



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

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

DOSSIER

SALUD DESDE EL SUR

JUNIO 2025 | EDICIÓN XII

NUEVO DOSSIER

Pensamiento Crítico en Salud desde el Sur hoy

*Significados de la
descolonización y actualización
de las teoría(s) crítica(s) en
salud para el siglo XXI*

Autor: Gonzalo Basile

Contenidos:

1. Pensamiento científico moderno en Salud pública
2. La dependencia y colonialidad en las Corrientes críticas eurocéntricas de salud en Latinoamérica y el Caribe del siglo XX
3. Descolonización y las Geopolíticas de la Salud desde el Sur y estrategia de Soberanía Sanitaria en el siglo XXI



PROLOGO

Como parte de las producciones y dinámicas de la agenda 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 Sur 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 espacio de investigación y formación especializada en salud internacional en el Caribe y el Programa de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO, presentan el resultado de una matriz de estudio y trabajo sobre Salud desde el Sur.

Esperamos sean de vuestro interés y difusión.

Edición XII - Dossier Salud desde el Sur:

Dra Odeth Santos

Coordinación Salud Internacional CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales)

Dr. Gonzalo Basile

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

Pensamiento Crítico en Salud desde el Sur hoy

Gonzalo Basile ¹

RESUMEN: El presente Dossier es fruto de la matriz de estudio regional elaborada dentro Salud Internacional de CLACSO. Este manuscrito transita la revisión y discusión sobre los significados del pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud, sus diversas expresiones y corrientes en el siglo XX y la actualidad de las transiciones epistémicas en el XXI, en la búsqueda de una nueva aproximación de marcos de comprensión, investigación y acción geopolítica sanitaria de una Salud desde el Sur. Ahora bien, en primer lugar, desde una revisión documental y de análisis de contenidos se pregunta este Dossier: ¿existe un pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud? ¿Qué significados e implicancias tiene en el siglo XXI? El Dossier aborda y revisa las epistemologías e implicancias del pensamiento científico moderno en salud con sus geopolíticas de poder y conocimiento, a su vez, se discuten interrogantes sobre la colonialidad y dependencias de las corrientes críticas eurocéntricas en salud en Latinoamérica y el Caribe en el siglo XX, terminando con algunas aproximaciones a la descolonización y geopolíticas de un pensamiento crítico en salud situado como coordenada vital en el Sur.

Palabras claves: Pensamiento crítico - Salud desde el Sur –Pensamiento Crítico en Salud – Salud Internacional - Colonialismo - Descolonización

Cita: Basile, Gonzalo. (2025). *“Pensamiento Crítico en Salud desde el Sur hoy”*. En XII Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones Salud Internacional CLACSO. Junio, 2025.

Fecha: Junio 2025

ISBN: 978-9945-29-185-8

XII Dossier Salud desde el Sur

Grupo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales)

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

Pensamiento crítico en Salud desde el Sur hoy

Por Gonzalo Basile

Introducción

Este manuscrito transita la revisión y discusión sobre los significados del pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud, sus diversas expresiones y corrientes en el siglo XX y la actualidad de las transiciones epistémicas en el XXI, en la búsqueda de una nueva aproximación de marcos de comprensión, investigación y acción geopolítica sanitaria de una Salud desde el Sur.

Con los peligros que siempre conlleva cualquier esquematización, puede decirse que existen dos formas de acercarse al uso de un sistema de categorías, de una teoría o corriente de pensamiento y conocimientos: una forma estática y otra dinámica y crítica.

La manera estática de analizar una teoría, conceptos o corriente busca mostrar la inexorabilidad de ciertos postulados teóricos en la modulación de las relaciones sociales, políticas, económicas, sanitarias contemporáneas. Es decir, no hay nada para revisar, ni actualizar ni transformar en nuestras formas de pensar y hacer salud en el Sur. Sólo repetir ciertas tesis del siglo XX y aplicarlas.

