

¿Cómo pueden unirse las instituciones de salud global al movimiento de decolonialidad?

Incorporación y aplicación de las perspectivas decoloniales en ISGlobal

Documento de análisis de ISGlobal

Caesar Atuire

Responsable de la asignatura de Ética de la Licenciatura en Salud
Internacional y Medicina Tropical de la Universidad de Oxford
Profesor titular de Filosofía Aplicada en la Universidad de Ghana

ENERO 2024

#ISGlobal_policy

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
SECCIÓN 1. Análisis conceptual	4
SECCIÓN 2. Decolonización de la salud global	6
SECCIÓN 3. Una agenda para la decolonización	7
SECCIÓN 4. Observaciones finales	9
BIBLIOGRAFÍA	10

Con el apoyo de:



INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, «decolonización» se ha convertido en un término popular en los círculos de salud global, catalizado por los debates posteriores al movimiento «Rhodes Must Fall», el asesinato de George Floyd, las manifestaciones del movimiento «Black Lives Matter» y las desigualdades sanitarias y los nacionalismos en materia de vacunas que surgieron durante la pandemia de Covid-19. Como suele suceder con los conceptos que se vuelven populares, el uso del término «decolonización» se ha extendido actualmente a muchas formas de **desafiar el statu quo** en las esferas económica, cultural, académica y de salud global. Por tanto, el término corre el riesgo de convertirse en un «concepto desvirtuado» que aúna numerosos problemas en torno a la equidad y la justicia en las relaciones entre las personas y los países del Norte global, y entre el Norte global y el Sur global.

Con el fin de ubicar el objetivo previsto de incorporar y aplicar las perspectivas decoloniales en ISGlobal, comienzo este informe con un ejercicio de **clarificación conceptual en materia de colonialismo y decolonización** (sección 1), antes de centrarme en **la existencia de colonialidad en el ámbito de la salud global** (sección 2). A continuación, expondré un boceto de **una agenda para la decolonización de instituciones** como ISGlobal, para concluir con una serie de observaciones en respuesta a las advertencias de Richard Horton contra la decolonización.

SECCIÓN 1:

Análisis conceptual

[Esta sección está tomada de Atuire & Rutazibwa (2021), *An African Reading of the Covid-19 Pandemic and the Stakes of Decolonization*.]

Los términos «colonización» o «colonialismo» se entienden normalmente como un ejercicio de «plantar banderas» para apropiarse oficialmente (legal y políticamente) de territorios ajenos y de las personas y los recursos que los conforman. Con esta interpretación, puede parecer que estamos hablando de hechos que ocurrieron en el pasado, ya que la mayoría de los territorios han sido oficialmente devueltos a los pueblos previamente colonizados. Por tanto, el término «POS-COLONIAL» se utiliza para indicar literalmente el periodo posterior a la colonización oficial, lo que insinúa que es algo que ya ha quedado atrás.

Una forma aparentemente sutil de abordar esto es a través del concepto de lo **poscolonial**, sin guion, para señalar el hecho de que, aunque este periodo puede haber quedado atrás, sus efectos son tan profundos que no hay forma de comprender el presente sin atenerse a las consecuencias del colonialismo. Por tanto, en cierto modo, supone un paso atrás frente a la idea de que lo colonial ha quedado en el pasado; todo lo contrario, está muy presente en nuestros días.

Como argumento similar, pero con una afirmación más rotunda, encontramos el concepto de «**neocolonialismo**». Acuñado por Kwame Nkrumah, ciudadano de Ghana, en los años 60, ¹ se refiere al hecho de que, en el momento pos-colonial, no solo nos enfrentamos a las consecuencias de un pasado colonial, sino también a la continuación y reproducción, aunque más subrepticia, de las estructuras y relaciones de extracción, desposesión e imposición entre los antiguos colonizadores y los pueblos colonizados. Además, las élites nacionales y económicas dan continuidad a las prácticas de colonización y a las instituciones de los días de «plantar banderas». Esto reafirma el hecho de que, para la mayor parte de los pueblos previamente colonizados, las condiciones de la colonización perduran, incluso en ausencia del colonizador blanco. Por tanto, los modelos de colonización son perpetuados por los conciudadanos, los antiguos colonizadores y otros actores externos, así como a través de las instituciones de gobernanza global.

