

Allan Rodríguez Artavia

Enfermero  
Ginecoobstetra y  
Perinatal, Doctorando  
en Estudios de la  
Sociedad y Cultura,  
UCR. Hospital San  
Vicente de Paúl.

✉ allanrodriguez.a@gmail.com

Recibido: 11/09/2015  
Aceptado: 20/01/2016

# La decolonización del conocimiento en las ciencias de la salud: una necesidad emergente que no puede retrasarse

*The Decolonization of Knowledge in Health Sciences, an Emerging Need that cannot be Delayed*

## RESUMEN:

El presente trabajo, busca, por medio de la reflexión interpuesta desde el pensamiento de Ramón Grosfoguel, abordar, desde la visión actual de las ciencias de la salud bajo el modelo occidental, la necesidad de una decolonización del conocimiento como medio para un cambio del paradigma. Para ello se ofrece dos perspectivas; en la primera se hace un cuestionamiento al modelo del conocimiento occidental en salud como estrategia para concretar un epistemicidio al saber cultural. En la segunda se comenta sobre las intersectorialidades en salud y cómo, por medio de la coloniedad del poder en zonas del ser y no ser, propician que los profesionales de la salud ocupen un lugar de privilegio. Se finaliza con una reflexión acerca de la necesidad de adoptar la decolonización del conocimiento en salud como estrategia para acortar las diferencias y privilegios epistemológicos como puerta de entrada a los pluriversos y otras formas del saber.

## ABSTRACT:

*By means of a reflection from the thought of Ramón Grosfoguel, this essay seeks to address - from the current view of health sciences under the Western model - the need for a decolonization of knowledge as a means for a change in paradigm. To do so, two perspectives are presented: the first is questioning the healthcare Western-knowledge model as a strategy to carry out an epistemicide to cultural knowledge. The second perspective, discusses the interdepartmentality in health and how, through power colonization in areas of being and not being, encourage health professionals to occupy a place of privilege. It ends with a reflection on the need for health knowledge decolonization as a strategy to shorten the epistemological differences and privileges as a gateway to pluriverse and other forms of knowledge.*

## PALABRAS CLAVE:

Occidentalidad, epistemicidio, decolonización, conocimiento, salud, Grosfoguel.

## KEY WORDS:

Pro-Western stance, epistemicide, decolonization, knowledge, health, Grosfoguel.



## INTRODUCCIÓN.

**D**e Sousa Santos, citado por Grosfoguel (2011), plantea que “*la comprensión del mundo es mucho más amplia que la comprensión occidental del mundo*” (p.97). Esta idea refiere a la necesidad de efectuar una apertura que permita ver desde los ojos de la occidentalidad las diferentes acciones de la vida o conocimiento sin creer que solo existe una forma válida de abordar la realidad. Una forma de ampliar el marco de lectura del conocimiento consiste en utilizar los lentes de la decolonización para entender que también desde otras culturas y tradiciones no occidentales, también se tiene valores, conocimiento, construcción y saber, todos tan válidos y útiles como la misma construcción occidental.

Dentro de concepción de la occidentalidad, a la cual pertenecen una buena parte de los graduados universitarios y en general gran parte de la ciudadanía de este lado del mundo (Occidente), la interpretación y comprensión del universo desde el constructo de Boaventura De Souza, resulta enigmático, dado que la formación recibida no admite otras perspectivas más la establecida.

Dada esta realidad se hace necesario no solo un simple análisis — como lo mencionaba Foucault — de la microfísica del poder, sino que se vuelve perentorio averiguar cómo estos dispositivos han inculcado

en los diferentes aparatos “*la celda, el taller, el hospital*”, entre otros (Foucault, 2008, p.256), mecanismos que regulan la construcción de visiones y posiciones. A la vez de como han contribuido a la formación de las mentalidades occidentalizadas y han creado una atmósfera de superioridad que marcan una línea entre el ser y no ser (De Souza Santos, citado por Grosfoguel, 2011).