En cambio, la forma dinámica, compleja y crítica de estudiar una trayectoria de pensamiento se basa en comprender la consistencia interna y aportes de marcos teóricos y epistémicos, explicar el contexto de producción de esas ideas y retomar críticamente sus aportes para pensar una dinámica de transformación actual de nuevos sistemas categoriales de comprensión-acción contextualizados a los problemas, situaciones. Con esta segunda acepción se trabaja este texto.

Si bien pensamiento crítico en salud es largamente enunciado por diversas expresiones en el Abya Yala –Latinoamérica y el Caribe–, obviamente en menor medida es revisado, discutido y actualizado en las múltiples implicancias de unas teoría(s) crítica(s) latinoamericanas caribeñas sobre la salud y la promoción de la vida para el siglo XXI.

Ahora bien, en primer lugar, desde una revisión documental y de análisis de contenidos este Dossier se pregunta: ¿existe un pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud? ¿Qué significados e implicancias tiene en el siglo XXI?

Si efectivamente en primer lugar (re)conocemos este proceso como un complejo entramado de expresiones, corrientes y manifestaciones teóricas y prácticas, sus fundamentos en principio son marcos de categorías que se necesitan ubicar en dinámicas geoculturales (en sus contextos) y las diversas relaciones con los sistemas de conocimientos y los poderes sanitarios instituidos que las modelaron, configuraron y se divulgaron dentro del campo de la salud en la región de Latinoamérica y el Caribe.

En segundo lugar, este texto se aproxima a introducir las aportaciones y transiciones epistemológicas de las cuales se nutren las nuevas tramas en el *saber-hacer* del pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud desde el Sur en el siglo XXI. Aún en los contextos adversos y condicionados por el pensamiento científico moderno del sistema mundo contemporáneo (Cox, 1972; Wallerstein, 2012), reproductor de profundas asimetrías de colonialidad, mercantilización, dependencia y órdenes jerárquicos anclados en una vigente geopolítica de poder que atraviesa el conocimiento sanitario en el Siglo XXI.

La primera y urgente necesidad en la escala académica es una nueva epistemología de la Salud desde el Sur que se mueva en flujos y movimientos ya no tan sólo de descolonización sino basados en una necesidad de actualización epistémica, teórico-conceptual, técnico-práctica y metodológica.

Repensar la salud con un nuevo marco categorial construido desde el Sur (Basile, 2022) resulta un primer aporte no tan sólo a la comprensión de la salud como proceso complejo sociocultural e históricamente determinado por los flujos de las herencias coloniales, raciales y del capitalismo en

sus diversas fases desde la geopolítica Centro-Periferia y del metabolismo Comunidad-Naturaleza, sino también en volver a reintroducir preguntas incómodas de cómo producir territorios y territorialidades de cuidado integral e intercultural de la salud (Feo y Basile, 2024), de generar geopolíticas de autonomías regionales y espacios de soberanía sanitaria en contextos globales adversos (Basile, 2023), estudios críticos para la refundación de las políticas y los sistemas de salud para el siglo XXI (Basile, 2024a), las aportaciones de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios a una salud desde el Sur (Santos Madrigal, 2024).

Es decir, una incesante búsqueda de producción colectiva con humildad, de aproximaciones y aprendizajes sobre las epistemologías del vivir bien/buen vivir en nuestras sociedades y comunidades de vida en el Sur, flujos radicalmente opuestos a la teorización del desarrollo, a la epistemología del bienestar, a la coartada del progreso, a las matrices eurocéntricas de la salud pública funcional y sus categorías típicas del pensamiento social y sanitario moderno eurocentrado² tanto salubrista como médico-social occidental (Bautista, 2014; Acosta, 2015).

Más allá de la diversidad de las orientaciones y de sus variados contextos históricos, es posible identificar que las corrientes sanitarias hegemónicas surgidas del pensamiento científico moderno en salud –*incluso las críticas eurocéntricas médico sociales*– mantuvieron un sustrato colonial que se expresa en la lectura de la salud de las sociedades *modernas y sus relaciones sociales* a partir de la cosmovisión eurocéntrica panamericana, y en su propósito de transformarlas en referencias universales que se consideraron y se consideran como recetas y categorías a imagen y semejanza de las sociedades del Norte global.