El concepto de **colonialidad**, tal y como lo desarrollaron los pensadores decoloniales latinoamericanos, capta esta idea de una forma más interesante. Es un modo de abordar el colonialismo, en el presente y en cualquier lugar (a nivel interno, bilateral o global), como una (re)producción de la inequidad extrema en materia de poder y de las diferentes instituciones creadas para perpetuarla. Estas relaciones de poder ratifican e invisibilizan el modo en el que provocan muertes prematuras, violencia contra los pueblos y destrucción de los mismos, su vida, su entorno y sus conocimientos. Como tal, la colonialidad ha sido descrita por académicos decoloniales como de Sousa Santos ² como una fuerza destructiva triple de **ecocidio**, **epistemicidio** y **genocidio**, es decir, la muerte/destrucción de los entornos de vida, incluso de todas las especies diferentes del ser humano; los conocimientos y modos de dar sentido a las experiencias; y las personas.

“La decolonización consiste en velar por los aspectos materiales muy concretos de la colonialidad (ecocidio, genocidio), así como por los inmateriales: los actos de violencia, las imposiciones y las desposesiones de nuestros sistemas de conocimientos y modos de dar sentido a nuestras experiencias (epistemicidio)”.

Estas formas diferentes de entender la colonización significan que la **decolonización** no consiste simplemente en luchar contra la imposición formal o la plantación de banderas, ni en eliminar los restos del pasado colonial, sino también, aunque de un modo mucho más sutil, contra la continuidad de la explotación, extracción, desposesión e imposición de un modo de pensar particular, proyectado como universal, de un modo de hacer política y gobernar, o de organizar nuestras economías, entre otros, nuestros sistemas sanitarios y de asistencia sanitaria. Por tanto, la decolonización consiste en velar por los aspectos materiales muy concretos de la colonialidad (ecocidio, genocidio), así como por los inmateriales: los actos de violencia, las imposiciones y las desposesiones de nuestros sistemas de conocimientos y modos de dar sentido a las experiencias (epistemicidio). Esto significa atender a la realidad de un sistema sanitario global que principalmente es propiedad de, y está dirigido y gobernado por, un reivindicado y muy estrictamente definido «Occidente» a nivel epistémico y económico (mientras que, de hecho, es el resultado de milenios de conversaciones e intercambios de ideas a escala global). Este sistema sanitario que se proclama superior y universal genera una dependencia de los antiguos colonizados de los recursos que están en manos de actores, como los gobiernos y las empresas privadas, que no se responsabilizan de las personas que viven en los territorios antiguamente colonizados. La decolonización consiste en **recuperar y fomentar la autoridad en materia de salud y asistencia sanitaria**, por ejemplo, desenterrando los sistemas sanitarios erradicados y deslegitimados.

La decolonización consiste entonces en dejar de silenciar los conocimientos y desmitificar algunas de las falacias sobre la superioridad de Occidente, así como las nociones de la denominada ayuda y dependencia en las relaciones Norte-Sur. Al igual, si no más importante, la decolonización no trata solo sobre la inclusión y diversificación de los conocimientos y los participantes (que es una condición mínima, pero suficiente), sino también, en gran medida, sobre **el replanteamiento radical y la distribución del poder** al servicio de la reparación y rectificación, y sobre la recreación de las relaciones locales y globales ligadas a una voluntad de vivir en lugar de a una voluntad de poder.

Por último, otra forma de abordar la decolonización es preguntarse por qué la colonización es moralmente inaceptable. La colonización conlleva a menudo injusticia, opresión, expropiación de los recursos, racismo y otras miserias. Sí, estas miserias también se producen en situaciones que normalmente no describiríamos como colonización. Las comunidades de los países pueden ser víctimas de estas miserias sin ser necesariamente descritas como colonizadas. Asimismo, los pueblos colonizados pueden sentirse moralmente agraviados aunque ninguna de las miserias antes mencionadas sea más prevalente en sus comunidades que en otras. Según M. Renzo, el colonialismo está mal porque «socava la capacidad de las comunidades políticas de ejercer su capacidad de autodeterminación de una forma particular. Cuando las comunidades políticas son tratadas de este modo, sufren un agravio singular, independientemente de si este tratamiento va acompañado de cualquiera de los otros crímenes mencionados anteriormente». ³ Por tanto, desde el punto de vista sanitario, los países antiguamente colonizados como comunidad política seguirán colonizados mientras su **capacidad de autodeterminación en materia sanitaria** se vea minada por la autoridad de poderes que residen fuera de sus fronteras y escapan a su control.