Esta visión basada en los argumentos planteados por Fanon y De Souza Santos, autores vitales dentro de la propuesta de Grosfoguel, permite abordar desde una nueva perspectiva, el conocimiento en las ciencias de la salud, las implicaciones tanto a nivel pragmático como teórico que ésta tendencia encierra, y el imperativo de hacer un quiebre en la concepción actual tradicional.

Para ello se propone como medio de reflexión la propuesta teórica de Grosfoguel, y su teoría de la decolonización del conocimiento. Este instrumento permite establecer, como lo indicaba Quijano (1991), una descolonización epistémica y desconectarse del eurocentrismo (Grosfoguel, 2011) para considerar los pluriversos dentro de la formación estructural de la cultura y del saber.

## **EL CONOCIMIENTO OCCIDENTAL EN SALUD: ¿UN EPISTEMICIDIO AL SABER CULTURAL?**

Como fuese abordado por Grosfoguel (2013) dentro de las estructuras epistemológicas, los aparatos del poder a través de los centros de enseñanza superior juegan un papel trascendental en la creación de las actuales mentalidades dado a que detrás de tales estructuras, se ha privilegiado el conocimiento y pensamiento de países específicos como Alemania, Italia, Francia, Inglaterra y Estados Unidos quienes imponen bajo una perspectiva de pensamiento “innovador” o “práctico” un privilegio epistemológico, sobre las demás formas de saber sustentantes que giran alrededor de las diferentes culturas y mundos particulares.

No obstante, el principal problema no reside en la construcción que se ha forjado a lo largo de la construcción de la historia y la universalización del pensamiento de esos cinco países sino más bien la represión que ellos han hecho de esas otras formas de pensamiento emergente de las otras latitudes del mundo, lo cual impone no solo una hegemonía desde el pensar, sino desde el actuar. Esta hegemonía, con el favor que le brinda la universidad, infunde y construye élites occidentales que ayudan con el tiempo a mantener el mismo sistema-mundo, así como las actuaciones que siguen privilegiando la occidentalización, el desprestigio y minimización hacia lo no occidental, lo que conlleva de forma simple a un epistemicidio del saber.

No es por tanto extraño, que dentro de este contexto de la occidentalización, la medicina y demás disciplinas que se derivan o acompañan a ésta rama del saber hayan tendido a repetir el patrón del privilegio epistémico. Durante años se ha dado prioridad en la enseñanza a la duplicación de occidentalismo, incluyendo a modo de ejemplo la repetición de los postulados de Galeno, las taxonomías de Linneo, las invenciones de Fleming o teorías de Darwin, para comprender, interpretar y construir la ciencia desde una sola manera, revalidando insistentemente un pensamiento privilegiado en donde se resalta lo estrechamente anglosajón y euro centrista.

No se puede negar que el positivismo, el método científico, la metodología cuantitativa se han hecho inherentes a esta forma de pensar en salud como lo único con “validez”, “la ciencia real”, “lo creíble”, y por tanto lo replicable a través del tiempo, perdiendo la percepción consciente o inconsciente que todo este esquema siempre se entraba bajo un contexto de occidentalidad y repetición del privilegio epistémico.

Se puede decir sin recato, que se ha dado un epistemicidio del conocimiento y del saber cultural, cuando en la salud, por medio de la implementación de la medicina alopática como única terapéutica posible, no se da la oportunidad de compartir, tratar o curar con otras formas de saber, desaprovechando conocimientos milenarios, simplemente por el hecho que no corresponden al “combo” del pensamiento privilegiado. Dicha tendencia ha construido en la salud una especie de burbuja de cristal que no quiere que le penetre otros saberes por temor a que estos pongan en peligro la estructura de privilegio como tal. Esta actitud provoca que se nieguen dentro de la atención de las enfermedades, muchas de las bondades y técnicas médicas que otras

culturas han formulado (la acupuntura, la farmacopea, la botánica, la homeopatía, la reflexología, la ayurveda, la medicina tradicional china) perjudicando finalmente al usuario(a) de la atención, pues no se logra ofrecer otras alternativas tan confiables o mejores a la medicina alopática. La causa: una ideología y mecanismo de poder que no permite desde la occidentalidad y su ciencia atraer otros saberes.