En igual medida, sucesivos momentos sirvieron de modelo a imitar en los sistemas de salud, en la epidemiología, en el diseño de la gestión y gobierno, en la *genderización* en salud, entre otras.

Estas vertientes dominantes del pensamiento latinoamericano en salud pública es la expresión aún de un imaginario de minorías salubristas; en general, élites blancas, generalmente urbanas, que tuvieron –y continúan teniendo– una mayor identificación y convergencia de intereses con los grupos dominantes sanitarios en los centros metropolitanos globales, que con las condiciones de vida, problemas y prácticas de saberes del Sur.

Esta caracterización parte de la urgente necesidad de un giro para descolonizar las teorías, las políticas y las prácticas que prevalecen y que se autoperciben como universales y únicas, bajo la epistemología de un orden que se denomina “la” comunidad científica, que regulan la ciencia de la modernidad y dominan la episteme y los campos de actuación sobre la salud-enfermedad-cuidados en el mundo occidental moderno y que aún se reproducen, naturalizan y anidan internamente como universales en nuestro Sur global.

Engranajes del pensamiento científico moderno en salud

Para comprender las bases epistémicas de cómo actualmente se reproduce una matriz y lógica de producción de conocimiento moderno en lo que se denomina *campo* de la salud y la epidemiología (Bourdieu, 1983), es menester realizar primero una breve caracterización de lo que definimos en esta publicación como *los engranajes*³ imbricados del pensamiento científico moderno y sus implicancias e impactos en el campo investigativo, de formación y educación superior, de políticas públicas sanitarias, como en las geopolíticas globales y regionales de la salud como asunto internacional.

3 Según RAE (<https://dle.rae.es/engranaje>)

m. Enlace, trabazón de ideas, circunstancias o hechos.

Sin.: trabazón, engarce, conexión, unión, enlace.

m. Mec. Efecto de engranar.

Sin.: encaje, acoplamiento, articulación.

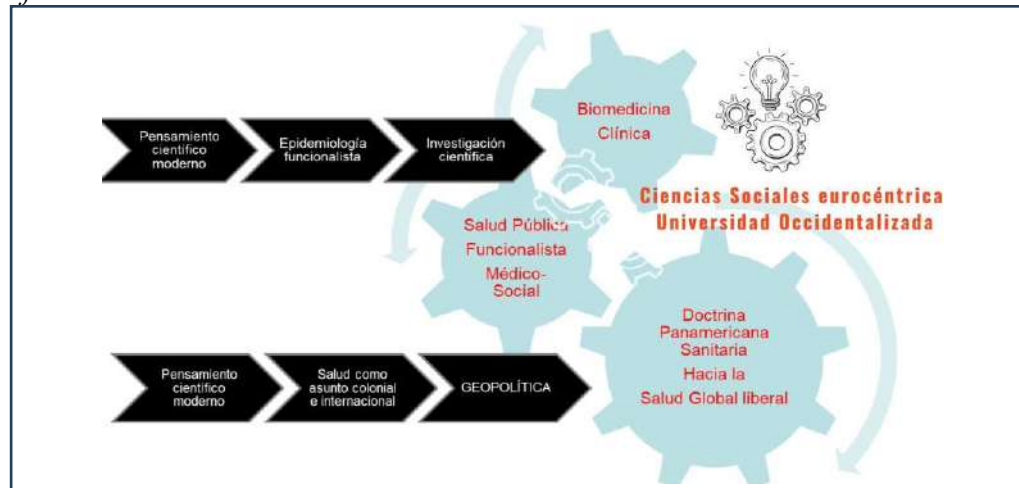
m. Mec. Conjunto de las piezas que engranan.

Sin.: mecanismo, dispositivo.

m. Mec. Conjunto de los dientes de una pieza de máquina.