La tarea de la decolonización consiste en recuperar y ejercer esa capacidad de autodeterminación que se ha visto menoscabada desde hace mucho tiempo. La decolonización consiste en recuperar y fomentar la autoridad en materia de salud y asistencia sanitaria, por ejemplo, desenterrando los sistemas sanitarios erradicados y deslegitimados. En esta línea, la decolonización de la salud y la asistencia sanitaria no solo supone un acceso equitativo a los recursos sanitarios existentes, sino también avanzar un paso más para llegar a ser **generadores de conocimientos y recursos sanitarios que puedan contribuir a la salud global**.

SECCIÓN 2:

Decolonización de la salud global

“Si la decolonización trata sobre abordar el daño moral concreto de la colonización, la sustracción y sustitución de la autoridad, la decolonización de la salud global debe centrarse entonces en restituir lo que se sustrajo y enmendar lo que se desvirtuó”.

La salud global es una disciplina que surgió de la medicina tropical y la salud internacional. Las definiciones de salud global están condicionadas por quién define la salud global y con qué fines. Una definición utilizada habitualmente que puede servir para nuestros fines es «un área de estudio, investigación y práctica que prioriza **mejorar la salud y lograr la equidad en materia de salud para las personas de todo el mundo**. La salud global hace especial hincapié en los problemas, determinantes y soluciones sanitarios transnacionales». ⁴

En esta definición no solo se incluye la cuestión de mejorar la salud para las personas de todo el mundo, sino también hacerlo de una manera que sea equitativa y, por tanto, respetuosa con todas las partes implicadas. Desde este punto de vista, la salud global tiene una **dimensión** intrínsecamente **ética**, mediante la cual, la ética no debe entenderse solo desde la perspectiva de las decisiones y acciones individuales, sino también desde la de las formas estructurales de la justicia y la injusticia. Dado que el colonialismo y la colonialidad juegan un papel importante en las estructuras que gobiernan el mundo, el compromiso con la salud global requiere un compromiso con la colonialidad. Un ejemplo de esto es el hecho de que, mientras que las instituciones de salud global intentan resolver los problemas sanitarios que se observan principalmente en el Sur global, **los poderes, los conocimientos y los responsables** se encuentran en el Norte global. ⁵

Si la decolonización trata sobre abordar el daño moral concreto de la colonización, la sustracción y sustitución de la autoridad, la decolonización de la salud global debe centrarse entonces en restituir lo que se sustrajo y enmendar lo que se desvirtuó.

Se han propuesto **diferentes marcos** para desarrollar un agenda decolonial de salud global. Por ejemplo, Atuire y Bull ⁶ sugieren una estrategia triple de decolonización hegemónica, epistémica y comprometida. Otra estrategia es preguntarse dónde se generan los conocimientos de salud global ⁷ y quién ostenta el poder. En lo que respecta a los conocimientos, Pratt y De Vries ofrecen un relato tripartito de la justicia epistémica que es útil para que los actores y las instituciones se cuestionen el grado en el que el colonialismo está presente en sus estructuras, decisiones y acciones. En cuanto a la ética en materia de salud global, preguntan quién está generando los conocimientos de ética; qué teorías y conceptos se están aplicando para generar dichos conocimientos y qué voces se consultan, documentan y utilizan para generarlos.

SECCIÓN 3:

Una agenda para la decolonización

“Esta herramienta no es integral; está destinada a desencadenar un proceso de reflexión que pueda conducir al cambio. Esta forma de cambio puede ser progresiva y gradual, con objetivos mensurables”.

Inspirándome en estas fuentes y otras, propongo una estrategia para incluir las perspectivas decoloniales en ISGlobal. He generado una tabla que podría utilizar el personal de ISGlobal como **guía de reflexión** para pensar en cómo mejorar una agenda de decolonización. Recomendando que esta herramienta sea un instrumento de diálogo deliberativo para reconocer los logros positivos y debatir las medidas concretas que puede tomar el instituto.