Desde este sistema, la atención en salud se convierte en un constructo que sin duda mata el saber, (epistemicidio) y priva al “paciente” de otros beneficios, pues no encuentra desde la formulación del “sistema imperialista/ occidental céntrico/ capitalista/ patriarcal/ moderno/colonial” (Grosfoguel, 2011), otras formas concebibles y aplicables de que no sean “sí mismas”, perjudicando por cosas de ideología hasta la misma salud de sus integrantes.

El negarse a aceptar que existen saberes tan efectivos o mejores a los que desde la occidentalidad se aplican, simplemente es anular el conocimiento por privilegiar una razón des fundamentada de poder. Lo doloroso de ello es que las mismas élites que propician la occidentalidad podrían obtener beneficios para sí y para la comunidad si simplemente se abriesen a estos otros saberes.

## **INTERSECTORIALIDADES EN SALUD, EMERGENCIA DE UNA DECOLONIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO**

Como lo indica Grosfoguel (2011), haciendo alusión a Quijano (2000), dentro del mundo capitalista/occidental/imperial/colonial, existe una línea divisoria trasversal que atraviesa las relaciones de opresión de clases, sexualidad y género, entre algunas otras relaciones.

Esta línea que la llama el autor como la “coloniedad del poder” (Grosfoguel, 2011), es la que crea un mundo de seres y de no seres y posiciona en cada uno de dichos mundos formas diferentes de relación y visualización del conocimiento, en los cuales por medio de las relaciones de poder que giran en cada sitio, se establece hasta una visión de humanidad y dignidad diferentes entre las mismas personas.

Para el caso de las ciencias de la salud, esta “coloniedad del poder” no pasa desapercibida, pues crea Intersectorialidades que pueden deslumbrarse desde una primera instancia con el objeto y sujeto del análisis (“usuario o paciente”), o con los mismos integrantes de la rama de la salud (los profesionales y no profesionales de las diferentes disciplinas). A partir de aquí se llega inclusive a crear una relación de división no solo interna sino que a la vez atañe a la sociedad en general en relación al gremio de la salud. Estas Intersectorialidades privilegian a los médicos, farmacéuticos, microbiólogos, enfermeros, entre otros, para ocupar diferentes puestos a nivel gerencial, social, económico, político, aunque no sepan ni fueran formados para ello, simplemente por el hecho de tener un conocimiento y un poder sobre la salud, elemento que si bien es importante en las sociedades no lo es todo.

Las distinciones de privilegio son asignadas por el hecho de optar por un saber que desde la occidentalidad interpela una forma de poder sobre los demás, y crea entre estos profesionales y el resto de las personas zonas de ser y no ser, en donde evidentemente la mayoría de la

*Durante años se ha dado prioridad en la enseñanza a la duplicación de occidentalismo, incluyendo a modo de ejemplo la repetición de los postulados de Galeno, las taxonomías de Linneo, las invenciones de Fleming o teorías de Darwin, para comprender, interpretar y construir la ciencia desde una sola manera, revalidando insistentemente un pensamiento privilegiado en donde se resalta lo estrechamente anglosajón y eurocentrista.*

población se encuentra en esa región de no privilegio y por ende aunque sean la mayoría son minorizados y en parte hasta excluidos.

Las relaciones de poder en torno a un saber también encuentra dentro de sí mismas múltiples debilidades y exclusiones, dado que si bien todos forman parte de la rama de la salud, dentro de los mismos profesionales se crean Intersectorialidades y círculos de ser y no ser, en donde no se le da la misma credibilidad y privilegio a la investigación o conocimiento médico que al de psicología o de enfermería. Tampoco se visualiza con la misma importancia o privilegio los aportes dentro de la misma rama médica de las diferentes disciplinas o especialidades, aún todas partiendo de un tronco común que es medicina general.