² Eurocentrismo significa en este manuscrito al sistema de creencias que asimila que Europa (y luego el Norte global) es el único lugar espacio geográfico, existencial de la civilización humana, a partir de donde se produjo la ciencia, la humanidad, la cultura, la filosofía, el desarrollo, economía, entre otros.

Gráfica 1. *Engranajes del pensamiento científico moderno en salud*



Fuente: Elaboración propia

Engranajes que están articulados, interconectados, operan como eslabones de un sistema de conocimientos en salud de la modernidad y postmodernidad de Occidente. Incluso anidan diversas corrientes de teorías, paradigmas, y geopolíticas a su interior (Basile, 2024a).

“Buscan transformar al mundo”: desde la *epistemología del punto cero* (Castro Gómez, 2003); es decir, hay un uso del mito universalista del pensamiento científico moderno en salud que encubre quién habla y cuál es la localización epistémica de las estructuras de poder desde la cual ese sujeto universal enuncia, produce y totaliza el conocimiento (también en el campo de la salud).

El pensamiento científico moderno no es solo una forma de hacer ciencia y producción de conocimiento de Occidente, sino un proyecto civilizatorio que opera históricamente como mecanismo de subordinación cultural y epistémica y jerarquización de la humanidad, negando otras formas de ser, conocer y estar en el mundo. Se refiere a una forma de producción de conocimiento que se consolidó durante la modernidad occidental (siglos XV al XIX; Quijano, 2000) y que está profundamente entrelazada a una ciencia, que lejos de ser neutral o universal o crítica, ha servido para justificar y sostener estructuras jerárquicas de dominación colonial, racial y epistémica.

Para Grosfoguel (2022) y Quijano (2000), la *modernidad* es la expansión de un sistema

civilizatorio bajo primero una geopolítica colonial (*poblacional de exterminio y de explotación*), con unos órdenes jerárquicos eurocéntricos, raciales, patriarcales y una dualidad destructiva con la Naturaleza. Es clave ubicar que el capitalismo es el sistema económico de esta modernidad occidental, y el colonialismo/colonialidad su geopolítica.

Es decir, la producción del conocimiento en salud, la delimitación de qué es conocimiento científico y qué no lo es, tiene sus puntos de partida en la universalización de lo que Occidente considera *el conocimiento* validado por sus órganos de regulación del conocimiento (la comunidad científica y sus evidencias).

Esta epistemología del punto cero, se presenta como universal y totalizante, se reproduce tanto en los engranajes empírico funcional de la biomedicina clínica y salud pública como de las corrientes médico-sociales; resaltando que el conocimiento inicia con el devenir y origen del pensamiento y método científico moderno en salud con sus corrientes y expresiones varias.

Entonces, ¿desde qué espacio del mundo, desde qué geopolítica del mundo se está produciendo este pensamiento científico moderno en salud?

Desde las ciencias médicas y de la salud, escuelas de salud pública y médico-sociales, centros de ciencias sociales en salud, en lo que Ramón Grosfoguel (2022) define como la *universidad occidentalizada*.

Ramón Grosfoguel (2022) se pregunta:

“¿Cómo lograron monopolizar la autoridad del conocimiento en el mundo? ¿Por qué lo que hoy conocemos como teoría social, histórica, filosófica o crítica se basa en la experiencia socio-histórica y la visión del mundo de hombres occidentales de cinco países?”

Hablamos de un sistema de conocimientos que implantó la *universidad occidentalizada* del Norte global que está muy presente en nuestras instituciones educativas y universitarias en el Sur.

Generando un flujo de *importación* de conocimientos que se produjeron para otros contextos, otros problemas y situaciones históricos-sociales y sanitarias completamente diferentes a las del Sur global, al de las periferias. Pero que se nos universalizaron, se nos presentaron y presentan como universales, válidas e incluso hasta críticas.