La herramienta está organizada en forma de tabla. La columna de la izquierda representa el marco de la colonialidad de acuerdo con las tres palabras clave descritas anteriormente; epistemicidio, ecocidio y genocidio. La fila superior de la tabla combina las ideas de Atuire y Bull, y las de Pratt y De Vries, para generar **tres ámbitos de actuación** en un esfuerzo por mejorar una agenda de decolonización. Estos tres ámbitos son: hegemonía/poder, abolicionismo y mentalidad de compromiso.

- El ámbito de **hegemonía/poder** analiza y trata los problemas de control, desautorización y dependencia. Al pensar en la hegemonía, se nos invita a examinar los problemas de poder y emancipación con el objetivo de lograr una distribución más equitativa del poder entre las partes interesadas, especialmente aquellas a las que se ha despojado del poder mediante el colonialismo.
- La estrategia **abolicionista** consiste en preguntar qué actitudes, acciones y posturas que afianzan el colonialismo deberían cesar. A menudo pensamos en el cambio como una cuestión de hacer algo. El abolicionismo nos invita a pensar en el cambio de una manera diferente, es decir, a eliminar lo que es perjudicial para la persecución de los fines deseados.
- Por último, **mentalidad de compromiso** significa hacer un esfuerzo consciente por ir más allá del *statu quo* para fomentar los fines deseados. Esto puede requerir que salgamos de nuestra zona de confort y nos comprometamos con nuevas partes interesadas, nuevas ideas y, en cierta medida, nos hagamos más vulnerables y responsables ante un amplio abanico de audiencias.

Esta herramienta no es integral; está destinada a desencadenar un proceso de reflexión que pueda conducir al cambio. Esta forma de cambio puede ser progresiva y gradual, con objetivos mensurables.

TABLA 1. Boceto de un marco para pensar en la decolonialidad, la justicia y la equidad. El cambio puede ser progresivo.

COLONIALIDAD/ DECOLONIALIDAD	HEGEMONÍA/ PODER	ABOLICIONISMO	MENTALIDAD DE COMPROMISO
EPISTEMICIDIO	¿Qué conocimientos, de quién y de qué voces se incluyen en los programas académicos y de investigación? ¿Cómo se atribuye el mérito de los materiales académicos (publicaciones, títulos, premios, propiedad intelectual)?	¿Qué conceptos heredados sobre el colonialismo y la supremacía de los blancos (vocabulario, términos como «medicina tropical», «tercer mundo», «desarrollo de capacidades») deberíamos abandonar? ¿Qué formas de violencia epistémica practicamos que deban frenarse?	¿Qué conocimientos y voces deberíamos buscar de forma proactiva para incluirlos en nuestros programas? ¿Qué tipos de inclusión e intercambio de conocimientos incómodos estamos dispuestos a admitir? ¿Qué formas de inclusión deberíamos incorporar en nuestros materiales académicos para garantizar la equidad en el reconocimiento de las contribuciones de las personas y los grupos menos poderosos?
ECOCIDIO	¿Cómo influye el modelo de negocio de nuestra institución en los sistemas que reducen las poblaciones de la periferia para trabajar y servir a los centros de poder? ¿En qué medida son ecológicos nuestros espacios y nuestros hábitos de trabajo y transporte? ¿Qué tipo de responsabilidad con las poblaciones a las que queremos servir en materia de salud global está incluida en nuestra <i>praxis</i>?	¿Cuándo fue la última vez que revisamos e interrumpimos o modificamos las relaciones con nuestros socios, proveedores, etc., desde una perspectiva que fomenta la equidad y la sensibilización ecológica?	¿Qué directrices podemos adoptar para evitar que nuestro trabajo alimente modelos que empobrecen a las personas y comunidades que históricamente hemos marginado?
GENOCIDIO	¿Quién ostenta el poder en nuestra organización? ¿Cómo está esto relacionado con las categorías (biológicas) moralmente insignificantes?	¿Qué grupos de personas excluye sistemáticamente nuestro sistema de selección (personal y estudiantes) y cómo podemos detener esto?	¿Cómo podemos garantizar de forma proactiva que las personas marginadas (por su género, raza o religión) estén incluidas, no solo numéricamente, sino también significativamente, en nuestros espacios?

Fuente: Caesar Atuire.