Las zonas de ser y no ser encuentran la máxima expresión del privilegio dentro del pensamiento occidental, en la relación del profesional de la salud y el usuario de la atención o “paciente”, ya que por la herencia de un pensamiento desde el paternalismo médico se desvirtualiza en muchas ocasiones la condición de dignidad como persona, ubicándole desde la mera manifestación patológica, o parte del cuerpo o número de cama o habitación. Esta situación convierte a la población, como lo comenta Grosfoguel (2011) en sujetos no racionalizados pues no tienen conocimiento sobre el arte del diagnóstico y curación de las enfermedades y los ubica como seres inferiores, a los cuales se les deshumaniza (De Souza Santos 2010, citado por Grosfoguel 2011). Tampoco se les atiende con la importancia merecida aún cuando por derecho de autonomía exigen respecto hacia su voz y decisión sobre el propio cuerpo.

Se puede decir que existe desde la concepción del ser en sector salud una extrapolación de zonas o pequeñas islas del “no ser”, las cuales, si bien no se representan a nivel del gremio profesional, con la violencia o deshumanización extrema que cita de Souza Santos (2010), son representaciones de las problemáticas internas de la zona en donde se des-privilegia momentáneamente a algunos actores ubicándolos en

condiciones que les incomoda y desubica del estado de confort en el cual se encuentran.

El principal problema que surge en torno a las disciplinas de la salud, no es la relación interna entre las ramas como tal, pues las mismas no se salen de la zona del ser o del privilegio, sino más bien en cómo ve éste grupo la relación con lo que se encuentran fuera del círculo, pues a éstos, el grupo de la salud los posiciona en la zona del no ser, creando con ello una conducta en donde no hay interés por el conocimiento que se pueda generar, ni preocupación palpable sobre las manifestaciones que realicen. Más bien se les excluye, deshumaniza y ciertamente para lo único que se les requiere es en el tanto este grupo les siga dando un estatus, dinero y rindiendo pleitesía.

Es por ello que dentro de las ramas de la salud se requiere establecer un quiebre paradigmático en la concepción y formulación del conocimiento; desde la visión enfocada en el otro (Levinas, 1999) no se puede seguir interponiendo diferencias entre seres humanos que son todos persona y todos dignos.

Es imperativo introducir en la formación y visión de los nuevos profesionales la decoloniedad del pensamiento y del conocimiento, de modo que, se les permita, desde un enfoque participativo, bioético y constructor poder interactuar con los individuos y comunidades, permitiéndoles a estos últimos formular estrategias que sirvan junto a la intervención guiada y no coaccionada del profesional de la salud, erigir acciones para la salud individual y colectiva que eviten el clasismo y la marcada línea de ubicación entre la zona del ser y no ser.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

Como es mencionado por Grosfoguel (2011) el racismo epistémico es *“...la forma fundacional y la versión más antigua del racismo en cuanto la inferioridad de los «no occidentales» como seres inferiores a lo humanos (no humanos o subhumanos)”* (p.343), dentro de las ramas de la salud con las actuales formas del manejo del conocimiento y trato hacia el resto de la población, el concepto acuñado por Grosfoguel cobra vigencia y se hace imperativo en tanto se siga visualizando a la persona y miembros de la comunidad como seres inferiores (in)humanos, ante el poder que genera el conocimiento del manejo del cuerpo desde estas ciencias.

Indudablemente se tiene que mencionar que si esta tendencia de la occidentalidad se sigue manteniendo de igual manera dentro de la formación universitaria y social, se seguirá replicando las mismas ideologías impidiendo establecer una consciencia de cambio y lograr hacer la intromisión desde las élites de poder.

Pensar en dar la oportunidad al individuo de ser partícipe de las decisiones sobre su cuerpo en materia de salud, permitir y validar la participación de las otras opciones de tratamiento y terapéutica diferentes a la medicina alopática, dejar y no desacreditar el conocimiento cultural en torno a la medicina popular, indígena o tradicional, o posicionar al profesional de la salud en la comunidad, entre las diferentes poblaciones son formas de hacer decolonización del conocimiento y de la salud.

Introducir en la praxis estos conceptos será siempre más factible cuando se inculca desde la formación tales constructos; la diferencia se sitúa en incluir en la currícula universitaria o en la discusión de la clase, una forma de pensar desde la multiplicidad y la variedad evitando caer en purismo ideológico.

Una decolonización del conocimiento está en la actualidad pidiendo su espacio, dado a que son las personas de esa zona del no ser las que piden eliminar las barreras y conformar un solo mundo de iguales, una región de personas en donde al menos se respeten en su forma de ser y pensar, así como en el conocimiento que generan.

¿Será que es tan difícil abrir un poco la mente?, ¿será que se requiere que desde la misma construcción de salud occidental pueda hacerse el quiebre de pensamiento? Estas y otras interrogantes no serían tan difíciles de responder si los miembros de esa zona de privilegio no solo se mirasen hacia sí mismos, sino que pudiesen entender que fuera del pequeño círculo al que pertenecen existe toda una cosmovisión de conocimientos y saberes que vale la pena considerar y de los cuales se puede construir en conjunto.

Comprender el mundo y sus particularidades es mucho más sencillo cuando se deja el occidentalismo y se abre la mente a los pluriversos. Y esta es realmente una necesidad que en las ciencias de la salud no se puede ni se debe seguir ignorando. Si el conocimiento se continúa viendo desde una sola perspectiva, la riqueza de un horizonte plagado de aportes terminará empobreciendo el conocimiento universal. ■

*Pensar en dar la oportunidad al individuo de ser partícipe de las decisiones sobre su cuerpo en materia de salud, permitir y validar la participación de las otras opciones de tratamiento y terapéutica diferentes a la medicina alopática, dejar y no desacreditar el conocimiento cultural en torno a la medicina popular, indígena o tradicional, o posicionar al profesional de la salud en la comunidad, entre las diferentes poblaciones son formas de hacer decolonización del conocimiento y de la salud.*

---

## Bibliografía.

---

- » Foucault, M. (2008) *Vigilar y castigar nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores, Argentina.
- » De Sousa Santos, B. (2006) *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. (Encuentros en Buenos Aires), CLACSO: Buenos Aires. Material en línea disponible desde: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/santos/santos.html>
- » \_\_\_\_\_. (2010) *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay. Material en línea disponible desde: [http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Descolonizar%20e1%20saber\\_final%20-%20C%3%B3pia.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Descolonizar%20e1%20saber_final%20-%20C%3%B3pia.pdf)
- » Fanon, F. (2010) *Piel Negra, Máscara Blancas*. Editorial Akal, Madrid.
- » Grosfoguel, R. (2013) *Decolonización del conocimiento y descolonización de los paradigmas de la economía política: ¿qué alternativas ante el sistema-mundo actual?* Curso Corto. Doctorado en Estudios de la Sociedad y Cultura, Universidad de Costa Rica.
- » \_\_\_\_\_. (2012) El concepto de «racismo» en Michel Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser? Material en línea disponible desde: <http://www.revistatabularasa.org/numero-dieciseis/05grosfoguel.pdf>
- » \_\_\_\_\_. (2011) *Racismo epistémico, islamofobia epistémica y ciencias sociales coloniales*. Revista *Tabula Rasa*, núm. 14, enero-junio, 2011, pp. 341-355, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Colombia.
- » \_\_\_\_\_. (2011) *La descolonización del conocimiento: diálogo crítico entre la visión descolonial de Frantz Fanon y la sociología descolonial de Boaventura De Sousa Santos*. En *Formas-Otras: Saber, nombrar, narrar, hacer*. Material en línea disponible desde: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/RAMON%20GROSFOGUEL%20SOBRE%20BOAVENTURA%20Y%20FANON.pdf>
- » Levinas Emmanuel. (1999) *Totalidad e Infinito. Ensayo sobre la exterioridad*. Ediciones Sígueme. Salamanca.
- » Quijano, A. (2000) *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. En libro: *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Edgardo Lander (comp.) CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina. Material en línea disponible desde: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf>
- » \_\_\_\_\_. (1991) *“Colonialidad y modernidad/Racionalidad”*. Perú Indígena. No. 29. p. 11-21. Perú.

# Enfermería *en* Costa Rica

*Desde 1978, Decana en Centro América*

TAMBIÉN EN FORMATO ELECTRÓNICO:

[WWW.ENFERMERIA.CR/REVISTA](http://WWW.ENFERMERIA.CR/REVISTA)