Esto implica que aún en el siglo XXI, estamos leyendo las tesis de Occidente de las ciencias médicas, de la salud pública, de la epidemiología, de las políticas y sistemas de salud como también de las ciencias sociales eurocéntricas, como si fueran universales.

Teorías, metodologías y categorías que se pensaron para unas realidades y contextos del Centro global, al calor de sus experiencias histórico-sociales como sanitarias (geo) localizadas, que elevaron un conocimiento muy singular como el eurocentrismo y anglosajón como universal y lo científico (Grosfoguel, 2022).

Estos Centros globales (las metrópolis) transitaron y vivieron unos problemas en la vida colectiva, en unas relaciones sociales productivas y reproductivas de la sociedad moderna de Occidente, que nunca tuvieron que ver ni respondieron a los contextos, problemas y situaciones sociosanitarias del Sur.

Las teorías y cosmovisiones emanadas de este contexto singular que estudiamos como *universal* se produjeron al calor de la experiencia histórica de Europa occidental, de Francia, Alemania, Gran

Bretaña, Estados Unidos, entre otros (Grosfoguel, 2022).

Las ciencias modernas occidentales en salud no sólo acompañaron la conquista y colonización, la racialización de la biología humana, sino que también clasificaron, jerarquizaron y patologizaron a los pueblos y naciones colonizadas (por ejemplo, mediante la antropología médica racista, la medicina tropical o la eugenesia) (Basile, 2024a).

Esto cristaliza y explica el predominio hegemónico acumulado entre los engranajes de la medicina colonial tropical a la biomedicina clínica asistencial-curativa (Menéndez, 1992; 2005), de la salud pública funcionalista a la medicina social eurocéntrica, de la epidemiología social eurocéntrica y anglosajona al estudio de las vulnerabilidades por color de piel y/o género, la eco-epidemiología o epidemiología genética. Estas epistemologías entrelazadas y acumuladas que aún dominan hoy el mundo de la academia, de la gestión y gobierno, de las escuelas de salud pública y en la propia matriz teórica, política y de prácticas investigativas en la región del Abya Yala.

Engranajes de una matriz epistémica acumulada (Samaja, 2004), que para algunas y algunos lectores es quizás su diario pensar-hacer en el transcurrir académico u técnico-profesional en el campo de la salud y epidemiología, que a su vez implica una severa dificultad en la posibilidad de abrir un giro para problematizar las bases acumuladas de sistemas de *conocimientos / desconocimientos* que cimientan nuestra formación, el pensamiento y la actuación de la salud pública contemporánea y del pensamiento médico-social eurocentrado en el Sur (Granda, 2004; Basile, 2024a).

Este autopercebido campo científico constituye un espacio con sus actores, relaciones de fuerza, intereses y ganancias, monopolios, luchas y estrategias, donde todas esas invariantes revisten formas específicas que produjeron una racionalidad moderna en el campo de la salud que fue construida y se universalizó e internalizó como verdadera.

Detrás de esta modernidad, esta Occidente, el Norte global. Ahí se entretejen una matriz dominante que ubica un conjunto de teorías, tipologías, lenguajes

y conceptos, marcos de análisis y metodologías que las universidades, campos profesionales y diplomacias sanitarias, espacios de gestión pública de gobierno tomaron desde un saber-hacer instituido eurocéntrico panamericano como el canon a reproducir, copiar, asimilar, arreglar y considerar como la ciencia positiva y universal en salud. Desde la imitación y/o la adaptación.

Cuando se ingresa a cualquier facultad o escuela de ciencias de la salud, ciencias médicas, de salud pública y epidemiología, de ciencias sociales y humanidades, el canon de pensamiento que debe aprenderse está basado fundamentalmente en la teoría producida por los cinco países occidentales antes señalados (Grosfoguel, 2022).

Así, esta epistemología con sus expresiones y conceptos transita desde los *Estudios Sociales en Salud, la Salud en el Bienestar y el Desarrollo, Desarrollo Humano, Teoría Social en Salud, Reformas de Sistemas de Salud, Atención Primaria de Salud, Modelos de Protección Social y Atención médica, lo Socio-médico, los Niveles de atención, Programas de Salud Pública (que son programas verticales por enfermedades), Equidad de género en Salud, Funciones Esenciales de la Salud Pública, Vulnerabilidades y Grupos Vulnerables, Transición epidemiológica, Enfermedades del Desarrollo-Subdesarrollo, Historia Natural de la Enfermedad, Factores de Riesgo, Determinantes Sociales de la Salud y Desigualdades Sociales en Salud*, entre otras categorías, responden a las inflexiones de una episteme sanitaria que fue transmutando del colonialismo tropical de mercado al capitalismo industrial basado en el desarrollo, y de ahí a los engranajes del neoliberalismo cognitivo que produjeron sedimentaciones, condensaciones institucionales en los Estados, en las sociedades, en la academia, en la salud pública y epidemiología como en la propia materialización de los sistemas y políticas sanitarias a lo largo de todo el siglo XX.

Una colonialidad del pensar, saber y hacer en el campo de la salud, de la epidemiología, con una reproducción de dependencia epistémico político-sanitaria, que nunca fue solo un fenómeno externo, sino que se manifiesta en formas y estructuras internas en la propia hegemonía cultural en las comunidades, sociedades y academias del Sur.

Esta episteme se expandió articulada a la geopolítica de la salud global liberal, a la doctrina panamericana regional y sus impactos nacionales y locales teniendo implicancias en este carácter intrínseco de *dependencia* en el campo de las teorías, las políticas y prácticas sobre la salud pública, la epidemiología funcionalista, los servicios y sistemas de salud, las ciencias sociales y humanas en salud, que generan una homogenización de caminos posibles y de limitada comprensión de la especificidad situada del Sur.

Dependencias y colonialidad en salud que se transformaron en determinaciones internacionales de las teorías, prácticas y políticas de la salud en las periferias (Basile y Rivera Díaz, 2022).

Epistemologías del pensamiento científico moderno en salud: crítica al locus de enunciación eurocentrado y panamericano

Engranaje: biomedicina clínica

A nivel singular como ejercicio de una breve caracterización de cada eslabón de estos engranajes, es menester describir el nacimiento de la biomedicina clínica moderna.

Una (bio)medicina anclada como ciencia del individuo, tratamiento del cuerpo enfermo, basándose su éxito de positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. Una metáfora de una máquina corporal con desperfectos en su estructura y funcionalidad por causas externas o internas, a la cual hay que reparar (Granda, 2004).

Obviamente, con el presupuesto que las reparaciones instrumentales de los daños fisiopatológicos podían permitir la reintroducción a estos cuerpos –personas– rápidamente en las dinámicas del capitalismo productivo industrial de mercado durante el siglo XX. Esta dinámica fue mutando con la expansión del complejo médico industrial farmacéutico global, la medicalización y mercantilización de la salud humana y colectiva (Basile et al., 2019).

El modelaje de la biomedicina clínica basada en sus articulaciones con el pensamiento científico moderno logró cierta hegemonía en el campo de salud, a partir de implantar (Basile, 2024a):

- Unidad de análisis: la enfermedad.
- Unidad de intervención: individual.
- Técnicas: curativo-asistenciales y medicamentosas tecnológicas.
- Relación asimétrica individual y privada entre “médico/a-paciente”.
- La persona es un objeto (paciente/usuario) del saber biomédico.
- La salud como “un estado” estático, dicotómico sano-enfermo, desvinculado de los procesos sociales de la vida.
- El estudio de pequeños grupos artificiales (ejemplo: “obesos”, “diabéticos”, etcétera).
- Sesgo experimentalista, el ensayo controlado (control de las variables y hacer la experimentación de riesgo).
- Lo colectivo como la suma de lo “individual”. Las conclusiones que se extraen se extrapolan a la realidad colectiva epidemiológica-sanitaria poblacional.
- La idea que las reglas del conocimiento las determina y regula “la comunidad científica”, ubicada en el pensamiento moderno occidental del Centro global.
- Esa comunidad científica se convierte en un órgano de regulación. Determina “qué es conocimiento científico, y que no es conocimiento científico”.
- Despojado de valores, intereses, relaciones de poder. Es un conocimiento neutral.

En este sentido, la biomedicina logra una hegemonía en las sociedades modernas occidentales (Menéndez, 1992; 2005) a partir de la producción de cuatro legitimidades: 1) el reconocimiento del monopolio jurídico-legal del Estado-Nación moderno que reconoce como única forma de ejercicio legal de medicina a la biomedicina clínica de base occidental moderna, 2) el monopolio de este paradigma en la educación médica universitaria profesionalizante, 3) la biomedicina como espacio económico y de acumulación acelerada de capital con la deriva de la expansión de un complejo médico industrial farmacéutico global del Centro global, casi al mismo tiempo que se consolida la biomedicina clínica y la microbiología, 4) hegemonía cultural en

las sociedades modernas y las comunidades con una creciente biomedicalización de la salud y la vida. Dentro de esta descripción, cabe destacar el conocido Informe Flexner sobre la educación médica en los Estados Unidos y Canadá (Flexner, 1910), escrito por Abraham Flexner y publicado en 1910, bajo los auspicios de la Fundación Carnegie.

En general, se encuentran las bases de la profesión biomédica moderna que se estructuran bajo la formación estrechamente enlazada al método científico moderno; se basa en la fisiología y la bioquímica humanas de las ciencias básicas, el laboratorio y la enfermedad.

El hospital como espacio universitario propuesto por Abraham Flexner en su informe implicó la transformación del ámbito hospitalario en fábricas de producción de servicios de salud (Kelman, 1971) dominadas por la propia Asociación Médica Americana (AMA), mientras la industria farmacéutica materializaba el proyecto de la bala mágica de Paul Ehrlich en estos espacios de atención de enfermedades (Goodman, 2003).

Sobre estos fundamentos se fue expandiendo un complejo biomédico industrial farmacéutico global con múltiples industrias y corporaciones entrelazadas como la industria farmacéutica, la industria de insumos médicos, de tecnología sanitaria, de prestadores y proveedores de servicios clínicos privados, de las aseguradoras financieras de coberturas, con una agenda de investigación y desarrollo en biomedicina y salud producida por estos actores. Este complejo geopolítico farmacéutico nunca tuvo una separación “Estado-Mercado” en el Norte global. Los Estados del Centro global fueron plataformas diplomáticas asociadas para su expansión (Basile y Feo, 2022a).

La biomedicina, en su camino de hegemonía sociocultural en las sociedades occidentales urbanas modernas, construyó una historia lineal de los conocimientos médicos y sus autores, acumulada y relatada con hitos y mitos, enraizada en una visión *evolucionista* que pretendió mostrar cómo, cada vez más, se va conociendo el verdadero funcionamiento del ser humano, sus enfermedades individuales y las maneras de prevenir y de curar,

en una permanente carrera de progreso evolutivo, desde el error hasta la verdad universal sanitaria. Este relato de la biomedicina clínica moderna como *historia de la medicina* suele autodescribirse sobre los mitos de autores de los cinco países occidentales

Engranaje: los acumulados en la salud pública de Occidente

Ante el éxito de la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual, se consolida a principios del siglo XX una *enfermología pública*, según Edmundo Granda (2004), que se le denomina salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de control vertical desde los Estados sobre las poblaciones, con la presuposición positivista que el método científico occidental logra asegurar una verdad universal sobre esa salud de las poblaciones como objetos de intervención y control.

Desde su surgimiento y fases históricas persisten en esta salud pública; por un lado, el supuesto de ser la atención funcional a lo poblacional, a lo colectivo.

El segundo componente es la centralidad del Estado moderno como administrador y único representante de la respuesta mitigatoria a los problemas sanitarios (Granda, 2004; Basile, 2024a).

