pensamiento blanco al que hace referencia Thuram (Cadin, 2021), no es más que la configuración de ciudades y ciudadanos blancos, más aquí el problema no radica en el ya mencionado exilio de otras identidades, por el contrario, la preocupación se concentra en la propia subjetividad colonizada de los grupos inferiorizados, los cuales no solo sufren las cadenas del racismo, ya que ellos mismos se piensan y sienten inferiores, sino que, además, su caminar se convierte en un devenir tendiente al blanqueamiento y la limpieza de sangre.

Así, para las personas afromexicanas e indígenas, el blanqueamiento de la piel conforma el mestizaje cada vez más profundo y continuo de sus cuerpos, los cuales atraviesan por constantes hibridaciones genéticas, aculturaciones violentas que los hacen desplazarse de sus conocimientos, cultura, prácticas, tradiciones, lenguas y de su propia identidad, pero también que los conduce a la justificación y praxis de la eugenesia médica sobre sus cuerpos, logrando así homogenizar la idea de hombre blanco (Curiel, 2007).

A todo ello, Lorde (2003) lo denomina como norma mítica, esa norma blanca sobre la cual se tejen las trampas del poder de nuestra sociedad y con la que no nos identificamos, pero la reproducimos a pesar de ser ajena a nuestra corporalidad; por ende, las violencias forman una parte inextricable de la trama de nuestras vidas, afectos y formas infravaloradas de pensarnos como otro sin identidad.

Un claro ejemplo de esta norma mítica la encontramos en la enseñanza y reproducción de la práctica biomédica, en la cual se considera que el tamaño y color de los cráneos sigue definiendo el coeficiente intelectual, el color de la piel delimita los riesgos a enfermar de cáncer, diabetes y estrés; así mismo, el color blanco es el que

prioriza las necesidades de salud, los procesos de atención y el acceso a la investigación biomédica de vanguardia (Washington, 1946).

Es decir, las necesidades de salud de la población afrodescendiente e indígena produce una gran distorsión a través de la investigación que limita el análisis e interpretación de las tasas de morbilidad, porque, en la medicina y las profesiones de la salud, todavía persiste la ideología de relacionar las enfermedades de los negros como las afecciones exóticas y de riesgos particulares derivadas de un salvajismo que los acompaña.

Por ejemplo, en mis clases de patología y microbiología durante mi formación como enfermera, observaba y escuchaba a los profesores describiendo a las enfermedades parasitarias como patologías propias de los pueblos indígenas de Oaxaca, sin embargo, en este análisis crítico del positivismo que los atraviesa, podemos observar que las parasitologías están más condicionadas y derivadas por la expropiación capitalista del agua potable como un recurso básico y necesario dentro de estos contextos, también debido a la falta de servicios básicos como el sistema de drenaje, el cual deja desprovistas a muchas comunidades indígenas.

Estos últimos datos son los que nos interpelan en la interpretación crítica de los resultados, porque podemos dar cuenta que la tipificación de las patologías se subsume en enfermedades de clases, en estigmas culturales sobre los imaginarios poblacionales y en condicionales raciales que parecen no disolverse, porque se les sigue asociando con trastornos de la genética y voluntad de las personas negras e indígenas.

Se puede agregar que no es la raza biológica la que produce dicha prevalencia de enfermedades en determinados contextos, sino que es el racismo y el clasismo cultural instaurado e interiorizado entre la comunidad científica biomé-



dica, la que produce mayores desigualdades de salud entre dichas poblaciones. Tal como lo dijo Martín Luther King Jr. (1965), como citó Menéndez (2017): “De todas las formas de desigualdad, la injusticia en salud es la más importante e inhumana”.

Esta frase nos lleva a reflexionar que las disparidades y desigualdades en la salud son los problemas que se relacionan con la inequidad hacia el respeto de los derechos humanos en la modernidad, debido a que toda esta injusticia racial biomédica fue la que produjo la segmentación y división racial de la salud, de los cuerpos y de las emociones.

Cabe mencionar que, en la época de los 90, se justificó en el interior de México la esterilización masiva de mujeres indígenas y afros como estrategia para evitar la sobrepoblación, sin embargo, esta reducción se pensó desde la no reproducción de un sector marginado del país (Menéndez, 2017).

Es importante señalar que el personal de salud accedió a la esterilización masiva de dichas corporalidades, pensando que esta era la mejor estrategia para la reducción de las tasas de mortalidad materno-infantil y de fecundación, que en cierta medida puede serlo. Sin embargo, estos profesionales nunca imaginaron que lo hacían por la aporofobia y racismo cultural mexicano, por ende, nunca pensaron violar los derechos humanos sobre determinados cuerpos, a través de la selección intencionada de corporalidades que representan la disociación, disgregación y deshumanización (Menéndez, 2017).