SECCIÓN 4:

Observaciones finales

Se ha argumentado que la decolonización de la salud global es un mito. En palabras de Richard Horton de *The Lancet*, «el proyecto de decolonización de la salud global tiene un defecto trágico. Cuando un imperio cae, será sustituido por otro y, a menudo, por otro más insidioso y peligroso que su predecesor. La idea de que la salud global puede deshacerse del colonialismo es un mito reconfortante, pero engañoso». ⁸ Más recientemente, Horton advirtió de los excesos de los decolonizadores comparándolos con progresistas cuya introspección se inclina hacia una «obliteración interna» que está «evolucionando actualmente en la salud global». Advierte a la comunidad de la salud global contra la pérdida de «la verdadera historia de quienes son realmente nuestros oponentes, los que tratan de destruir las condiciones necesarias para lograr el derecho a la salud, la equidad, la libertad y la justicia social. **Los enemigos reales de los valores que defendemos** no se encuentran en las filas de la salud global. Se encuentran en los gobiernos que instintivamente desconfían de las organizaciones globales y desean minarlas y retirarles su financiación. Los encontraremos entre aquellos que demonizan a las personas refugiadas. Son los escépticos en cuanto al cambio climático, los antivacunas y aquellos que divulgan información científica falsa. Son quienes atacan la redistribución de la riqueza, quienes creen que la guerra trae paz y quienes defienden el racismo bajo el disfraz de patriotismo». ⁹

El argumento de Horton es que los decolonizadores están deteriorando la salud global de formas que podrían conducir a un debilitamiento de todo lo bueno que ha logrado hasta ahora la salud global y distrayendo la atención de los verdaderos enemigos de los objetivos de equidad que persigue la salud global. Aunque hay buena parte de verdad y sentido en lo que dice Horton, también hay una insidiosa falacia en su argumentación que intenta ocultar con una apelación al pragmatismo. El bien que ha logrado la salud global no se puede utilizar como excusa para tapar las brechas de **injusticia estructural y real en el ámbito de la salud global**. Y esto es lo que señalan los decolonizadores. En segundo lugar, aunque puede ser cierto que una introspección excesiva puede conducir a la inacción, también merece la pena parafrasear la idea de Sócrates de que «una vida sin examen carece de sentido y propósito de existencia». Por tanto, los llamamientos decoloniales emplazan a examinar las premisas teóricas y la *praxis* en materia de salud global, y no representan necesariamente una amenaza para la prosperidad de la salud global. Y aun es más, resulta discutible que solo **un marco de salud global robusto, equitativo y verdaderamente inclusivo** sea lo suficientemente fuerte para vencer a esos oponentes en los que él recomienda que centremos nuestra atención.

“El bien que ha logrado la salud global no se puede utilizar como excusa para tapar las brechas de injusticia estructural y real en el ámbito de la salud global. Y esto es lo que señalan los decolonizadores”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nkrumah, K. (2004). *Neo-colonialism: The last stage of imperialism* (reimpresión). Panaf.
2. Santos, B. de S. (2018). *The end of the cognitive empire: The coming of age of epistemologies of the South*. Duke University Press.
3. Renzo, M. (2019). Why Colonialism Is Wrong. *Current Legal Problems*, cuz011.
<https://doi.org/10.1093/clp/cuz011>
4. Pinto, A. D., & Upshur, R. E. G. (2009). Global Health Ethics for Students. *Developing World Bioethics*, 9(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-8847.2007.00209.x>
5. Nassiri-Ansari, T., & McCoy, D. (2023). *World-class universities? Interrogating the biases and coloniality of global university rankings*. Universidad de las Naciones Unidas - Instituto Internacional de Salud Global.
<https://doi.org/10.37941/PB/2023/1>
6. Atuire, C. A., & Bull, S. (2022). COVID-19 Heightens the Imperative to Decolonize Global Health Research. *Global Justice: Theory Practice Rhetoric*, 13(02), 60-77.
<https://doi.org/10.21248/gjn.13.02.257>
7. Bridget Pratt & Jantina de Vries. (2023). Where is knowledge from the global South? An account of epistemic justice for a global bioethics. *Journal of Medical Ethics*, 49(5), 325.
<https://doi.org/10.1136/jme-2022-108291>
8. Horton, R. (2021). Offline: The myth of “decolonising global health”. *The Lancet*, 398(10312), 1673.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02428-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02428-4)
9. Horton, R. (2023). Offline: The case for global health. *The Lancet*, 401(10389), 1639.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01005-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01005-X)

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

Una iniciativa de:

