



CLACSO
Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

GRUPO DE TRABAJO
**SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA**

Edición XI

Dossier Salud desde el Sur



SOBERANÍA SANITARIA: IMPLICANCIAS TEÓRICAS Y GEOPOLÍTICAS DE UNA ESTRATEGIA REGIONAL

Autor Gonzalo Basile



FLACSO
REPUBLICA
DOMINICANA

Facultad
Latinoamericana de
Ciencias Sociales
Programa República Dominicana

Programa de Salud Internacional

diciembre
2023

PROLOGO

Como parte de las producciones y dinámicas de la agenda del Grupo de Trabajo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), deseamos presentarles una nueva edición de los Dossier de Salud Internacional Sur CLACSO.

Este es un trabajo conjunto del Programa de Salud Internacional de FLACSO RD (Programa República Dominicana) y el GT regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO.

Los Dossier buscan ser un aporte en la producción y difusión de conocimientos e innovación hacia unas nuevas epistemologías de la *Salud desde el Sur*, contribuyendo a desarrollar este marco conceptual, metodológico y de geopolítica pública para incidencia a nivel regional como nacional.

Esperamos sea de interés para centros miembros CLACSO, universidades y comunidad científica del campo de estudio, movimientos sociales, centrales sindicales y organizaciones de sociedad civil, organismos regionales como así en la gestión pública y Gobiernos de Latinoamérica y el Caribe especialmente.

En esta Edición Especial, **el Programa de Salud Internacional de FLACSO República Dominicana** espacio de investigación y formación especializada en salud internacional en el Caribe y el GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO, presentan el resultado de una matriz de estudio y trabajo sobre Salud desde el Sur y Soberanía Sanitaria.

Esperamos sean de vuestro interés y difusión.

Edición - Dossier Salud desde el Sur:

Dr. Gonzalo Basile

Dir. Programa Salud Internacional Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales -República Dominicana (FLACSO RD)

SOBERANÍA SANITARIA: IMPLICANCIAS TEÓRICAS Y GEOPOLÍTICAS DE UNA ESTRATEGIA REGIONAL

Gonzalo Basile ¹

RESUMEN: El presente Dossier es fruto de una revisión sistemática combinada al análisis de contenidos documentales aplicándola a la doctrina panamericana en el campo de la salud pública e internacional para Latinoamérica y el Caribe. A partir de una matriz de estudio regional elaborada dentro del GT de Salud Internacional de CLACSO como ejercicio de deconstrucción, se caracterizan las teorías y marcos conceptuales que fundamentaron la genealogía de la vigente salud internacional panamericana con sus implicancias sobre los diversos procesos inconclusos de integración regional en salud latinoamericanos caribeños en el siglo XX y XXI, se describen las dependencias político-sanitarias que la doctrina panamericana reproduce y sus imbricaciones con la descoordinación regional en el campo de la salud internacional desde Latinoamérica y el Caribe. Por último, a partir de las implicancias de la categoría determinaciones internacionales de la salud desde las epistemologías de la Salud desde el Sur, se problematizan las rupturas epistémicas, geopolíticas y categoriales que asumen los flujos de soberanía sanitaria como estrategia regional.

Palabras claves: Soberanía Sanitaria – Salud desde el Sur – Salud Internacional – Integración regional

Cita: Basile, Gonzalo. (2023). “*Soberanía sanitaria: implicancias teóricas y geopolíticas de una estrategia regional*”. En XI Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2023.

Fecha: Diciembre 2023

ISBN: 978-9945-18-776-2

XI Dossier Salud Internacional Sur Sur

Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO

¹ <https://orcid.org/0000-0002-2251-0541> Epidemiólogo y cientista social. Director Programa Salud Internacional FLACSO República Dominicana, Coordinador regional GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO.

Introducción

El estudio de la doctrina panamericana como proceso estructurante de la colonialidad del poder y del conocimiento sanitario en la región de Latinoamérica y el Caribe (Basile, 2020a: 204), resulta primordial para comprender las relaciones entre salud y geopolítica con sus derivados impactos en el tipo de epidemiología con la clasificación y priorización de ciertas enfermedades; la transnacionalización de modelos de atención médica y hospitalaria; el diseño de políticas y sistemas de salud; la importación de tecnologías sanitarias; la compra y tipo de consumo de medicamentos y vacunas; las miradas neoclásicas de la economía del sector salud; la matriz de respuesta a epidemias y emergencias de salud pública, entre otras. La dependencia epistémico-teórica y técnico-política no escapó a la impronta de la teorización operacional de una salud internacional *panamericana* que se fue moldeando a lo largo de todo el siglo XX no tan sólo de forma enunciativa y discursiva, sino que, por décadas, construyó un instrumental determinante de la delimitación de la agenda regional de la salud pública como de la gestión y gobierno sanitario.

Actualmente la cuestión de la *doctrina panamericana* en el campo de la salud internacional está siendo vigorosamente debatido desde las nuevas corrientes del pensamiento crítico latinoamericano y las epistemologías de la salud desde el Sur (Basile, 2022: 65-72). En esencia, el argumento central es que las viejas y renovadas bases doctrinarias de la salud internacional *panamericana* que naturalizaron y estabilizaron una dependencia político-sanitario durante tanto tiempo en la región latinoamericana caribeña se hallan en declive, lo que da origen a otras nuevas epistemologías, prácticas y políticas,

y a su vez al mismo tiempo inserta crisis epistémico-teóricas tanto en la salud pública funcionalista como en las corrientes desarrollistas médico-sociales.

Esta llamada *crisis de identidad panamericana* tanto en la salud pública como también en la medicina social desarrollista es parte de un proceso más amplio de flujos de cambios que están dislocando los procesos y estructuras centrales de la dependencia académica al sistema mundo contemporáneo en sus intersecciones entre modernidad-colonialidad e incluso ubicando en revisión las bases que se le otorgaron a las corrientes críticas de medicina eurocéntricas un anclaje de reproducción estable en el mundo de la ecología de saberes en el Sur global.

Así se vislumbran movimientos de *aggiornar*, actualizar y latinoamericanizar la crisis del panamericanismo sanitario, o bien, en construir una alternativa al panamericanismo en crisis.

En principio, señalar un rasgo distintivo de la crítica deconstructiva a la que son sometidos muchos de los conceptos esencialistas y totalizantes que trae la racionalidad universalista, moderna y monocultural de los engranajes de la biomedicina clínica moderna, la salud pública funcionalista y sus enclaves geopolíticos con la salud internacional panamericana y la salud global (Basile, 2022: 65-72). “Buscan transformar al mundo” desde la *epistemología del punto cero* (Castro Gómez, 2003), es decir, hay un uso del mito universalista que encubre quien habla y cuál es la localización epistémica en las estructuras de poder desde la cual ese sujeto enuncia y totaliza el conocimiento.

Esta epistemología del *punto cero*, universalista y totalizante, se reproduce tanto

en los engranajes empírico funcionales de la biomedicina y salud pública como de las corrientes médico-sociales.

A diferencia de las formas de crítica que apuntan a reemplazar conceptos inadecuados por otros «más verdaderos» o que aspiran a la producción de un conocimiento positivo, el enfoque deconstructivo somete a «borradura» los conceptos clave de un sistema de conocimientos y categorías que son operados tanto por vertientes empírico-funcionales de la salud pública como de corrientes críticas médico-sociales eurocentradas. Esto indica que ya no son útiles, no son «buenos para ayudarnos a pensar» en su forma originaria y no reconstruida (Hall, 2008: 121-144). Pero como no fueron superados dialécticamente y no hay otros sistemas categoriales alternativos ni diferentes que puedan reemplazarlos, no hay más remedio que seguir pensando con ellos, aunque ahora sus formas se encuentren destotalizadas o deconstruidas y no funcionen dentro del paradigma en que se generaron en un principio (Hall, 2016: 56). La línea que simplemente los critica o los tacha permite, paradójicamente, que se los siga leyendo o utilizando.

La afirmación de que las identidades modernas panamericanas de salud internacional están siendo “descentradas”; esto es, dislocadas o criticadas o suplantadas o a veces simplemente arregladas para adaptarlas a un clima de época donde incorporar lo decolonial, lo intercultural, lo afro, son *aditivos* acumulados sobre la misma doctrina y bases teórico-conceptuales y metodológicas.

El objetivo entonces es estudiar estas afirmaciones, entender lo que conlleva, describir y discutir cuáles podrían ser sus consecuencias probables. Atreverse a pensar

en el límite, pensar en los bordes (Hall, 2008: 121). Atreverse a enunciar nuevas preguntas, a recuperar un conocimiento crítico sanitario con humildad, contingencia, complejidad e incompleto (Almeida Filho, 2020: 27).

A lo largo de este artículo estaremos introduciendo algunas revisiones teóricas y documentales sobre el panamericanismo y sus relaciones con la geopolítica de la salud internacional y examinando rasgos contradictorios que la afirmación “descentrada”, en sus formas más simples, deja de lado que no significa que la doctrina panamericana sanitaria esté en proceso de extinción o eliminación en su peso conceptual y especialmente técnico-político en la región latinoamericana y caribeña. Por consiguiente, las formulaciones que se encuentren en este texto son provisionales y están abiertas a la reflexión crítica, a una matriz de estudio basado en temporalidades contingentes y de complejidad. En la segunda parte del artículo, a partir de una revisión teórica, se esbozan la caracterización de intersecciones y aportaciones conceptuales y de políticas públicas desde donde pensar la estrategia de soberanía sanitaria regional para Latinoamérica y el Caribe.

Características de la salud internacional panamericana en Latinoamérica y el Caribe

El campo de la salud ha estado presente en el cuerpo epistémico y operativo de la doctrina panamericana desde finales del Siglo XIX (Basile, 2020a: 204). En concreto, para Latinoamérica y el Caribe lo que se puede identificar con salud internacional reproduce este ideario.

La revisión del panamericanismo sanitario es un ejercicio conceptual sustancial, porque esta geopolítica tiene incidencia directa sobre el nacimiento, crecimiento e institucionalización del *regionalismo* en base

a un tipo de salud pública funcionalista (Basile y Rivera Díaz, 2022: 39).

Desde un punto de vista decolonial es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemonizó la salud pública internacional en territorio latinoamericano y caribeño desde fines del siglo XIX y durante todo el siglo XX (Basile, 2020a: 204). Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante en la región de “*las Américas*” como un todo uniforme no pueden comprenderse sin esta matriz panamericana de por medio.

Como primera dimensión general de estudio, es necesario caracterizar de forma sistemática las implicancias del panamericanismo como doctrina de política exterior para el campo de la salud internacional en la región. Imbricar la relación entre panamericanismo y salud internacional.

Latinoamérica y el Caribe pasaron de estar bajo la hegemonía económica española e inglesa a integrar la poderosa esfera de influencia económica y política de los Estados Unidos, lo que en más de una oportunidad se tradujo en intervenciones militares directas. Ya a partir de la Primera Guerra Mundial (1914-1919), la inversión económica y la influencia política norteamericanas fueron dominantes. En un primer momento, según describe Manzur (2002: 39-65) el propósito era impulsar una mayor interacción económica con América Latina y el Caribe que permitiera competir y desplazar a las potencias europeas de esos mercados, que experimentaron un crecimiento notable gracias al boom exportador que trajo consigo la llamada 1ra Globalización (1870-1914). En un segundo momento, fungieron como herramienta de legitimación de la agresiva política intervencionista de hegemonía

estadounidense en Centroamérica y el Caribe. Tres acciones marcaron el interés geopolítico del gobierno de Roosevelt (1901-1909) en la zona: impulsó la independencia de Panamá (rompiendo la Gran Colombia), con miras a hacerse del control del futuro Canal; formalizó un protectorado en la naciente república de Cuba, al incorporar la Enmienda Platt a la primera constitución con lo que garantizó la posibilidad de intervenir política y militarmente en la isla; finalmente, enunció en diciembre de 1904 el llamado Corolario Roosevelt, mediante el cual se auto-asignó el papel de policía del continente.

Por medio de este instrumento, que daría forma a la conocida como política de “El Gran Garrote”, EE. UU. repudió las intervenciones europeas, pero se otorgó el derecho de incursionar a su antojo en otras naciones latinoamericanas bajo el argumento de imponer el orden en caso de que éstas no cumplieran con sus obligaciones económicas.

Hay una coincidencia esencial: la arena panamericana se convirtió en un canal complementario para la dinámica bilateral con el vecino del Norte (Manzur, 2002: 49). La dinámica del panamericanismo imperial de Estados Unidos no podía seguir los patrones de Europa que se vanagloriaba en la tenencia de colonias, virreyes y un orden jerárquico colonial, sino por una expansión geopolítica marcada por intervenciones militares puntuales, la cooptación de clases dirigentes políticas nacionales por la “diplomacia del dólar”, y la conquista de una influencia económica perdurable en el marco de un orden económico mundial donde Latinoamérica y Caribe respondía a una evidente división internacional del comercio y del trabajo.

Una respuesta a las tensiones y a los imperativos derivados de la dominación económica de fines del siglo XIX fue

entonces progresivamente la institucionalización del "panamericanismo".

A partir de ese momento, esta doctrina fue parte sustantiva de la política impulsada por Estados Unidos. Desde fines de la década de 1880, el Secretario de Estado norteamericano James G. Blaine (quien ocupó el cargo entre 1889 y 1892 bajo la presidencia de Benjamín Harrison), promovió la creación de una Oficina de las Repúblicas Americanas para asegurar la estabilidad política y comercial del continente. El "panamericanismo" fue definido para Blaine como las relaciones pacíficas entre los Estados, la mediación diplomática en los conflictos, la reducción de la influencia europea en América y el incremento del comercio de exportación todo bajo los intereses estadounidenses. A partir de esto, las Conferencias Panamericanas fueron parte de los instrumentos donde de forma acumulada se fue modelando la instauración de un panamericanismo imperial promovido por Estados Unidos, que nada tuvo que ver con los intentos de Simón Bolívar.

La 1er Conferencia Panamericana en Washington -precisamente la Primera Conferencia Internacional Americana como se llamó originalmente-, tuvo lugar en la capital estadounidense de Washington D.C. del 2 de octubre de 1889 al 19 de abril de 1890 y dio un impulso extraordinario al panamericanismo: *“con el objeto de discutir y recomendar a los respectivos Gobiernos la adopción de un plan de arbitraje para el arreglo de los desacuerdos y cuestiones que puedan en lo futuro suscitarse entre ellos; de tratar de asuntos relacionados con el incremento del tráfico comercial y de los medios de comunicación directa entre dichos países; de fomentar aquellas relaciones comerciales recíprocas que sean provechosas para todos y asegurar mercados más amplios para los productos de*

cada uno de los referidos países” (Reveles, 2018: 38-78)

El tema principal de las discusiones de esta primera conferencia fue la cuestión aduanera y la adopción de un plan de arbitraje para el arreglo de los desacuerdos y cuestiones que puedan en lo futuro suscitarse entre los países con EE. UU. Aunque se discutieron otros temas como:

1. Adopción del patrón plata
2. Regulación de puertos
3. Regulación en materia económica
4. Unificación de sistemas, medidas y pesos
5. Medidas sanitarias

En esta 1ra Conferencia, la sesión del 7 de diciembre de 1889 sus delegados aprobaron la creación de la X Comisión, compuesta por siete miembros de cinco países (Brasil, Estados Unidos, Nicaragua, Perú y Venezuela), *“para tomar en consideración e informar sobre los nuevos métodos de establecer y mantener reglamentos sanitarios en el comercio entre los varios países representados en la Conferencia”*. La X Comisión dictaminó y la Conferencia recomendó a las repúblicas latinoamericanas que adoptaran la Convención Sanitaria Internacional de Río de Janeiro (1887) o el texto de la Convención Sanitaria del Congreso de Lima (1888) (Manzur, 2002: 45).

Con el antecedente histórico de estos convenios sanitarios internacionales, el X Comité, el de la Política Sanitaria Internacional, de la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos (ciudad de México, 22 de octubre de 1901 al 22 de enero de 1902) presentó un informe en enero de 1902, el cual fue aprobado y en el que se recomendaba que la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas (actual Organización de los Estados Americanos-OEA) convocara a una

convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas de América para formular acuerdos y disposiciones sanitarias y celebrar periódicamente convenciones de salud. La convención general también debería designar una junta ejecutiva permanente que se denominaría la Oficina Sanitaria Internacional, que tendría su sede permanente en Washington D.C en lo que hoy conocemos como Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS). En la sexta conferencia se establecen los fundamentos de la organización regional y se adoptó una convención sobre Unión Panamericana, que contiene los elementos de lo que después se convierte en la Organización de Estados Americanos (OEA).

En síntesis, la doctrina del panamericanismo (Rapoport, 2008: 3) siempre estuvo atravesada por estos intereses de política exterior norteamericana y que ya traía el ideario de la doctrina Monroe desde 1823 (Aguilar Monteverde, 1965: 102). Esta perspectiva panamericana visualiza a la región como un territorio de dominio, explotación y expansión de intereses geoestratégicos, militares, comerciales, y también político-sanitarios y epidemiológicos.

Para comprender el panamericanismo es necesario entender también el mito del etnocentrismo en el cual se fundamenta el término “*las Américas*”. Es decir, el Hemisferio Occidental –léase Estados Unidos- como centro no sólo de una cosmovisión geopolítica, sino de prácticas diplomáticas, tecnocráticas, de agenda de políticas públicas, donde el campo de la salud aparece inmerso.

El panamericanismo tiene diferentes significados y se usa para explicar diferentes situaciones. Para algunos, implica un sistema

de asociación y cooperación dentro del Hemisferio Occidental, mientras que para otros el panamericanismo es un medio de hegemonía y explotación. Los apologistas tanto académicos como diplomáticos y tecnocracias de la doctrina panamericana tratan de darle otra connotación a la verdadera esencia y el carácter agresivo de la política que ha practicado Estados Unidos bajo la bandera de este. Con este fin disuasivo, el panamericanismo se presenta como una supuesta “obra común” de los países latinoamericanos caribeños y de Estados Unidos. Bemis (1950:285-286), plantea que el panamericanismo representa la “*tendencia, expresada claramente, de las repúblicas del Nuevo Mundo a colaborar como buenos vecinos para fomentar la comprensión mutua de los intereses comunes, así como para la realización de éstos*”.

Por tanto, en los ojos de los EE. UU. el panamericanismo estuvo basado en *sus intereses* de hegemonía en la región, siendo un subcontinente subsumido a sus intereses y prerrogativas incluso con estrategias y políticas colaborativas de *buen vecino*.

Es válido resaltar que el panamericanismo siempre se (auto)describió a sí mismo como un mecanismo para lograr la confraternidad latinoamericana en torno al reconocimiento del liderazgo de Estados Unidos. Será recurrente entonces escuchar la repetición de sus tesis sobre la solidaridad continental y la supuestamente existencia de una *comunidad de intereses de “las Américas”*. De aquí la repetida construcción de una “*Salud de las Américas*”.

Estados Unidos y los países latinoamericanos y caribeños hermanados, comparten factores geográficos, el carácter complementario de sus estructuras económicas, la existencia de hermandad espiritual, problemas compartidos, un destino común y de una

comunidad cultural única en oposición a las culturas europeas, orientales y esclavas. Además, a Estados Unidos, como "líder" se le asigna el papel dirigente en los asuntos interamericanos.

Por supuesto que, en los últimos cien años, la doctrina panamericana evolucionó, se fue perfeccionando, sofisticando en tecnocracias, acuerdos, convenios, instrumentos, más instrumentos, más acuerdos, guías, protocolos. Una instrumentalidad técnico-política, es decir, se fue adaptando a las exigencias de la situación política internacional y regional del momento, tanto en sus propias teorías como en sus postulados ideológicos y metodológicos.

Doctrina panamericana y salud internacional

Ahora bien, el panamericanismo sanitario desde su nacimiento como marco referencial primero del campo de la *salud como asunto colonial* y sus transiciones epistémicas a la *salud como asunto internacional y regional*, reproduce matrices de intervención basadas en todos los principios teóricos y operacionales antes descriptos. Materializándose en el control poblacional masivo como premisa de epidemiología, la policía médica y las fronteras, la militarización de emergencias de salud pública, y otros elementos que se analizan más adelante (Basile, 2020a: 203-221).

La matriz del panamericanismo sanitario se define desde su trayectoria bajo este ideario: analizar la situación de salud poblacional o de la salud de la región como un todo (la comunidad de "las Américas"), pero siempre pensada y guiada desde oficinas ubicadas en Washington (Basile, 2018: 8). En particular, se tratan de manera preferencial, como unidad de análisis principal las enfermedades que traspasan las fronteras de los países, su control vertical y el rol de los Estado-Nación. Una epidemiología pública regional que trae

en su genética la tradición militar, colonial y de ahí su lenguaje metodológico: "*vigilar*", "*combatir*", *controlar*", "*erradicar*", "*eliminar*".

Si bien en la superficie está el panamericanismo y sus prácticas y objetivos comunes, en la epidermis continua viva la relación entre comercio, colonialidad y enfermedades.

La creación de lo que denominamos autoridad médica regional e internacional primero con las Conferencias Sanitarias Internacionales, posterior la fundación de la propia Oficina Sanitaria Panamericana (hoy Organización Panamericana de la Salud-OPS) y luego de la 2da guerra mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS); traen en sus engranajes esta epistemología y prácticas biomédico-sanitarias occidentales que se consolidan, regionalizan y globalizan en unos engranajes entre la biomedicina, la salud pública funcionalista con las geopolíticas del panamericanismo y posteriormente de la contemporánea salud global liberal (Basile, 2022: 65-72).

Entonces desde sus inicios como campo (Bourdieu, 2010), la salud internacional panamericana estuvo condicionada por los intereses económicos y geopolíticos del Norte global pero especialmente desde finales del siglo XIX y todo el XX con la preminencia de Estados Unidos. Implica de alguna manera visibilizar o invisibilizar en la agenda regional según el caso el tipo de políticas sanitarias *posibles*, los procesos de salud-enfermedad priorizados para "su control" pero sin comprender las determinaciones internacionales de la salud, entre otros condicionantes.

En Estados Unidos, por el contrario, el origen se encuentra en la preponderancia económica y militar que alcanzó desde mediados de siglo

pasado, hasta llegar a ser el centro mundial de estudio de enfermedades emergentes y tropicales que se encuentra suscripto al Departamento de Defensa del país. Con el auge de la “Guerra Fría”, la salud internacional también será un campo de disputa geopolítica. Además de la Fundación Rockefeller, médicos militares norteamericanos promovieron y participaron en campañas similares en algunos países del continente latinoamericano y caribeño (Stepan, 2011: 30-322).

Después del descubrimiento del modo de transmisión de la fiebre amarilla, la Fundación Rockefeller reclutó a William C. Gorgas para dirigir una nueva División de Salud Internacional en 1915. El objetivo era erradicar la fiebre amarilla en *las Américas* después de las exitosas campañas del Dr. Gorgas en la Zona del Canal de Panamá; La Habana, Cuba; y Nueva Orleans, Luisiana. El Dr. Fred Soper conoció al Dr. Gorgas durante un curso de 3 semanas sobre higiene tropical en la Escuela de Higiene y Salud Pública de Johns Hopkins en 1920, cuando en su conferencia sugirió que la fiebre amarilla podría erradicarse mediante una campaña de tipo militar que se concentrara exclusivamente en la erradicación del “enemigo”, o mosquitos vectores específicos.

Los primeros esfuerzos de erradicación de la Fundación Rockefeller fueron contra la anquilostomiasis en el sur de los Estados Unidos, pero con pruebas experimentales primero en territorio colonial de Puerto Rico (Stepan, 2011: 55-322).

El surgimiento de la tesis operacional panamericana de la “Salud de las Américas” proviene de la sanidad marítima militar en lo que se consideraba el abordaje de enfermedades del Viejo y en el Nuevo Mundo. Episteme que luego será reemplazada progresivamente por el

Desarrollo/Subdesarrollo. Es decir, la necesidad de proteger los puertos, las inversiones, las plantaciones, las minas y a los viajeros (*antes colonos*) que participaban en este comercio y sus enclaves productivos, así como el temor a la reintroducción en los Estados Unidos de patógenos, desde América Latina y el Caribe, de enfermedades apenas controladas en ese país, fueron motivos fundantes en la conceptualización de la doctrina panamericana sanitaria (Cueto, 2005: 11-38).

En la región, Estados Unidos se abocó a la tarea de imponer una serie de medidas y cordones sanitarios para impedir el ingreso de enfermedades a través de sus puertos y fronteras: peste bubónica, cólera, beriberi, tracoma, malaria, tuberculosis, anquilostomiasis, y fiebre amarilla. Y es precisamente Estados Unidos de Norteamérica uno de los actores clave del panamericanismo sanitario como doctrina. La relación imperialista geopolítica y comercial de esa nación con el resto del continente latinoamericano caribeño al finalizar el siglo XIX, llevó a la OPS a promover e impulsar el “panamericanismo” (Cueto, 2005: 11:38).

Por eso, es preciso revisar la trayectoria histórica de la Oficina Sanitaria Panamericana (hoy OPS-OMS) primero como una oficina adscripta al Servicio de Hospitales de la Marina de los Estados Unidos (*Marine Service Hospital* por siglas en inglés) para luego pasar a depender de lo que se llamaría el Servicio de Salud Pública del Gobierno Federal de los Estados Unidos.

La descripción de **los primeros cuatro directores** de OPS-OMS hasta 1959 (OSP²) es explicativa en este sentido:

1902-1911:	Walter Wyman cirujano militar del Servicio de Hospitales de la Marina (Estado Unidos)
1912-1920:	Rupert Blue, médico militar del Servicio de Hospitales de la Marina (Estados Unidos)
1920-1947:	Hugh Smith Cumming, médico militar del Servicio de Hospitales de la Marina (Estados Unidos)
1947-1959:	Fred Lowe Soper, médico de la División Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller (Estados Unidos)

De hecho, hasta la actualidad, se respeta la decisión que siempre el director general adjunto de la OPS-OMS es designado por Estados Unidos desde su Department of Health and Human Service (DHHS), el departamento de salud y servicios humanos del gobierno norteamericano.

Desde inicios del siglo XX esta matriz panamericana hace operacional el extender la prerrogativa de erradicar las enfermedades tropicales por las afectaciones a la transnacionalización del comercio y el capital como por la viabilidad de los enclaves productivos de extracción de materias primas en América Latina y Caribe. Con un mandato de cooperación e intervención estatal en el control de enfermedades infecciosas como necesidad clave en el capitalismo periférico-dependiente, la unidad de Estado -Nación es desde donde se impulsa el surgimiento de este panamericanismo de la salud pública (Ferrerías, 2013: 155-174).

Las campañas verticales sobre fiebre amarilla, tifoidea, malaria u otras enfermedades vectoriales con uso del insecticida DDT (Dicloro-Difenil-Tricloroetano), la propagación de programas de inmunizaciones, los intereses de las

transnacionales en la producción de materia prima para abordar enfermedades en los enclaves productivos y cordones urbanos (Guereña, 2000: 61-72), donde tuvo un rol destacado la Comisión Sanitaria Rockefeller de la Fundación Rockefeller con el propio surgimiento de los iniciáticos ministerios y escuelas de salud pública en Latinoamérica, entre otros procesos. La verticalidad y el autoritarismo que acabaron adoptando estas campañas y acciones de salud internacional panamericana fueron resultado de un proceso que ensayaron diferentes formas de *control* y eliminación de enfermedades incluso con una gran tradición experimental de ensayo y error, de cooperación técnica de gobierno a través de “representantes” formados o preparados en Washington para justamente representar los intereses, agendas, políticas, iniciativas del panamericanismo sanitario en toda Latinoamérica y el Caribe.

Al extraer las lecciones médicas de la campaña militar en Cuba en 1898, el general George M. Sternberg diría que la sanidad era fundamental porque más soldados norteamericanos habían muerto víctimas de las enfermedades producidas por las condiciones sanitarias deficientes que por las armas del enemigo. En consecuencia, a partir de la guerra llamada hispano-norteamericana (por Cuba, Puerto Rico y Filipinas), los Estados Unidos tuvieron una participación médica, sanitaria y científica en territorios que no eran propios, en enfermedades especialmente infecciosas conocidas entonces como tropicales (Cueto, 2005: 50-211). Cosa que ya ocurría en la relación metrópoli-colonia con Europa. Desde el colonialismo sanitario las pruebas piloto y estudios experimentales fueron decisivos para el posterior desarrollo de la denominada medicina tropical.

²Ex Directores de la OPS-OMS. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_co

[ntent&view=article&id=14455:former-directors&Itemid=72321&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14455:former-directors&Itemid=72321&lang=es)

Lo trascendente a considerar es hacer una breve distinción descriptiva de la propia significancia de la medicina tropical que asumió y reprodujo siempre una epistemología en sus conocimientos y prácticas: *los trópicos* (léase el Sur) son los que producen enfermedades, epidemias, muertes en la periferia (luego subdesarrollo), y es el Norte el que debe investigar y dar respuesta a partir de su conocimiento técnico-científico occidental de la biomedicina moderna. Buscar la “cura”. Estas tesis guiarán los programas de enseñanza de salud internacional en el Norte global hasta nuestros días. El *trópico* o los *trópicos* son categorías relacionadas con distintos elementos culturales, sociales, históricos, anatómicos y geográficos. Parte de una denominación *climática*, pero su carga simbólica refiere a la experiencia eurocéntrica en el proceso de colonización y explotación de las regiones periféricas al centro mundial que representaba Europa. En estos términos, *trópico* suele acoplarse a la *exterioridad* o a la *periferia* del Centro global. Como lo plantea De la Flor (2018: 49-62), también las autoridades europeas instrumentalizaron el conocimiento biomédico para producir un orden colonial racista donde la cultura africana fue culpabilizada de la mala salud de su población, el cuerpo africano fue considerado un reservorio natural de bacterias, virus y parásitos y las escasas intervenciones médicas en minas y plantaciones buscaron aumentar la fuerza productiva del “trabajador tropical” mientras mantenían unas condiciones laborales de explotación y hacinamiento (Packard, 1993: 271-292). En ese mismo periodo, otra serie de actuaciones médicas trataron de producir un tipo de sujeto colonial medicalizando aspectos como la conducta sexual, la psiquis o el cuidado materno-infantil (Vaughan, 1991: 29-200). Aunque las diferentes potencias europeas aplicaron distintas políticas de colonialismo

sanitario de acuerdo con el país, todas tuvieron premisas de control y biopolítica. En resumen, haciendo esta breve genealogía, lo que se busca caracterizar de forma breve es que este tránsito del panamericanismo nunca fue un proceso neutral ni tampoco una simple y loable historia de una organización, del “loable” control de enfermedades infecciosas o de una doctrina.

La doctrina panamericana termina constituyendo una hoja de ruta de políticas públicas *posibles* en la salud como horizonte regional, con un arsenal instrumental técnico-sanitario que permea los procesos de gestión y gobierno, junto a un tipo inserción internacional y de valores socioculturales identificados con las sociedades occidentales centrales que signan los marcos teórico-prácticos de la salud internacional y de la propia epidemiología en América Latina y el Caribe.

En este breve repaso, se pueden identificar procesos de rupturas y continuidades de la medicina colonial a la salud pública internacional y de ahí a la salud internacional panamericana; con la nueva realidad de post Segunda Guerra Mundial (Chossudovsky et al. 2002: 20-391). En esta etapa, se terminará de estructurar el campo de la salud internacional panamericana con sus coordenadas conceptuales, metodológicas y político-sanitarias (Basile, 2018:10). La estructuración tiene como características centrales:

- *La genealogía de un sanitarismo internacional panamericano desde una perspectiva de lo que Edmundo Granda define como enfermología pública (Granda, 2004: 0-0). Centralidad de la enfermedad en los problemas poblacionales de salud.*
- *Centralidad sobre enfermedades infecciosas y en control vertical basado en tesis de medicina tropical especialmente las que se producen en las colonias y periferia*

(donde se "investiga", se ensaya, se prueba).
Formación en Escuelas de medicina tropical, vigilancia de enfermedades infecciosas y control de fronteras. Reglamento Sanitario Internacional como horizonte. Actualmente ya tiene las enfermedades crónicas no transmisibles en este ideario.

- *Primacía de intereses comerciales y migratorios del Norte global, especialmente Estados Unidos.*

- *Predominio Técnica Biomédica y de la cooperación médica en una mirada biomédica y de salud pública funcionalista, es decir, de la biomedicalización de los problemas de salud internacional.*

- *Ayuda Técnica y científica como relación entre países industrializados centrales y los países dependientes en subdesarrollo periféricos, con la dinámica de "expertos".*

- *Ayuda técnica y científica al personal de los nacientes organismos, ministerios e instituciones de salud pública gubernamentales del Sur. En general la perspectiva técnico-científica es transferencia de conocimientos del Norte al Sur.*

- *Políticas de salud pública vinculadas a la lógica de expansión de arquitecturas de sistemas de salud de atención y reparación fisiopatológica del capitalismo industrial de mercado.*

- *Geopolítica de cooperación desde perspectiva Centro-Norte aún de corte vertical especialmente entre Estados.*

- *La Salud es parte de la "teorización" del Desarrollo. El modelo de SIP será inherente al régimen internacional de Cooperación al Desarrollo.*

- *Quien representa mejor actualmente está conceptualización y cosmovisión es el Programa de Líderes de Salud Internacional "Edmundo Granda" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).*

Impactos del panamericanismo en los procesos de integración regional en salud

La región latinoamericana y caribeña se encuentra atravesada por múltiples dinámicas nacionales en tensión, pero con evidentes impactos y derivaciones a escala regional. Hacer un balance *express* sobre lo que se denomina *regionalismo* –basado en las formas de organización y cooperación intrarregional - implicaría retrotraerse a los últimos quizás 500 años de la historia, luchas y vaivenes del devenir y la genealogía del Abya Yala, y no podría ser objeto de este artículo. Ahora bien, revisar ciertos procesos contemporáneos de integración regional permite quizás extraer algunos aprendizajes o por lo menos puntos de partida desde donde comprender las actuaciones, (des)coordinación y la estructuración de la agenda epidemiológica y político-sanitaria desde y para América Latina y el Caribe (Basile, 2022:65-72).

A diferencia de lo sucedido en Europa, con el escenario de la post- Segunda Guerra Mundial donde el proceso de integración surgió como un mecanismo para asegurar la paz (Haas, 1948: 538-550), en América Latina y el Caribe el objetivo de la integración regional siempre giró en gran medida en la hipótesis y teoría del desarrollo en especial en lo económico (Prebisch, 1949: 347-431).

Según el pensamiento *cepalino*, para que los países de la región se desarrollen, tenían que superar el deterioro en los términos de intercambio y para ello, la meta sociopolítica a conquistar por los pueblos y naciones de Latinoamérica y el Caribe siempre fue la sustitución de importaciones, la administración del comercio exterior, la expansión de mercado interno de consumo, mejoras salariales e hipótesis de pleno empleo, importación de políticas eurocéntricas de protección social para

reducción de la pobreza, un Estado tripartito mediador capital-trabajo como promotor capitalista del desarrollo nacional, entre otras prerrogativas. Con el ocaso del incipiente modelo desarrollista latinoamericano bajo sus tesis del desarrollo nacional (Dos Santos, 2020: 9-347); neoliberalismo mediante, se retomó desde los '70 una hoja de ruta fragmentada y de corte liberal basado en una agenda geopolítica por oleadas del Norte global.

El temor de quedar al margen de la oleada de la mundialización económica financiera en las transiciones del capitalismo a partir del Consenso de Washington (Lechini, 1999: 9-238), hizo abrazar las políticas de lo que se denominó el *regionalismo abierto* como única opción válida de inserción internacional durante los '80 y '90 en Latinoamérica y el Caribe (CEPAL, 1994: 9-31). Es decir, el *regionalismo abierto* asume la premisa de total apertura regional respondiendo a las directrices de liberalización económica de mercado, profundización de la división internacional del trabajo y comercio, alineamiento con los grandes bloques de poder del Norte global, horizonte de *primarización* de las exportaciones y al mismo tiempo debilitamiento del tejido institucional estatal y bienes públicos atravesados por el ajuste y cambio estructural hasta la actual modernización y modulación de los Estados-Nación en el Sur. Esta agenda regional fue acompañada no sólo por organismos del Norte global, sino por la misma CEPAL, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y entre otros.

Basándose siempre en tesis de una supuesta “desideologización” de la integración regional para una efectiva expansión económica de mercado y desarrollo periférico (Sanahuja, 2019: 107-126).

Todas estas décadas fueron dejando en América Latina y el Caribe un complejo entramado de organismos y de subregiones, con multiplicidad de bloques de integración y proyectos geopolíticos superpuestos en convivencia, conflicto o competencia:

- ALALC, Asociación Latinoamericana de Libre Comercio (luego ALADI)
- ALBA (Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América)
- AEC (Asociación de Estados del Caribe)
- CAN, Comunidad Andina de Naciones en 1969
- CARICOM, la Comunidad del Caribe
- MERCOSUR, el Mercado Común del Sur
- MCCA/SICA, Mercado Común Centroamericano en 1959 y luego SICA (Sistema de Integración Centroamericana y República Dominicana)
- TLCAN (Tratado de Libre Comercio de América del Norte-NAFTA por siglas en inglés)
- UNASUR (Unión Suramericana de Naciones)
- Alianza del Pacífico y ProSur
- OEA (Organización de Estados Americanos)
- CELAC (Comunidad de Estados Latinoamericanos y del Caribe)
- Secretaria General Iberoamericana y Cumbres Iberoamericanas

Esta cartografía es interpretada como una fragmentación regional por diferencias y distancias que se generaron entre las distintas subregiones (Bouzas et al, 2008: 319-347). Latinoamérica y el Caribe entonces, se disgregó en múltiples tramas de integración, de geopolíticas y ello impide identificarla como un espacio geopolítico unificado, integrado y mucho menos con movimientos estratégicos compartidos frente al panamericanismo imperial.

Así para finales del siglo XX, la imagen de una América Latina y Caribe más o menos unificada había cedido a la de un rompecabezas de subregiones y proyectos integracionistas abiertamente marcados por *avenidas diversas* que respondieron más a la búsqueda de asumir mecanismos de inserción y/o adopción de la geopolítica de poder del Norte global, que a caminos de autonomía y mucho menos de liberación. México integrado a América del Norte (González, 2008: 115-144), incluso en lo financiero, tecnológico, militar y cada vez más en lo cultural (Tokatlían, 2001: 139-149). Solo en Sudamérica se destacan los bloques de: Mercosur, CAN, el CARICOM -por Surinam y Guyana- y el modelo de apertura al mundo o *trading around* de Chile (Smith, 2000: 418).

Producida la crisis (neo)liberal de fines del siglo XX, un nuevo modelaje de integración regional con la recuperación de algunas de las capacidades estatales ubicando como actor central los Estados-Nación, fue la lógica reacción a la excesiva presencia de la hegemonía de mercantilización neoliberal y regionalismo abierto de los '80 y '90 (Basile, 2019:8). Aunque este nuevo proceso de integración se siguió apoyando en las ambivalencias de un crecimiento económico a través de exportaciones primarias y estrategias productivas extractivistas.

Bajo una reedición de la teoría del desarrollo nuevamente la etapa estuvo vinculada a la centralidad de los Estado-Nación e intentos de recuperación de bienes públicos junto a la explotación acelerada de bienes comunes con evidente afectación socioambiental, pero con redistribución social (Gudynas, 2012: 15-128). Esto algunos autores lo denominaron post-neoliberalismo (Sader, 2008: 3-90); que reflejaría el consenso de un recetario sobre la necesidad de adopción de medidas como: direccionamiento de la inversión pública, el

manejo de las exportaciones y rentas extraordinarias para políticas nacionales, la redistribución del ingreso (no de la riqueza), el incentivo al mercado y a la expansión del consumo interno o la adopción de medidas contra-cíclicas económicas. Se destaca, entonces, la conducción política orientada hacia una tesis de producción y expansión del consumo con inclusión social como camino de una epistemología del bienestar aplicado al Sur, por oposición a la conducción "tecnocrática" liberal de mercado del regionalismo abierto (Gudynas, 2005: 1-4). Este ciclo se había dado en un clima de incremento sin precedentes de rentas extraordinarias en materias primas exportables como la petrolera, gasífera, alimentaria y agronegocios anclados en gran medida en la expansión de China como comprador primario de la región, bases económico-comerciales que permitieron mayores márgenes de autonomía económica con los Estados Unidos, capacidad de acción política y hasta solvencia financiera, aunque de forma contingente. Es decir, en parte este regionalismo político quedó atravesado por las propias dinámicas del acelerado capitalismo global y la expansión del extractivismo en la periferia (Gudynas, 2012: 15-128).

En este contexto y etapa es que se inscribe la creación de la Unión Suramericana de Naciones-UNASUR (Chaves García, 2010: 29-40). En general, a partir de una revisión sistemática sobre los estudios y literatura reciente sobre la experiencia de UNASUR, de este ciclo de integración y el denominado nuevo regionalismo político o regionalismo estratégico, algunos ejes y tesis que enfatizaron varios autores fueron:

- Su carácter político contrahegemónico, "estratégico" o "post-neoliberal" en la arena regional;

- La reafirmación de cierta matriz de cooperación Sur-Sur como perspectiva;
- Lo enmarcaron en los debates globales del sistema internacional de cooperación y comercio incluso planteando la transformación desde Suramérica en el resurgimiento de un «nuevo Bandung», es decir, una cooperación internacional innovada

Es en este escenario regional e internacional que se firmó el tratado constitutivo del organismo regional suramericano en la ciudad de Brasilia en mayo del 2008 conocido como Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Firma que la realizaron doce presidentes sudamericanos de: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela. También ya venía desarrollándose desde 2004 la experiencia de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América - Tratado de Comercio de los Pueblos (ALBA-TCP) creada por Cuba y Venezuela (Aponte, 2014: 30-338). Luego como parte de este proceso se decantará en los sucesivos intentos de la creación e impulso de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) lanzado en una cumbre en México en el año 2010 por primera vez sin la participación de Canadá y Estados Unidos. Como continúan siendo miembros en el seno del organismo panamericano de la Organización de Estados Americanos (Serbin, 2014: 47-78).

UNASUR no fue un proceso nuevo ni eclosionó de la nada. Antecedentes desde las Cumbres Sudamericanas del Cuzco (Perú-2004), de Brasilia (Brasil-2005) y Cochabamba (Bolivia-2006) donde se crea la Comunidad Sudamericana de Naciones. La idea de CSN había nacido en el año 2002 para integrar los procesos regionales desarrollados por el Mercado Común del Sur

(MERCOSUR) y la Comunidad Andina (CAN). Es en la cumbre Energética de la Isla Margarita (Venezuela-2007) que se decidió cambiar el nombre a UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas).

Ahora bien, las condiciones que hicieron posible el intento de una integración regional denominada *estratégica* entro en una crisis ya a partir del 2013 (Aponte, 2014: 30-338). La caída del ciclo económico de las *commodities* que había proporcionado los recursos materiales sobre los que se sustentaron políticas públicas nacionales e internacionales con componentes autonomistas y multilaterales junto a los liderazgos centrales que impulsaron este ciclo comenzaron a estancarse, cambiar o entrar en crisis.

Caracterizar las implicancias directas e indirectas de las estrategias de inserción internacional de la región latinoamericana y caribeña, la comprensión de las disputas al interior de los procesos de integración regional y las limitantes geopolíticas de liberación de estos ubica los senderos bifurcados que atraviesan la región. El engranaje de la modernidad, capitalismo, patriarcado y colonialismo(eurocentrismo) son enclaves que nunca se fueron como engranajes históricos estructurantes en los diversos proyectos de integración regional en Latinoamérica y el Caribe.

Los procesos de integración regional en pugna en la región en diversos momentos tuvieron y tienen que ver en gran medida aún con los intereses de política exterior de los grandes actores hegemónicos dominantes del sistema mundo contemporáneo buscando reafirmar posiciones de poder del Norte global en el Sur incluso desde la promoción de decisiones geopolíticas regionales (Morgenthau, 1986: 6-25).

Es decir, no se pueden leer los proyectos de inserción y estrategia internacional e integración regional de características fragmentados, socioculturalmente diversos, plurinacionales y hasta antagónicos sin una lectura pormenorizada de los patrones de geopolítica del poder especialmente del capitalismo del centro global expresado en EE. UU., Europa o los nuevos actores como Rusia y China actualmente en sus conjugaciones e intereses con la región.

Así el propio regionalismo latinoamericano y caribeño siempre convivió con las semillas que el colonialismo interno sembró en las sociedades, grupos de poder, universidades e incluso muy profundamente en las tecnoburocracias y diplomacias de los Estados-Nación. Estas semillas se siguen reproduciendo en estructuras epistémicas hasta la actualidad (Prashad, 2012: 189).

El regionalismo en sus prédicas de apertura liberal y/o político estratégica estatal siempre giró alrededor de recrear la creencia en la teorización del desarrollo nacional que se encuentra muy arraigada aún en los actores sociales, sanitarios y políticos en América Latina y el Caribe.

Esta *teorización del desarrollo* es asimilada con analogías al ciclo de la vida del ser humano con una visión lineal de la evolución económica de las sociedades con etapas naturales que el Hemisferio Occidental se encargó de exportar y promover como cultura y hoja de ruta universal para alcanzar un determinado patrón de vida (Rist, 2002: 8-28).

Con un esfuerzo por generar premisas en el carácter científico de esta teoría del desarrollo, supuso una conceptualización donde todos los Estados se dedicaban a vivir “*en desarrollo*”. Esta noción que comienza a universalizarse en 1945 estará asociada a la teoría de los estadios.

Presupone que las unidades de análisis que son las sociedades nacionales y Estados-Nación, se desarrollan todas de la misma manera, pero a ritmo distinto. Tarde o temprano, todas las sociedades y Estados-Nación terminan siendo más o menos lo mismo sólo que algunos lo hicieron mejor y más rápido que otros. La coartada ideológica de la colonización, o la coartada del engaño. Wallerstein (2006: 13) dirá: “*este truco de ilusionismo implica que el Estado más desarrollado podía ser modelo para los Estados menos desarrollados*”.

La consolidación de la teoría del desarrollo en la región se mantiene como epistemología dominante a partir especialmente de las tesis cepalinas de la CEPAL (Comisión Económica y Sociales para América Latina de Naciones Unidas), pero donde el propio panamericanismo -también en salud- fue un gran reproductor de estas tesis (Basile, 2020b: 173-208).

Desde los años ´60 en América Latina y Caribe, tomando como hito la cumbre de Punta del Este en el lanzamiento de la Alianza para el Progreso, la *salud* quedará atrapada en los ciclos de teorización del desarrollo, transformándose en un campo de reproducción epistémica de este ideario. En este sentido, la irrupción del *desarrollo* como concepto estructurante de la arena geopolítica del poder y el conocimiento sanitario (Basile, 2019: 8-27), resulta primordial para comprender por qué por más de medio siglo la forma de cómo se analiza, entiende y mira la agenda político-sanitario en los países del Sur, en especial a América Latina y Caribe, tienen bases en las imbricaciones entre *salud* y *desarrollo* (Basile, 2020a: 203-221).

Esta conceptualización se identifica en una primera etapa a la preocupación fundamental de la economía neoclásica que utiliza como unidad de medida del desarrollo el Producto Bruto Interno (PBI) per cápita -también lo

hace para el PBI en salud-, para luego articularlo con la relación entre desarrollo y bienestar, bajo la perspectiva de un camino constituido por estadios que deben ser afrontados. Desde los '90 la diseminación de esta tesis de Amartya Sen planteando una aproximación basada en el desarrollo de capacidades y considerando esencialmente a salud y educación como motores de esta conceptualización pone en el centro una “epistemología del bienestar” social como principal objetivo de la teoría del desarrollo (Sen, 1999: 619).

Ahora bien, esta perspectiva, aunque crítica a la visión neoclásica económica, también responde en sí misma a la matriz que se desprende de la teorización del desarrollo del Norte global (Prats Cabrera, 2006: 1-17) y sus coordenadas de patrón de poder y conocimiento (Quijano, 1999: 137-148) eurocéntrico y panamericano en la región latinoamericana caribeña.

Esta teorización no es tan sólo enunciativa sino que por décadas determina el diseño de la agenda global y regional de salud pública y sus coordenadas condensadas en las políticas/programas de los organismos regionales de integración, tiene una multiplicidad de expresiones en la salud como asunto internacional y sus dimensiones internacionales, en políticas públicas, en los flujos de transferencia técnico-científica biomédica del Norte al Sur, en la formación sanitaria de los profesionales en el Sur global como también en el plexo de acuerdos globales desde la Declaración sobre el Progreso Social y el Desarrollo(ONU, 1969), Alma Ata-Atención Primaria de Salud(OMS, 1978), pasando por los Objetivos de Desarrollo del Milenio(ONU, 2000), los recientes Objetivos de Desarrollo Sostenible(ONU, 2015), entre otros.

De aquí se desprenden parte de las clasificaciones de la modernidad desarrollista con la categorización de países desarrollados-subdesarrollados, permeando incluso a la salud internacional con las tipologías epidemiológicas (Omran, 1971: 509-538), entre otras premisas que apenas son estudiadas en profundidad se hace evidente la matriz de determinación internacional y colonialidad sanitaria (Basile, 2020a: 203-221).

Esta teorización sobre el desarrollo asociado a la epidemiología en la distribución de enfermedades y causas de muerte, a su vez se expandió clasificando con tipologías del Norte a una geopolítica global en la epidemiología de las enfermedades (Basile, 2020a: 203-221):

- Enfermedades de países desarrollados;
- Enfermedades de países subdesarrollados (o en vías de desarrollo);
- Enfermedades de países de renta alta-media-baja;
- Enfermedades del nuevo y viejo mundo.

El supuesto proceso de superioridad y centralidad del *mundo desarrollado* expresada en poder geopolítico y técnico-científico tiene implicaciones en lo que se considera como “La Ciencia”, el saber científico occidental situado en las bases de la modernidad que se considera universal.

La persistencia de las visiones económicas del desarrollo en los procesos de integración en la región latinoamericana caribeña, incluso reeditado en los periodo 2005-2015 y 2020-2025, es bueno repensarlo con las reflexiones de Manish Jain (1995: 2-111) que expresa que la cooperación sur sur y los procesos de integración regional no tuvieron el efecto deseado de erradicar el sufrimiento y las asimetrías de poder del mundo porque sus fundamentos ideológicos estuvieron

basados en un *paradigma del desarrollo* resultando irónico que quedara sumergido en el mismo paradigma que se suponía que iba a desafiar:

“...los *dirigentes gubernamentales creían que era posible trabajar dentro del paradigma de desarrollo de la modernidad y simplemente modificarlo o ajustarlo para resolver los problemas de sus naciones...*” (Jain, 1995).

Un regionalismo político-sanitario desintegrado y panamericanizado

La matriz de operacionalización de teorías, mandatos, agendas globales y regionales anteriormente descriptos que impactan sobre los procesos de integración regional en salud, obviamente condicionados por las determinaciones internacionales y dependencias, no podrían haberse expandido sin el auxilio de la plataforma de la doctrina panamericana (Rapoport, 2008) y de la salud global liberal que operan sobre Latinoamérica y el Caribe como un territorio de su dominio tecnocrático-diplomático y expansión de sus intereses político-sanitarios, pero especialmente también entrelazado a unas cada vez más naturalizadas dinámicas de reproducción de una constante descoordinación regional en salud internacional (Basile, 2022: 65-72).

Donde se acrecienta y se asienta esta *descoordinación regional* en la salud internacional desde el Sur, se evidencia como proceso resultante de la frágil *(des)integración regional para la soberanía sanitaria* como espacio geopolítico periférico dependiente durante todo el siglo XX e inicios del XXI (Basile, 2020a: 201-231).

Es decir, las estrategias, políticas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante en la región de *las Américas* sobre problemas epidemiológicos prevalentes en las sociedades y comunidades

latinoamericanas caribeñas (Ej: Covid-19, Dengue, Malaria, Enfermedades No Transmisibles, otros), en el diseño y gestión de políticas y programas de salud pública, en políticas, producción, distribución y acceso a medicamentos, vacunas y tecnologías sanitarias, como un todo uniforme y con estrategias a repetición, conviven permanentemente con la reproducción de dependencias.

Al realizar una revisión sistemática de las prácticas, acciones y políticas de respuestas al SARS-CoV-2 por niveles subregionales y por organismos regionales se encontraron a nivel técnico-conceptual (Basile y Rivera Díaz, 2022: 58-98):

1. Una misma matriz teórica y metodológica de afrontamiento y accionar sobre la pandemia y epidemias en las regiones.
2. Las estrategias de barreras protectoras y/o escudos de monitoreo público epidemiológico conjunto a nivel regional y subregional estuvieron entre ausentes y reproductoras de información clásica presentada por salas de situación de SARS-CoV-2. Aquí es importante aclarar que armar un *dashboard* o plataformas de acceso a información abierta y mapas con agregados de reportes oficiales no implica ni una estrategia de monitoreo de salud y epidemiológico común ni la producción de un escudo de protección frente a crisis epidemiológicas complejas.
3. Se identificaron intentos de operaciones conjuntas de compras a las cadenas globales de valor y suministro del complejo médico industrial farmacéutico especialmente en la etapa de adquisición de insumos de protección y equipamientos básicos hospitalarios. Igualmente, es importante comprender que las provisiones de stocks estratégicos y suministros necesarios para el

afrontamiento al SARS-CoV-2 se fueron resolviendo sólo a medida que se produjeron excedentes productivos luego que el Norte global ya tenía cubierta y resuelta su demanda. Lo mismo ocurrió en la etapa de acceso a vacunas.

4. Las respuestas al SARS-CoV-2 se pensaron, actuaron y gestionaron desde los marcos teóricos y operativos de la seguridad sanitaria global del Norte.
5. Una gran heterogeneidad de acciones, mecanismos y políticas que dispersaron esfuerzos y promovieron medidas con cierto “*nacionalismo contagiacionista*”, dificultó severamente la cooperación regional frente a la crisis epidemiológica del SARS-CoV-2. Esto hizo también que cada país y Estado-Nación asumiera discrecionalmente medidas de restricciones aéreas, terrestres, de movilidad humana, de migración, de fronteras, de traslado de materiales y productos médicos, de vacunación, entre otros.

Realizando un mapeo sintético a nivel de los nudos críticos identificados a nivel operacional y técnico-político en la región sobre diversas emergencias de salud pública como también para otros problemas críticos de salud-enfermedad, de las políticas sobre propios sistemas de salud, de la producción de cuidado integral de la salud y la vida en el Sur global:

- Se identifica una débil autonomía de cada Estado en general para afrontar las dependencias a las cadenas globales de valor de los mercados de salud gobernados por el complejo médico industrial farmacéutico global especialmente en lo que refiere a acceso clave a insumos y equipamiento médico de China y Estados Unidos, en medicamentos y en vacunas a las *big*

pharma como Roche, Glaxo SmithKline, Sanofi-Aventis, AstraZeneca, Pfizer, Merck, Bayer-Monsanto, Novartis, entre otras. Es válido aclarar que las industrias farmacéuticas privadas de capitales nacionales en Latinoamérica y el Caribe suelen tener comportamientos de mercado similares a las *big pharma* globales.

- Latinoamérica y el Caribe tienen una alta dependencia a las importaciones de medicamentos, tecnología y principios activos de la industria farmacéutica global, y una balanza comercial deficitaria crónicamente con este complejo médico industrial farmacológico global.
- La ausencia de stocks estratégicos de insumos, tecnología sanitaria y equipamiento médico que implica una gran dispersión y disparidad de esfuerzos compradores, disponibilidad de financiamiento y negociaciones internacionales para adquirirlos de acuerdo a la capacidad de cada País y subregión. En general esto explica en general aún la dependencia al Fondo Rotatorio de OPS-OMS que, por más de 40 años, “*ayuda a los países a estimar con precisión sus necesidades y acceso a vacunas y suministros relacionados*”.
- Esto implica que Latinoamérica y el Caribe a pesar de diversos intentos no ha podido desarrollar estrategias regionales de soberanía sanitaria sobre las cadenas de suministros en salud y los gobiernos de la región continúan utilizando el fondo rotatorio de la Organización Panamericana de Salud (OPS-OMS) en una figura de intermediación que le permite a la OPS administrar compras y adquisiciones para cada Estado-Nación adscripto.

- Aunque en algunas reuniones de ministros y ministras de salud en las distintas experiencias de integración regional, se analizan las posibilidades de realizar compras públicas en materia de insumos hospitalarios y médicos en forma conjunta con algunas experiencias recientes, no se conocen posteriores avances relevantes sobre esto a nivel regional.
- A través de la promoción de la OPS y OMS, todos los Estados-Nación de América Latina y el Caribe ingresaron al mecanismo COVAX de Vacunas de Covid-19 neutralizando en gran medida cualquier planteamiento de vacunas como bienes públicos a nivel regional.
- La región se convirtió en un laboratorio a cielo abierto de ensayos clínicos de fases experimentales de la industria farmacéutica global con los cuerpos y vidas latinoamericanas caribeñas. Actualmente existen más de 600 en curso, y los Estados en la región latinoamericana caribeña buscan darle una especie de plataforma de promoción económica y (des)regulación a este fenómeno, desconociendo las implicancias de la ciencia/negocio y riesgo/beneficio que rodea la implementación de esto para la bioética y salud colectiva (Homedes y Ugalde, 2016).
- La descoordinación regional en cooperación transfronteriza en salud donde cada Estado-Nación toman medidas y restricciones de cierres, aperturas, barreras terrestres, aéreas, en formatos, momentos y profundidades dispares en cualquier crisis y/o problema epidemiológico global y/o regional. Esto impulsa la cada vez más criminalización y persecución de migrantes y movilidad humana en fronteras de Centroamérica,

México y el Caribe para cumplir con los objetivos migratorios panamericanos de Estados Unidos y/o de estados del Norte global dando un valor de uso a la salud pública como espacio punitivo-restrictivo y biopolítico asociando a la movilidad de seres humanos con enfermedades.

- Los modelos y modelajes de programas de salud pública en la región para gestión de insumos-medicamentos, para acciones de salud de las mujeres, de salud materna, salud de las infancias, en salud sexual y reproductiva, en salud ambiental, en enfermología pública en general (ETN, infecciosas, otras) entre muchas otras políticas, acciones, planificación, intervenciones y estrategias se trabajan con un instrumental de *enlatados* en guías, manuales, aplicación de formatos estandarizados donde las y los gestores de gobierno, de servicios de salud, *reproducen y aplican*.
- Una vigilancia epidemiológica tradicional con prioridades sobre determinados eventos de salud pública desde lógicas funcionalistas anglosajonas y de control vertical de enfermedades, reproduciendo una serie de sesgos y simplificaciones en los sistemas de información en salud para la toma de decisiones.
- La producción de diplomacias de gobierno (en Ministerios, organismos nacionales y regionales) y de instituciones académicas en salud internacional donde hay *preeminencia de una cultura de administración-gestión acrítica y reproductora de cuestiones globales de la salud*.
- La expansión del fenómeno de la proliferación de *expertos* y de un tipo de técnicos de la diplomacia de salud, a los

que hoy llamamos *tecnocracias sanitarias liberales*. Sujetos profesionales rentados como consultores o diplomáticos de usinas de anclaje en paradigmas del Norte global, por organismos como Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo (BID) o las nuevas generaciones de representantes y técnicos de OPS-OMS, las propias agencias de cooperación internacional bilaterales, las ONG globales del Norte e incluso aquí podemos incorporar a consultores internacionales o los técnicos de muchas Oficinas de Relaciones Internacionales de los Ministerios de Salud Pública.

- Se profundiza una despolitización de la agenda global sanitaria con la supuesta estandarización de requisitos mínimos para el Desarrollo; se aceleran regresivas reformas sectoriales de salud y en sistemas sanitarios, se consolida una división funcionalista entre organismos internacionales y se produce el tránsito hacia parámetros tecnocráticos de las cuestiones sanitarias en lo internacional.
- La promoción de las FESP (Funciones Esenciales de la Salud Pública) basado en un funcionalismo de la nueva salud pública neoliberal asimilada por universidades, centros de formación, gestores de gobierno que pasarán a ocuparse solamente de 11 funciones esenciales de la salud pública, en función de un mandato de los actores globales y nacionales del mercado y sus agencias y organismos que representan estos intereses (Armada, Muntaner y Navarro, 2001: 729-768). Las FESP según Oscar Feo son la funcionalización que los

bancos le asignan a una salud pública residual, ocupada en funciones de rectoría, regulación, atención de enfermedades de altas externalidades y bajo lucro (endemias, epidemias, inmunizaciones) o en evaluación sanitaria y compras públicas. Funcionalizaron la salud pública a los mandatos del mercado sanitario (Feo, 2004: 61-71). ¿Por qué? Porque el diseño de las agendas, políticas y las reformas estructurales quedan a cargo de los bancos, o sea del sistema financiero, expresado en las tecnocracias del BID, Banco Mundial y otros actores extra-sanitarios.

- La naturalización de un acumulado de *reformas y reformas* a los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe en base a la importación y sedimentación de teorías y políticas desde los modelos eurocéntricos de protección social produciendo sistemas de atención biomédica clínica de reparación fisiopatológica intentando emular semejanzas de necesidades sanitarias y epidemiológicas con ciclos del Norte global, el panamericanismo con el impulso de mitos como la APS, hasta el ajuste y cambio estructural del Sector Salud con el pluralismo estructurado y la cobertura universal de salud. Los cambios organizacionales e institucionales siguieron lógicas de colonialidad en los sistemas de salud promoviendo una agenda del desarrollo y/o la producción de mercados de coberturas financieras en la propia matriz de reforma en toda la región (Basile y Feo, 2022: 1-2).

Tabla 1. Revisión de enfoques en los organismos regionales en salud

Organismo	Concepción y Acciones	Actores priorizados	Paradigma Salud Internacional responde
Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unane (ORAS-CONHU)	<ul style="list-style-type: none"> -Actualización informativa de la región, Agenda Sanitaria, Fortalecimiento Institucional. -Ciclo de Intercambios, Experiencias y Debates sobre Problemas en región Andina -Reuniones técnicas de Ministerios región Andina /Autoridades Nacionales de Salud - Política andina de Recursos Humanos en Salud, PASAFRO, Migrantes, ODS, Salud y Economía, Medicamentos, Vigilancia en Salud Pública, Gestión del Riesgo, Salud intercultural, Desnutrición infantil, Proyecto Tuberculosis, Adolescentes, otros. Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 	<ul style="list-style-type: none"> -Ministerio de Salud de Región Andina de Sudamérica -OPS-OMS -BID -CEPAL -Fondo Mundial 	Panamericanismo – Desarrollismo sanitario
COMISCA-SICA (Consejo de Ministros de salud de Centroamérica y República Dominicana)	<ul style="list-style-type: none"> -Actualización informativa de la región. - Reuniones y Acuerdos en Comisiones Técnicas de Medicamentos, Negociación Conjunta, Enfermedades Crónicas y Cáncer, Vigilancia de Salud Pública, Coordinación VIH, Gestión del Riesgo en Salud, Laboratorios Nacionales, otros. -Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerios de Salud Pública Centroamérica y República Dominicana OPS-OMS CDC (EE.UU.) Unión Europea 	Panamericanismo Medicina social desarrollista
SGT N° 11 MERCOSUR (Subgrupo de Trabajo n11 de Salud-Mercado Común del Sur) /Reuniones de Ministros de Salud (RMS)	<ul style="list-style-type: none"> -Declaraciones de Cancillerías y Altas Autoridades Nacionales de Salud. - Regulación de Fronteras y repatriación de ciudadanía -Financiamiento de proyectos por Fondo para la Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM) -Armonización de reglamentaciones, regulaciones en salud, controles sanitarios y desgravación de aranceles para importaciones equipamiento médico. - Comisión de Productos en Salud, Comisión de Vigilancia en Salud, Comisión de Servicios de Atención en Salud y Libre Ejercicio Profesional. 	Organismos de control, regulación y financiamiento MERCOSUR.	Panamericanismo Salud global liberal
Agencia CARPHA - CARICOM (Agencia de Salud Pública del Caribe)	<ul style="list-style-type: none"> -Actualización informativa de la región. -Reunión de Presidentes y acercamiento a preparación y respuesta. -Documentos, Guías y Materiales de comunicación de riesgo. - Vigilancia y control de enfermedades transmisibles, Turismo y Salud, Seguridad Sanitaria Regional, Prevención y Control ENT, Preparación y Respuesta a Emergencias, -Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 	<ul style="list-style-type: none"> OPS-OMS Unión Europea AFD (Agencia Francesa de Cooperación) USAID (Agencia Estadounidense de Cooperación al Desarrollo) 	Panamericanismo Salud global liberal
CELAC (Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños)	<ul style="list-style-type: none"> Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para región sólo construido a partir de la crisis de Covid19: 1. Mecanismo regional de compra pública de vacunas 2. Crear consorcios para acelerar el desarrollo de vacunas 3. Plataformas de ensayos clínicos 4. Acceso a la propiedad intelectual 5. Inventario de capacidades regionales 	CEPAL	Desarrollismo sanitario Panamericanismo

Fuente: Elaboración propia.

Frente a este proceso complejo de un rompecabezas de desintegración y convivencia de múltiples organismos regionales con un panamericanismo envolvente de cada uno de estos procesos durante décadas, se refuerza la necesidad de ampliar los marcos de referencia de una salud internacional desde el Sur (Basile, 2018: 8), para colocar en el centro el papel que juegan las determinaciones internacionales del sistema mundo contemporáneo en la producción geopolítica de modos de vivir, enfermar y morir como las adversidades y condicionantes en el Sur (Basile, 2020b: 173-208).

Determinaciones internacionales de la salud

Aproximar apuntes sobre las dinámicas complejas de las “D” de determinación y dependencia para darle contexto a la descoordinación político-sanitaria antes caracterizado es un fenómeno interno regional a trabajar profundamente desde el pensamiento crítico en salud, partiendo que existen dependencias *consentidas* y *satélites* a la doctrina panamericana como a la salud global productoras de descoordinación regional. Dependencias que se expresan abiertas (consentidas) o encubiertas (satélites).

En este apartado entonces, se describe la dimensión general de la categoría de determinación internacional de la salud, que implica cambiar escalas de observación y hacer visible los evidentes condicionantes y adversidades hacia una vida saludable en la Periferia (Dos Santos, 2020: 9-46). El sistema-mundo vigente, globalización mediante, es resultado de un proceso de pliegues que en nuestra región tienen que ver con la propia constitución histórica colonial de Latinoamérica y el Caribe, en los tránsitos del capitalismo colonial/moderno, líquido y eurocentrado como patrón de poder mundial

(Mignolo y Walsh, 2002: 17-42). El sistema mundo no es un “sistema” del mundo o un sistema mundial, sino se refiere a un sistema que se considera asimismo “el mundo”.

En gran medida frente a un sistema global de reproducción, se suelen enunciar tesis nacionales de afrontamiento. Esto incluye muchas veces ubicar a las determinaciones de las crisis epidemiológicas, a los problemas de gestión, políticas y sistemas de salud, a los programas de salud pública exclusivamente ceñidos a procesos nacionales y locales. Ahora bien, la irradiación y reproducción de lo que se conceptualiza como *determinación internacional en salud* parte de comprender la complejidad de condicionantes y adversidades entrelazadas en multiniveles inherentes al sistema mundo contemporáneo para la especificidad de América Latina y el Caribe como espacio del capitalismo mundialmente periférico.

La *determinación internacional de la salud* se expresa entonces en diferentes dimensiones y niveles. Este marco categorial y teórico muestra como *reduccionista* la presuposición que la producción de procesos de salud-enfermedad y de políticas sanitarias descansa sobre lo que ocurre sólo *entre* y *al interior de cada Estado-Nación* como una dinámica de desigualdades globales-nacionales, sin vinculación fundamental o sin reconocimiento de las determinaciones desde las estructuras de poder globales sobre la salud y la vida en el Sur, o en una geopolítica Centro y Periferia (Dos Santos, 2020: 9-46). Abrir nuevas escalas de observación, resulta de problematizar que si la unidad de análisis para el estudio de eventos epidemiológicos, agenda y política sanitaria globales continúa siendo los Estados-Nación, sus fronteras y el *control* de enfermedades, esto presupone de partida subestimar las relaciones de condicionantes, adversidades y dependencias dentro del sistema mundo contemporáneo (Basile, 2018: 8-28).

En efecto, para estudiar las determinaciones internacionales de la salud es necesario modificar la unidad de análisis en escala espacial y escala temporal de observación pasando a observar, problematizar y monitorear los procesos críticos del sistema mundo moderno en sus cuatro divisiones como marcadores epidemiológicos y político-sanitarios globales claves:

- Orden superior-inferior jerárquico racial;
- División internacional del trabajo;
- División internacional de la naturaleza;
- División internacional de la Ciencia y el conocimiento,
- División internacional entre Centro y Periferia.

Estos procesos de determinación internacional siempre son relacionales, nunca determinista. Es decir, por definición la determinación internacional de la salud produce un flujo a nivel general de asimetrías del Centro hacia la Periferia, que también impacta en los conocimientos, saberes, comportamientos, pensamientos, prácticas y políticas de una *dependencia interna* que lo naturaliza y dinamiza tanto un uso como absorción de lentes epistémicos dominantes del sistema-mundo en el campo de la salud internacional y la epidemiología en el Sur.

En resumen, es necesario enunciar la categoría determinaciones internacionales de la salud para comenzar a comprender los fundamentos de la soberanía sanitaria regional como estrategia.

Apuntes sobre la estrategia de Soberanía Sanitaria regional

Partiendo de un problema epistémico-político relacional, la significancia de pensar y practicar una Salud desde el Sur implica un giro decolonial y epistémico (Basile, 2022: 65-72). Pero también quizás el camino que Latinoamérica y Caribe aún adeuda a sí misma es profundizar el estudio, la formación

y construcción de un pensamiento-acción geopolítica de soberanía sanitaria regional.

El primer ejercicio que propone este artículo es trascender el pensamiento, las categorías, las teorías y las bases eurocéntricas panamericanas que sustentaron y se reproducen en la salud internacional en la región. Detrás de ese *marco categorial* se esconde aquello que justifica las razones de las determinaciones epidemiológicas, la dependencia científico-sanitaria, de la descoordinación regional, de las biomedicalizadas e ineficaces respuestas a las emergencias de salud pública, la configuración de fragilizados sistemas de salud; en definitiva, a la reproducción de marcos de comprensión basados en considerar como únicos horizontes de actuación los lentes epistémicos y metodológicos en salud y epidemiología del Norte global (Basile, 2022: 65-72).

Dicho de otro modo, abrir un giro decolonial en la Salud Internacional permite comprender indisimulablemente la especificidad de los eslabones críticos a nivel regional siendo menester deconstruir *-o sea desmontar, desarmar, paso a paso, lógica-conceptualmente-* el marco categorial político sanitario eurocéntrico panamericano y de salud global liberal para buscar construir otros marcos categoriales «desde» el que se pueda repensar con rigor y en profundidad la salud en los territorios y territorialidades latinoamericanas caribeñas del Sur global.

Comenzar a construir una geopolítica a partir de las epistemologías de la salud desde el Sur, implica 4 rupturas: *epistémica, geopolítica, de marco categorial y de acción política-sanitaria*. En este sentido, una categoría clave para pensar la Salud desde el Sur es la soberanía sanitaria regional.

La soberanía sanitaria es una categoría y concepto, pero también opera como marco

teórico de comprensión. Aunque, sobre todo, es una estrategia regional. Contrarrestar las lógicas hegemónicas dominantes teóricas y prácticas de la salud panamericana y la salud global liberal es quizás una premisa sustancial para ir construyendo en la búsqueda de una genuina formulación de marcos de comprensión, de pensamiento estratégico para políticas, metas y caminos basados en los propios actores, problemas situados, ecología de saberes y voces del Sur. Así la soberanía sanitaria regional conjuga y se complementa de múltiples aportaciones:

- Aportaciones de la teoría de la dependencia a desafíos del siglo XXI (Dos Santos, 2020)
- Aportaciones de la teoría de la autonomía de Helio Jaguaribe (1979; 1986), Puig (1986)
- Aportaciones de la teoría de la Desconexión de Samir Amin (1988)

Soberanía sanitaria: Aportaciones de la Teoría de la Dependencia

El valor de uso de la Teoría de la Dependencia (Katz, 2016: 165-179), sesenta años después, para el estudio, problematización y comprensión de la dependencia sanitaria situada en el contexto regional permite construir inventarios y cartografías de dependencias para su análisis en profundidad, trayectorias y flujos de afrontamiento como de toma de decisiones situadas.

Enunciar *dependencia* como teoría y como categoría de estudio (Dos Santos, 2020: 9-46) se asienta originalmente en dos procesos inseparables: el sometimiento de los mundos extra-europeos con los procesos de colonización y la puesta en marcha de la División Internacional del Trabajo (DIT) estructurada alrededor del circuito de comercio triangular y del sistema colonial de plantaciones desde donde se basará la dependencia global al sistema mundo actual (Wallerstein, 2005: 13-40).

Tienen una historia tejida por los conflictos y las mutaciones de la DIT que atraviesa cinco siglos de globalización colonial capitalista, pero que se complejiza con la división internacional de la Naturaleza, de la Ciencia moderna, de la humanidad, del saber y del poder. Así, la polarización desarrollo/subdesarrollo hunde sus raíces, mucho antes de la revolución industrial, durante el periodo de expansión del capitalismo mercantilista colonial entre los siglos XVI y XVIII.

Según Theotonio Dos Santos (2020: 9-47) más que la dicotomía desarrollo-subdesarrollo, hay que pensar en Centro y Periferias. La propia caracterización del subdesarrollo está conectada intrínsecamente con la expansión del capitalismo del Norte global, actualmente conocido como "el" desarrollo. Dos Santos será uno de los autores que plantea que el subdesarrollo no es un fenómeno aislado ni endógeno, sino un proceso conectado estrechamente con la expansión de los países centrales industriales, siendo que el desarrollo y subdesarrollo son dos caras de una misma moneda. Por último, la dependencia para Dos Santos (2020: 9-46) no es tan "sólo" un fenómeno "externo", sino que se manifiesta también en formas y estructuras internas (sociales, ideológicas, políticas, de gobierno y gestión). Las críticas más fuertes que la teoría de la dependencia formula es a las teorías del desarrollo que surgen en la segunda mitad del siglo XX y que tenían en la CEPAL su principal centro de formulación teórica. La teoría de la dependencia siguió un camino crítico a las formulaciones de las teorías del desarrollo económico nacional que proponían un proceso lineal de transformación de las economías subdesarrolladas en economías desarrolladas, a partir de una cierta idea de modernización y desarrollo económico nacional. El enfoque novedoso de la teoría de la dependencia consistió en mostrar que el

camino del desarrollo económico en el centro global identificado por Europa, Estados Unidos o Japón no era viable para las economías latinoamericanas caribeñas, pues el subdesarrollo en estos países, al igual que en los países poscoloniales de África y Asia, no era resultado de la conservación de economías precapitalistas atrasadas, sino de la forma en que estas economías se habían integrado a un orden económico jerárquico del sistema mundo contemporáneo. La teoría de la dependencia buscó comprender este capitalismo dependiente periférico como proceso orgánico a la formación de una economía mundo capitalista, mostrando que los cambios en la formulación de nuevas dependencias en Latinoamérica y Caribe están articulados a los cambios en el centro del sistema mundo.

Bajo esta teoría, sus aportes claves permiten problematizar la especificidad epidemiológica, sanitaria y sociodemográfica de Latinoamérica y el Caribe como periferia, que implica producir un giro en la observación sin caer en un singularismo extremo. Combinando dialécticamente los procesos exógenos y endógenos de la dependencia que se reproducen en el campo de la salud internacional y la epidemiología en el Sur, especialmente en nuestra región. Las bases de dependencia científico-epidemiológica y científico-político sanitaria tanto en el campo del conocimiento como de la acción se manifiestan de diversas formas en el *saber-hacer*.

Es interés para este artículo, visibilizar que la dependencia sanitaria funciona en base a una estabilización y naturalización de la descoordinación y desintegración regional para la soberanía sanitaria. En definitiva, se consolida la construcción de una hoja de ruta de políticas públicas posibles en salud como horizonte regional, junto a un tipo de inserción internacional y de valores

socioculturales identificados con la modernidad occidental a perseguir como metas a asumir.

Cuando la dependencia sanitaria no se encuentra problematizada, hecho visible y herida colonial en las sociedades, academias y el Estado, se racionaliza y naturaliza. Por eso Helio Jaguaribe identifica algunos tipos de dependencia:

- *La Dependencia Para-Colonial*, es el modelo en el cual: *el Estado posee formalmente un gobierno soberano y no es una colonia, pero en realidad los grupos que detentan el poder efectivo en la sociedad nacional no constituyen otra cosa que un apéndice del aparato gubernamental y de la estructura del poder real de otro Estado u otros Estados.*
- *Dependencia Nacional*: es la categoría en la cual *“los grupos que detentan el poder real racionalizan la dependencia y, por tanto, se fijan fines propios que pueden llegar a conformar un proyecto nacional compartido globalmente en sus rasgos esenciales”*. La existencia de un proyecto nacional marca la diferencia con la dependencia para-colonial, ya que *“se impusieron algunos límites a la influencia, en principio determinante, de la potencia imperial”*

Soberanía sanitaria: Aportaciones de la Teoría de la Autonomía

La segunda dimensión clave para pensar una estrategia de soberanía sanitaria, son las significativas aportaciones de la teoría de la autonomía elaborada principalmente por el brasileño Helio Jaguaribe (1979: 91-130; 1969: 1-85) quien en sus obras habla de un sistema con hegemonía céntrica del Norte Global -principalmente en un sistema imperial- y a su vez en autonomías periféricas. Así Jaguaribe (1979: 91-130) introduce la necesidad que los Estados y

sociedades latinoamericanas caribeñas adquieran mayores grados de autonomía para definición de sus políticas, sus metas, sus caminos; donde el movimiento de autonomía busca producir procesos de integración regional para atenuar las nuevas dependencias en nuestro caso en el Siglo XXI.

Un segundo eje clave para Jaguaribe (1979: 91-130), frente a los condicionantes y adversidades del sistema mundo contemporáneo, es que no alcanza ni se trata de ganar autonomía nacional desde las unidades de un Estado-Nación. Por eso se considera que la autonomía no parte “*desde adentro y hacia adentro*” de las fronteras y Estado-Nación. En general este tipo de flujos de una estrategia autonomizante en lógica desarrollista nacional termina en procesos de aislamiento por el sistema mundo. Varios son los estudios de caso en la región como Cuba, Venezuela, otros en siglo XX. La *dependencia* según Jaguaribe (1979: 94) parte que “*poseen nominalmente la condición de Estados soberanos, dotados de órganos propios de gobierno y acreditados como interlocutores independientes ante los otros Estados y organismo internacionales*”. Pese a ello, estos países se encuentran sujetos a diversas modalidades de control y dominación en sus decisiones, por parte de los actores externos, con primacía general y regional, así como Estados ubicados en el estrato de autonomía, quienes conforman el oligopolio de poderes y condicionan en diversos grados.

La imagen del sistema internacional que construye Jaguaribe muestra un grupo de países desarrollados – Centro o Norte- y un grupo de países dependientes -del Sur o periferia- (Jaguaribe, 1988: 425-438). De todos modos, Jaguaribe piensa que la estratificación internacional es dinámica y, en virtud de ello, detenta una mirada

moderadamente optimista sobre las oportunidades, los desafíos y los caminos por los que pueden optar los gobiernos regionales en función de dos condiciones estructurales fundamentales: *viabilidad nacional* y *permisibilidad internacional*.

Jaguaribe (Simonoff y Lorenzini, 2019: 96-106) denomina permisibilidad internacional a: “[...]. *se refiere fundamentalmente a la medida en que, dada la situación geopolítica de un país y sus relaciones internacionales, este país disponga de condiciones para neutralizar el riesgo proveniente de terceros países, dotados de suficiente capacidad para ejercer sobre él formas eficaces de coacción –como el desarrollo de una apropiada capacidad económico-militar, o también externas, como el establecimiento de convenientes alianzas defensivas*”. Es decir, son las condiciones de posibilidad de un Estado o de un conjunto de Estados para emprender una estrategia autonomizante tomando en cuenta el estado de situación -flexibilidad/rigidez- o el grado de condicionamientos que el sistema internacional, específicamente los Estados que conforman el oligopolio de poderes, ofrece ((Simonoff y Lorenzini, 2019: 96-106).

Jaguaribe piensa que el mayor riesgo consiste en una intervención geopolítica del sistema mundo contemporáneo -incluyendo intervención militar directa de EE. UU como en el Siglo XX- en el territorio del país que inicie un proceso de autonomización progresiva en soledad con el repetido *desarrollo nacional*. Dicha acción frustraría el proyecto autonomista en el país periférico en un tiempo determinado. Sólo estaría disponible la opción de la ‘*dependencia satelizante*’, o las alternativas que consisten en la *revolución y/o un proceso emancipatorio autónomo de desconexión*. Cada una representan opciones

autonomizantes aunque los tiempos históricos y los caminos para alcanzarla son diferentes ((Simonoff y Lorenzini, 2019: 96-106).

En lo que respecta a la *viabilidad nacional* de un país, ésta “*depende, para un determinado momento histórico, de la medida en que disponga de un mínimo crítico de recursos humanos y naturales, incluida la capacidad de intercambio internacional*” (Jaguaribe, 1979: 96). El concepto refiere al conjunto de condiciones internas que deben disponer los países dependientes periféricos y que el autor califica como indispensables para que la elite nacional y autonomista pueda iniciar un proceso gradual superador de la dependencia que sólo es a partir de disponer de ‘*masa crítica*’.

Puig (1986: 40-62) en línea similar a Jaguaribe, denomina *autonomía heterodoxa* que trata en la aceptación de la conducción estratégica del bloque y en la discrepancia respecto de tres aspectos: a) el modelo de desarrollo interno puede no coincidir con las expectativas de la metrópoli del Centro global; b) el país periférico puede establecer relaciones internacionales cuando éstas no sean globalmente estratégicas; y, c) separa el interés nacional de la potencia dominante del interés estratégico del bloque (Puig, 1986: 40-62). Es decir, no hay confrontación, ni desafío en los temas cruciales para el Centro global incluso señala que “[...] *no todas las políticas impuestas por el dominante tienen que ser necesariamente perjudiciales para el subordinado [...]*”.

Una segunda opción que se describe es la *Autonomía por Desconexión* que significa asumir un desafío global al sistema mundo. El país periférico corta el cordón umbilical que lo unía a la “*metrópoli*” del Centro global (Puig 1984: 78–79). Esta etapa no es

recomendable según algunos autores latinoamericanos como Puig, ya que agota los recursos de poder nacionales y puede derivar en una situación absolutamente contraria a la deseada como lo describen en el aislamiento. En definitiva, las aportaciones de la teoría de la autonomía entendida como la capacidad de tomar decisiones convenientes según las necesidades de flujos de lo local/nacional/regional y orientada a superar los condicionamientos y adversidades objetivos de la geopolítica de poder del Norte global, las corporaciones y las empresas transnacionales que forman parte del sistema mundo vigente. Para que esto sea posible, los gobiernos latinoamericanos caribeños deben ser conscientes de cuál es su verdadera situación medida en términos de viabilidad nacional individual y cuáles son los márgenes de maniobra de los que dispone en términos de la intensidad con la que operan los condicionamientos y adversidades de este sistema mundo contemporáneo.

Por último, interesa subrayar otra cuestión clave que plantea Jaguaribe y es que “(*...*) *la autonomía no es una conquista estable y permanente*” (1979: 96), lo que permite inferir que los países que decidan transitar ese camino deben hacerlo como un proyecto planificado y pensado estratégicamente, ampliamente compartido por actores y, concebido como una política de Estados, pero a su vez de territorialidades sociales en un horizonte temporal de mediano y largo plazo. Estas aportaciones resultan clave para la producción de una matriz de comprensión/acción geopolítica sobre las determinaciones internacionales de la salud en el Sur global, con la cartografía rigurosa de condicionantes y adversidades de determinaciones y dependencias sanitarias, para desde ahí pensar y planificar estratégicamente flujos de autonomía sanitaria.

Soberanía sanitaria: Aportaciones de la Teoría de la Desconexión

El egipcio Samir Amin (1988: 5-335) a lo largo de su producción va a desarrollar una serie de propuestas acerca de la necesidad de que los países periféricos se «desconecten» del sistema capitalista mundial, para entrar en un sistema mundial policéntrico. El capitalismo en sus diversas fases colonial, de desarrollo industrial de mercado a líquido financiero extractivo, por las propias leyes de acumulación de capital, produce y reproduce una polarización global entre centros y periferias que son innegables y que Amin remarca que es intrínseco al sistema no un desajuste.

La teoría de la desconexión (Amin, 1988: 5-335) parte no en términos de autarquía o de producir independencia nacional, sino como necesidad de abandonar los valores que parecen estar dados naturalmente por el capitalismo global, la modernidad, para lograr poner en pie un internacionalismo de los pueblos que luche contra éste. La necesidad de desconexión es el lógico resultado geopolítico del carácter desigual por naturaleza del *desarrollo* dentro del capitalismo (un capitalismo subdesarrollado dependiente del capitalismo desarrollado), pero también la desconexión es una condición necesaria para cualquier intento de construir un sistema policéntrico. El concepto de desconexión nunca fue sinónimo de autarquía para esta teoría.

La propuesta de la desconexión constaría de cuatro objetivos esenciales (Amin, 1988: 5-335):

- Pasa por una ruptura, una desconexión, con las bases de la mundialización
- construir un sistema global no sujeto a las élites mercantiles mundializadas dominantes

- una autoorganización que permita el acceso a los bienes del planeta de manera equitativa
- un movimiento defensor del replanteamiento del papel de las instituciones internacionales

Las crisis de las relaciones Norte-Sur constituye el centro de la crisis global. Una vez constituido, el capitalismo global “atlántico” partió a la conquista del mundo y lo reconfiguró sobre la base de la permanencia de la expropiación de las regiones conquistadas, que de esta manera se convirtieron en las periferias dominadas del sistema (Amin, 2009: 2-22). Igualmente, se deduce que la prosecución de la estrategia de expansión del capitalismo tardío se topa necesariamente con la resistencia cada vez mayor de las naciones del Sur. Amin (2009: 2-22) lo explicita diciendo que “*la crisis actual no es, pues, ni una crisis financiera ni la suma de crisis sistémicas múltiples, sino la crisis del capitalismo imperialista de los oligopolios, cuyo poder exclusivo y supremo corre el riesgo de ser cuestionado una vez más, tanto por las luchas del conjunto de las clases populares como por las luchas de los pueblos y naciones de las periferias dominadas, por “emergentes” que sean en apariencia*”. Es decir, coloca a las periferias y el Sur como espacios claves. A su vez, el capital responde al desafío como en las crisis precedentes por medio de un doble movimiento de más concentración y más mundialización (Amin, 2009: 2-22).

Aunque según Amin (2009: 2-22), en el Sur, aún se instalan un ilusionismo que ocupan hoy el primer plano de la escena. Bien sea la de un desarrollo capitalista nacional autónomo que se inscriba en la mundialización, ilusión muy poderosa entre las clases dominantes y medias de los países “emergentes”, reforzada por los éxitos inmediatos de los últimos decenios.

Ahora bien, Amin (1988: 5-335) describe como ciertos momentos de debilitamiento de la integración y participación en el sistema mundo contemporáneo tanto en su economía mundo como en la geopolítica hegemónica imperial de ciertos Estados-Naciones no significa necesariamente que se hayan construido un proceso de desconexión. Esto es un error de comprensión y actuación.

De todos modos, para Amin (2009: 2-22) una segunda etapa del “despertar del Sur”, que ofrece una relectura del período de Bandung como el primer tiempo, está al orden del día. Finalmente, las razones fundantes de los aportes de la teoría de la desconexión permiten dar marco de aplicación a la estrategia de soberanía sanitaria regional:

- el replanteamiento de organismos regionales e internacionales de la salud internacional en especial de la autoridad médica occidental que identificamos como Organización Mundial de la Salud, inclusive de salida de algunos de ellos (Ej: caso OMS, OPS-OMS, otros).
- con la producción de espacios de desconexión de las agendas globales del panamericanismo en la región y de la salud global liberal.
- con el abandono de valores y lógicas de comprensión desde los Centros globales.

Integración regional para la Soberanía Sanitaria latinoamericana caribeña

Continuar atrapados en una *jaula de hierro* de una racionalidad condicionada por las determinaciones, dependencias y descoordinaciones regionales en políticas sanitarias periféricas consentidas y satélites incluso hasta desde posiciones académicas diferentes que nos permiten ser *críticos, ser médico-sociales contrahegemónicos*, en tanto y en cuanto se actúe siempre bajo el mismo orden científico, el mismo lenguaje, con las mismas categorías y repitiendo una, y otra, y otra vez las mismas certezas

totalizantes. Pareciera indispensable un balance crítico de esta dinámica, volviendo a la necesidad ya planteada de un *giro descolonial* en la salud internacional desde Latinoamérica y el Caribe (Maldonado Torres, 2008: 61-72).

Lo que este artículo propone sobre el panamericanismo sanitario y la salud global liberal no es tan sólo visualizar sus supuestas “trampas ideológicas y metodológicas”, sino cómo las y los salubristas latinoamericanos caribeños observan, piensan y actúan sobre los problemas regionales con conceptos que no le corresponden (Basile, 2018: 8-28).

En este contexto y bajo los aportes teóricos descriptos, el camino de la integración regional como una suerte de reaseguro de la autonomía hacia la soberanía sanitaria latinoamericana caribeña resulta clave. La integración regional en salud internacional desde el Sur -como dimensión agregada al proyecto de autonomía política y económica- incrementaría los costos de una intervención directa sobre este proceso desde las agendas/actores globales sanitarios dominantes y contribuiría a multiplicar la escala de acción geopolítica, de producción científico-sanitaria, y reforzaría la viabilidad individual a través de una viabilidad colectiva de carácter regional.

Aunque estos procesos siempre son transicionales. Graduales, por flujos, la imagen más clara es para revisar y revertir la descoordinación y dependencia sanitaria, implica repensar una integración regional basada en la estrategia de soberanía sanitaria por círculos concéntricos y progresivos (Jaguaribe, 1969). Dada la heterogeneidad intrarregional actualmente de diversos procesos subregionales en un contexto de descoordinación regional ya caracterizados, sería inviable una integración que supusiese la adhesión inicial inmediata de todos los

países que la componen a un único proyecto y hoja de ruta de integración regional para la soberanía sanitaria.

El desafío de la integración consiste en que las sociedades y geopolíticas latinoamericanas caribeñas donde conviven nacionalismo estatal, suregional y regional que no son actualmente '*comparables en intensidad*', se trabajen para lograr el proceso del traslado del *Estado-Nación* al *Estado-región*. Un tránsito, en el que naturalmente el nacionalismo desarrollista del Estado-Nación -valga la redundancia- ocupa prácticamente toda la escena y el regionalismo estratégico aún sólo es embrionario.

Según Samaja (1999: 25-414), una buena teoría (válida, comprensiva, efectiva, pertinente, consistente, rigurosa) debe implicar necesariamente claridad y precisión terminológica. Es decir, la soberanía sanitaria como categoría del marco categorial de las epistemologías de la Salud desde el Sur implica ciertas precisiones teóricas y aproximaciones en su valor de uso.

En primer lugar, soberanía sanitaria es una estrategia regional de flujos y movimientos sobre la articulación de distintos niveles espaciales, de multiescalas. Conjuga y complementa los aportes de la teoría de la dependencia (Dos Santos, 2020) a los desafíos del siglo XXI y la teoría de la autonomía (Helio Jaguaribe, 1979; 1986) y la teoría de la desconexión (Amin, 1988), abriendo una búsqueda de maximizar capacidades y espacios de soberanía en la toma de decisiones político-sanitarias en el contexto global adverso imperante. Traducir la necesidad de movimientos y flujos de autonomía periférica (Jaguaribe, 1979: 91-130) que permitan producir procesos y tramas de integración regional para la soberanía sanitaria significa atenuar, mitigar y desactivar la dependencia y la

descoordinación ganando grados de liberación desde una microfísica geopolítica. Primero, esto induce a complejizar las comprensiones geopolíticas y que estas se centren en multiniveles desde la dimensión general del sistema mundo moderno hasta situaciones territoriales concretas y materiales de la vida, la salud y la epidemiología en el Sur global.

Producir territorios y territorialización de soberanía sanitaria regional, no sólo implica mayores grados de autonomía de la unidad del Estado-Nación y sociedades nacionales. No alcanza con soberanías nacionales gubernamentales pensando la soberanía como asunto intergubernamental.

Soberanía sanitaria nunca fue una simple política de afrontamiento gubernamental nacional a los condicionantes y adversidades de las determinaciones internacionales en salud del sistema mundo contemporáneo. Soberanía sanitaria nació del pensamiento complejo y decolonial de las epistemologías de la Salud desde el Sur como *una estrategia regional* para comprender y actuar sobre procesos que están tejidos y articulados juntos, no por pedacitos ni por separado.

Desde su surgimiento la categoría y concepción de soberanía sanitaria tiene sus basamentos en:

- es una estrategia para ir construyendo la búsqueda de una genuina formulación de marcos de comprensión y de pensamiento estratégico para descolonización de epistemologías y construcción de alternativas en acciones, políticas y caminos de liberación basados en los propios actores, problemas situados y voces de la Salud desde el Sur.
- se basa en producir pedagogías para problematizar y visibilizar la matriz de dependencias sanitarias con sus expresiones territoriales, locales, nacional o regional,

- el concepto motor de la soberanía sanitaria son los flujos, partiendo de una ecología de saberes interculturales, de capacidades político-sanitaria en los territorios, territorialidades, Estados y sociedades en los diversos procesos de regionalismos de la salud desde el Sur.
- es la construcción permanente de espacios geopolíticos de autonomía político-sanitaria en los diversos proyectos de integración regional existentes,
- es necesario salir de una retórica de la soberanía sanitaria, y construir prácticas y procesos concretos, rupturas. Las retóricas de consigna vacían la teoría crítica.
- este concepto parte de reconocer las interdependencias en el sistema mundo contemporáneo (Imperio y Economía Mundo) y sus determinaciones internacionales en salud que se manifiestan en adversidades y condicionantes para la Salud desde el Sur,
- soberanía sanitaria responde a las rupturas epistémicas y de descolonización desde un nuevo marco categorial de las epistemologías de la Salud desde el Sur.

La autonomía y soberanía sanitaria no es una conquista estable y permanente. Transitar procesos de integración regional es asumir tensiones, reacciones adversas, ataques, avances y retrocesos. En segundo lugar, es abrir un cuestionamiento a centrar toda la comprensión del poder soberano en el Estado-Nación -necesario pero insuficiente-. El poder puede estudiarse sin considerar al Estado como un aparato central y exclusivo sino por una articulación de poderes locales, específicos, territoriales, simbólicos-culturales, circunscritos a áreas de acción, de territorialización. Existencia de formas de ejercicio del poder complementarias al Estado, articuladas de maneras variadas al

Estado en momentos de transformación y que esta existencia de territorialización resulta indispensable inclusive para la sustentación y actuación eficaz en la propia refundación del Estado y los bienes públicos, comunes y colectivos.

Captar el ejercicio de este poder difuso en su escala más invisible, de la *termita* que habla Wendy Brown (2017: 313), esto es, en la inmediatez de la vida cotidiana; en las relaciones sociales, económicas, políticas, sanitarias, culturales donde gobierna y permea a las sociedades de forma muy eficaz el liberalismo y desarrollismo del siglo XXI. Este nivel capilar en el ejercicio de la fuerza es lo que Foucault (1979: 7-175) designó como la “microfísica del poder”.

Se refiere entonces a construir un *saber-hacer* para la producción de micro-geopolíticas de soberanía sanitaria en situaciones territoriales concretas que se condensan en espacios sociales, comunitarios, institucionales, gubernamentales y otros:

- En el barrio, la junta de vecinos, la comunidad hasta la universidad, las academias.
- En experiencias y momentos de gestión sanitaria y gobierno del Estado en el Sur
- En las diplomacias y gestores públicos como en agenda de salud internacional desde el Sur
- En las teorías, políticas y prácticas sobre Sistemas de Salud en Siglo XXI
- En las teorías, metodologías, investigación y acciones de la epidemiología en Siglo XXI
- En la descolonización de la Ciencia y la Tecnología sanitaria
- En los andamiajes jurídicos-legales institucionales instituidos
- En nuevas cartografías de redes, territorios y territorialidades de salud y vivir bien

- En las formas de una epidemiología para el monitoreo participativo colectivo de la salud en multiescalas: regional, nacional, subnacional, local y territorial
- En las redes y plataformas de articulaciones regionales de movimientos sociales, organizaciones sindicales, de mujeres, afro, LGTBI, campesinas, de VIH, entre otras; que territorializan soberanía sanitaria desde sus prácticas, luchas y saberes.
- En las ecologías de saberes y plurinacionalidades de las Naciones indígenas-originarias
- En múltiples otras trayectorias y genealogías una liberación situada y contextualizada.

En síntesis, se sistematizan tres flujos y movimientos claves de aprendizajes sobre la estrategia de soberanía sanitaria regional (Basile y Rivera Díaz, 2022: 39).

Primero, construir pedagogías críticas para problematizar, estudiar, comprender, cartografiar y deconstruir en profundidad los condicionantes, adversidades, dependencias para la salud desde el Sur en clave teórico-conceptual decolonial y en un nuevo *saber-hacer* en el nivel político-técnico y metodológico a nivel territorial, local, subnacional, nacional y regional.

Segundo, hacer visible en mapas, flujogramas, salas situacionales las dependencias sanitarias y descoordinaciones consentidas y satélites, sus formas diplomáticas, sus formas gubernamentales, sus formas técnicas y académicas, sus mecanismos de reproducción, naturalización y perenización.

Tercero, profundizar las bases teóricas y prácticas técnico-políticas para la formación y construcción de espacios de autonomía regional (márgenes de maniobra) que se

define como la integración regional para la soberanía sanitaria. ¿Cómo combinar *igualdad* y *alteridad* en un mismo territorio, y diversos territorios y territorialidades? ¿Cómo producir territorializaciones de soberanía sanitaria prácticas, concretas, materialmente tangibles en contextos adversos?

Maturana (1991: 59-145) explica que el mecanismo que nos hace autónomos es la *autopoiesis*. Para entender la autonomía de un ser vivo, debemos entender su estructura interna (Maturana y Varela, 1991; 59-145). Para entender la soberanía sanitaria de Latinoamérica y el Caribe, se debe comprender la estructura interna del sistema mundo contemporáneo en especial sus bases de reproducción de dependencia, subordinación, gobernanza global, descoordinación y colonialidad en salud que se asientan en el panamericanismo sanitario y la salud global liberal.

Avanzar hacia la integración regional para la soberanía sanitaria es conjugar una territorialización policéntrica para darse la posibilidad y potencialidad de nuevas agendas, prioridades y prácticas territoriales, de gestión y gobierno y académicas de una Salud desde y para el Sur.

Partir de las tramas epistemológicas entre el pensamiento crítico latinoamericano caribeño expresado en la nueva corriente de la Salud desde el Sur (Basile, 2022: 65-72), la ecología de saberes y sistemas de conocimientos del Abya Yala y el pensamiento decolonial; abren una opción ético-política-epistémica de construir una ciencia crítica en salud para el siglo XXI desde el Sur.

Frente a las dimensiones generales de determinación, dependencia y descoordinación que se reproducen en

Latinoamérica y el Caribe, terminar con las arquitecturas instituidas del gobierno regional de la salud internacional es comenzar a construir otras más pública, relacional, autónoma, polifónica, intercultural, decolonial y compleja (Almeida-Filho, 2006: 123-146).

En definitiva, es nuevamente situar la cuestión pendiente de afrontar los procesos de integración latinoamericana y caribeña bajo los horizontes de una estrategia de soberanía sanitaria regional para reconstruir la esperanza y transitar hacia una epistemología y prácticas de la Salud desde el Sur.

Bibliografía:

Aguilar Monteverde, A. (1965). El panamericanismo; de la doctrina de Monroe a la doctrina de Johnson. Cuadernos Americanos, 47-50.

Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. Salud colectiva, 2 (2), 123-146.

Almeida-Filho, N. D. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. Salud colectiva, 16, e2751.

Amin, S. (1988). Desconexión, La (Vol. 7). Iepala Editorial, 335 pp.

Amin, S. (2009). ¿Salir de la crisis del capitalismo o salir del capitalismo en crisis? El Viejo Topo 261/octubre 2009 /45, 22 pp.

Aponte, M. (2014). El nuevo regionalismo estratégico. Los primeros diez años del ALBATCP, Buenos Aires, CLACSO, 338 pp.

Armada, F., Muntaner, C., & Navarro, V. (2001). Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. International Journal of Health Services, 31(4), 729-768.

Basile, G. (2018). Hacia la salud internacional Sur Sur: giro decolonial y epistemológico. Dossier N2, en ediciones del GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. 27 pp.

Basile, G. (2019) La Salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR Salud ¿soberanía o dependencia sanitaria? En III Dossier de Salud Internacional Sur Sur,

Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Mayo, 2019, 3-27.

Basile, G. (2020a). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En: Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación, 2020, 222 pp.

Basile, G. (2020b). Enfermos de desarrollo: los eslabones críticos del SARS-CoV-2 para América Latina y el Caribe. ABYA-YALA: Revista sobre acceso á justiça e direitos nas Américas, 4(3), 173-208.

Basile, G. (2022). Hacia una Salud desde el Sur: epistemología decolonial y de soberanía sanitaria/Towards a Health from the South: A decolonial and sanitary sovereignty epistemology. Journal Medicina Social, 15(2), 65-72.

Basile, G., & Feo, O. (2022). Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad Antioquia, 40(2), 1-2.

Bourdieu, P. (2010). Sul concetto di campo in sociologia. Armando Editore.

Bouzas, R, Velga, P. Ríos, S (2008). Crisis y perspectivas de la integración en América del Sur". América Latina: ¿integración o fragmentación? Ricardo Lagos (comp.). Argentina. Edhasa, 2008: 319-347.

Brown, Wendy (2017). El pueblo sin atributos: La secreta revolución del neoliberalismo. Malpaso, Ediciones SL, 313 pp.

Castro-Gómez, S. (2003). *La Hybris del Punto Cero: Biopolíticas imperiales y colonialidad del poder en la Nueva Granada (1750-1810)*. Unpublished manuscript. Bogota, Colombia: Instituto Pensar, Universidad Javeriana.

CEPAL -Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1994). *El regionalismo abierto en América Latina y el Caribe. La integración económica al servicio de la transformación productiva con equidad*". Libros de la CEPAL 39. Chile. Enero 1994; 105 pp.

Chaves, C. (2010). *La inserción internacional de Sudamérica: la apuesta por la Unasur. Íconos-Revista de Ciencias Sociales*, (38), 29-40.

Chossudovsky, M., Palos, A. M., & de la Concha, B. R. (2002). *Globalización de la pobreza y nuevo orden mundial (No. HC79. P6. C4618 2003.)*. Siglo Veintiuno, 391 pp.

De la Flor, J. L. (2018). *La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24. ° EVE*. *Comillas Journal of International Relations*, (13), 49-62.

Delgado, C. (2000). *Reflexiones epistemológicas sobre medio ambiente, determinismo e indeterminismo. Una mirada desde la complejidad*. *Diosa Episteme*, 6.

Dos Santos, T. (2020). *Construir soberanía: una interpretación económica de y para América Latina (Theotônio Dos Santos-Antología Esencial)*. Buenos Aires: CLACSO, 797 pp.

Feo, O. (2004). *La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(99), 61-71.

Ferrerías, N. O. (2013). *El Panamericanismo y otras formas de relaciones internacionales en las Américas en las primeras décadas del Siglo XX*. *Revista Eletrônica da ANPHLAC*, (15), 155-174.

Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid, Las Ediciones de La Piqueta, 175 pp.

Glinkin, A. N. (1984). *El latinoamericanismo contra el panamericanismo: desde Simón Bolívar hasta nuestros días*. Moscú, Editorial Progreso.

González, G. (2008). *México en América Latina: entre el Norte y el Sur o el Difícil Juego del Equilibrista*. *América Latina: ¿integración o fragmentación?* Ricardo Lagos (comp.). Argentina, Edhasa, 115-144.

Granda, E. (2004). *A qué llamamos salud colectiva, hoy*. *Revista cubana de salud pública*, 30(2), 0-0.

Gudynas, E. (2005). *El "regionalismo abierto" de la CEPAL: insuficiente y confuso*. *Observatorio Hemisférico*. 2005; 28:1-4.

Gudynas, E. (2012). *Estado compensador y nuevos extractivismos: Las ambivalencias del progresismo sudamericano*. *Nueva sociedad* 237 (2012): 128.

Guereña, J. L. (2000). *Urbanidad, higiene e higienismo*. *Áreas*. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (20), 61-72.

Haas, E. B. (1948). *The United States of Europe*. *Political Science Quarterly*, 63(4), 528-550.

Hall, S. (2008). *¿Cuándo fue lo postcolonial? Pensar al límite*. *Estudios postcoloniales Ensayos fundamentales*, 121-144.

Hall, S. (2016). *O Occidente e o resto: discurso e poder*. *Projeto História: Revista do*

- Programa de Estudios Pós-Graduados de História, 56.
- Jain, M. (1995). Por: Apoyo para el Análisis y la Investigación en África (SARA) y USAID-AFR/SD/HRD, 111 pp.
- Jaguaribe, H. 1969. Dependencia y autonomía en América Latina. En: Jaguaribe, et al. (eds.), La dependencia político-económica de América Latina, 1–85. México: Siglo XXI.
- Jaguaribe, H. (1979). Autonomía periférica y hegemonía céntrica. *Estudios Internacionales*, 12(46), p. 91–130.
- Jaguaribe, H. (1988). La Relación Norte-Sur. *Estudios Internacionales*, 21(84): 425–438.
- Katz, C. (2016): Críticas y convergencias con la teoría de la dependencia. *Revista Ciencias Sociales*, n. 1, v. 38, pp. 165-179
- Lechini, G. (2008). La globalización y el Consenso de Washington: sus influencias sobre la democracia y el desarrollo en el sur. 1a ed. - Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO, 238 pp.
- Manzur, J. C. M. (2002). La doctrina Monroe y el Panamericanismo: Dos propuestas. *Frónesis: revista de filosofía jurídica, social y política*, 9(1-3), 39-65.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1991). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living* (Vol. 42). Springer Science & Business Media, 145 PP.
- Mignolo, W. y Walsh, C. (2002). Las geopolíticas de conocimiento y colonialidad del poder. *Interdisciplinar las ciencias sociales: Geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. Perspectivas desde lo andino*, 17-42.
- Morgenthau, H. (1986). La teoría realista de las Relaciones Internacionales. Política entre las naciones: la lucha por el poder y la paz, 6-25.
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4), 509-538.
- Packard, R. M. (1993). The Invention of the ‘tropical worker’: medical research and the quest for Central African labor on the South African gold mines, 1903–36. *The Journal of African History*, 34(2), 271-292.
- Prashad, V. (2014). Las naciones oscuras: Una historia del Tercer Mundo. *Revista Española de Desarrollo y Cooperación*, (34), 188-189.
- Prats, J. (2006). Teoría y práctica del desarrollo. Cambios en las variables de la “ecuación del desarrollo” en los últimos 50 años. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (36), 1-17.
- Prebisch, R., & Cabañas, G. M. (1949). El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas. *El trimestre económico*, 16(63 (3), 347-431.
- Puig, JC. (1984). *América Latina: Políticas Exteriores Comparadas*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Puig, JC. (1986). Integración y autonomía en América Latina en las postrimerías siglo XX. *Integración Latinoamericana*, 11(109): 40–62.

Quijano, A. (1999). Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositivo*, 24(51), 137-148.

Rapoport, M. (2008). UNASUR, contracara del panamericanismo. *América Latina en Movimiento*. Quito, jun.

Reveles, V. C. (2018). México en la Unión de las Repúblicas Americanas, el panamericanismo y la política exterior mexicana, 1889-1942. *El Colegio de México*, 438 pp.

Rist, G. (2002). El desarrollo: historia de una creencia occidental (Vol. 137). *Los libros de la Catarata*, Madrid, p. 8-28.

Sader, E. (2008). Refundar el Estado-Posneoliberalismo en América Latina. En *Instituto de Estudios y Formación CTA y Ediciones CLACSO*, Buenos Aires, 90 pp.

Samaja, J. (1999). *Epistemología y metodología*. Eudeba, 414 pp.

Sanahuja, J. A. (2019). La crisis de la integración y el regionalismo en América Latina: giro liberal-conservador y contestación normativa. En *Ascenso del nacionalismo y el autoritarismo en el sistema internacional Anuario CEIPAZ 2018-2019*, Madrid, 126 pp.

Simonoff, A. C., & Lorenzini, M. E. (2019). Autonomía e integración en las teorías del sur: desentrañando el pensamiento de Hélio Jaguaribe y Juan Carlos Puig. 96-106.

Sen, A. (1999). Health in development. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(8), 619.

Serbin, A. (2014). Los nuevos regionalismos y la CELAC: Los retos pendientes. *Desafíos estratégicos del regionalismo contemporáneo: CELAC e Iberoamérica*, pág. 47, 338 pp.

Smith, P. (2000). *Talons of the eagle: dynamics of US-Latin American relations*. Gran Bretaña. Oxford University Press, 2000: 418.

Stepan, N. L. (2011). *Eradication, ridding the world of diseases forever?* Ithaca: Cornell University Press. 2011, 322 pp.

Surasky, J. (2014). La cooperación sur-sur en América Latina como herramienta decolonial. *Serie Documentos de Trabajo*, 4-14 pp.

Tokatlian, J. (2001). La unión sudamericana: ¿Inexorable o contingente? *Desarrollo Económico* 41 (161). Abril-junio 2001, 139-149 pp.

Vaughan, M. (1991). *Curando sus males: poder colonial y enfermedad africana*. Prensa de la Universidad de Stanford.

Wallerstein, I. M. (2005). *Análisis de sistemas-mundo: una introducción*. Siglo XXI, 111 pp.

Wallerstein, I. M. (2006). Después del desarrollismo y la globalización, ¿Qué? *Polis. Revista Latinoamericana*, (Pág. 13).



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

GRUPO DE TRABAJO
**SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA**

www.clacso.org.ar



@gtsaludinternacionalclacso



gtsaludinternacionalclacso@gmail.com



/gtsaludinternacionalclacso



www.pensamientocriticoensalud.org