Estas descripciones ahistóricas y acrílicas de la salud en México, dejan huellas imborrables de racismos biomédicos que han infringido las leyes de la salud y han determinado serias violencias naturalizadas y normalizadas en corporalidades marginadas, porque a partir de esta ética de la razón blanca, de clase y género, es que el

personal de salud sigue obligando a mujeres afrodescendientes e indígenas a esterilizarse a temprana edad. Sobra mencionar que, dentro de los discursos y pensamientos provida, no se niega la posibilidad para abortar a mujeres afros e indígena, debido a que se reproduce un imaginario de reducción de la pobreza en la reducción de dicha población.

## Consideraciones finales

En este pequeño texto que se aproxima al contexto mexicano de salud, podemos leer un continuum de acciones y estigmas sobre las poblaciones negras y amerindias que se edificaron, principalmente, desde el siglo XVI y permanecen hasta nuestros días en el siglo XXI. Y en esta reproducción de la vida, se siguen permeando las representaciones sociales del negro como un personaje que tuvo una participación muy significativa dentro de los procesos colonizadores, pero que desapareció de su agenciamiento activo y reproductivo de los territorios del Abya Yala y, sobre todo, como refiere Obono (2016), que se borró e invisibilizó toda su contribución en la configuración de la cultura mexicana.

Y justo estas representaciones históricas y sociales del negro en México, son las que han cobrado la vigencia de una serie de exclusiones estructurales y simbólicas. Entre ellas, el abandono del sistema de salud mexicano para priorizar sus necesidades de atención, debido a que los estereotipos que se construyeron culturalmente sobre ellos, tales como la fuerza física sobrenatural, el salvajismo, la brutalidad, el exotismo, la vagancia y la hipersexualidad de las mujeres, han condicionado grandes desigualdades como la deshumanización de ellos.

En este sentido, la ciencia biomédica representa una de las instituciones y dispositivos más importantes en la conservación y reproducción del racismo, la cual adhiere dicha categoría como un elemento condicionante para el ascenso social y



plus simbólico en los procesos de enclasmiento, ya que aún persiste la idea de una supremacía intelectual y corporal basada en las razas, pese a que existe evidencia suficiente que asegura que dicha categoría solo permite la interseccionalidad y problematización del complejo humano, más que la diferenciación entre blancos y negros como un binarismo que se disputa entre lo bueno y lo malo.

En síntesis, el racismo persiste debido a los usos que de él se tienen, porque siempre habrá unos sectores que se beneficiarán de su mantenimiento dentro de la vida social, por ende, la falsa conciencia racial que se interioriza en la práctica biomédica contribuye a un racismo antinegro y antiindígena que justifica genocidios y epistemicidios masivos.

## Referencias Bibliográficas

- Álvarez I.P. (2021). Reconocimiento de la población afrodescendiente en México. Animal Político. <https://www.animalpolitico.com/capital-plural/reconocimiento-de-la-poblacion-afrodescendiente-en-mexico/>
- Cadin I. (2021). La blanquitud no es un color de piel, sino una forma de pensar: entrevista a Lilian Thuram. Pie de página. <https://piedepagina.mx/la-blanquitud-no-es-un-color-de-piel-sino-una-forma-de-pensar/>
- Curiel O. (2007). Crítica poscolonial desde las prácticas políticas del feminismo antirracista. *Nómadas*, 26, 92-101.
- Freixa O. (2015). Afrodescendientes en México, la verdad oculta. El País. [https://elpais.com/elpais/2015/06/24/africa\\_no\\_es\\_un\\_pais/1435125600\\_143512.html](https://elpais.com/elpais/2015/06/24/africa_no_es_un_pais/1435125600_143512.html)
- Foucault M. (2010). *La arqueología del saber [1969]*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Foucault M. (1992). *Genealogía del racismo*. Madrid: Ediciones La Piqueta
- Grosfoguel R. (2007). Descolonizando los universalismos occidentales: el pluri-versalismo transmoderno decolonial desde Aimé Césaire hasta los zapatistas. En Castro, G.S. y Grosfoguel, R. *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp.63-78). Bogotá: Siglo de hombres editores.
- Lorde A. (2003). *La hermana, la extranjera. Artículos y conferencias*. Madrid España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Menéndez E.L. (2017). *Los racismos son eternos, pero los racistas no*. México: Biblioteca Nacional de México.
- Nogueiras B. (2019). La salud en la teoría feminista. *Atlánticas Revista Internacional de Estudios Feministas*, 3(1): 10-31.
- Obono T.M. (2016). *La bastarda*. España: Fores raras.
- Ochoa M.K. (2014). *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Popayán Colombia: UC Editorial.

Quijano A. (2014). Colonialidad del poder y clasificación social. Buenos Aires: CLACSO.

Vilchis D. (2020). Afromexicanos: Entre la vulnerabilidad y la exclusión. Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana.

<https://www.imdosoc.org/post/afromexicanos-entre-la-vulnerabilidad-y-laexclusi%C3%B3n>

Washington H.A. (1946). Medical Apartheid. The dark history of medical experimentation of black americans from colonial times to the present. New York: Harlem Moon Broadway Books.