En este surgimiento con antecedentes en el higienismo y medicina social europea, la salud pública comienza a ser denominada en Inglaterra, especialmente con las iniciativas de Edwin Chadwick que elaboró en 1842 a partir del informe *The Sanitary Condition of the Labouring Population* y que impactaron directamente dentro del Estado Nación moderno eurocentrado, a desarrollar intervenciones de saneamiento, control de enfermedades y epidemias, frente al agravamiento de las condiciones sanitarias de trabajadores asalariados y poblaciones urbanas en la gran transformación (Polanyi, 1989) que estaba produciendo la expansión del capitalismo industrial de mercado en el Norte global. Incluso, en Estados Unidos para finales del siglo XIX el Congreso Norteamericano crea el Departamento Nacional de Salud y a su vez el Servicio Marítimo de Hospitales.

Este enfoque funcional en salud pública y su bioestadística epidemiológica analiza las

poblaciones como un agregado aditivo de individuos o de grupos artificiales, según morbilidades o patologías. Estos supuestos funcional-normativos salubristas se convierten en una ceguera clave para (re)conocer otros sistemas de conocimientos complejos en salud y en especial las aportaciones que realizan las teorías críticas latinoamericanas de la salud desde otros marcos teóricos, prácticas y (geo) políticas del *saber hacer*.

Paim (2006) describe cómo las medidas de salud pública durante el surgimiento del Estado moderno y en especial del capitalismo se centraban en el control demográfico (natalidad y registro, cuantificación de las muertes y nacimientos), la elaboración de leyes y la fiscalización por medio de la policía sanitaria, así como la realización de saneamiento urbano. Tras la llamada era bacteriológica y la microbiología, tales medidas se dirigieron contra los agentes biológicos (desinfección, inmunización, etcétera) y contra los vectores (mosquitos).

Con esta presuposición positivista de la salud pública funcionalista (Terris, 1992) se fundamenta un saber y práctica basada en:

- Intervención técnico-normativa desde el aparato del Estado nación moderno y de la técnica positivista burocrático-estatal, explicando el riesgo de enfermar en la población; busca controlar o mitigar las patologías (Granda, 2004).
- Efectivizar en las instituciones de atención médica y de la población, como un objeto de control y vigilancia (epidemiológica) desde el propio poder del Estado, y ejecutar la verdad ideológica científico-tecnológica para prevenir enfermedades.
- El andamiaje de control de epidemias, el estudio de frecuencias y distribuciones de enfermedades transmisibles/no transmisibles y eventos de salud pública de las poblaciones, como principales fenómenos poblacionales a vigilar y controlar.
- La racionalidad funcionalista basada en el paradigma estructural-funcionalismo que concibe a los problemas sociales (donde entran los problemas de salud-cuidado) apenas como desajustes funcionales que se producen y corrigen.
- Si bien el hospital como institución existía desde los siglos XVII y XVIII, sus funciones no eran médicas-sanitarias sino asistenciales de

beneficencia para hacer frente a la enfermedad hasta la muerte.

- Fue recién en el siglo XIX en las principales ciudades de Inglaterra y Francia, cuando el hospital fue sometido a un ordenamiento motivado no por el interés de mejorar la atención del enfermo sino para evitar la propagación de las enfermedades hacia las ciudades que crecían al compás de la explosión del sistema capitalista, como lo describe Karl Polanyi (1989). Se establecieron disposiciones sobre su funcionamiento y su administración, dejando de ser responsabilidad de la Iglesia; comienza a ser asumido por médicos funcionarios de lo que serían los incipientes sistemas de *atención médica*.

Dos elementos relativamente persistentes: la atención a lo colectivo, si bien con una conceptualización insuficiente, y la vinculación al Estado, supuestamente representante y vigilante de los intereses generales de la sociedad moderna (Paim, 2006).

Para Almeida Filho y Paim (1999), el término “salud pública” se ve como un concepto que se refiere al campo general de la salud en el ámbito colectivo; o sea, a los procesos de salud, enfermedad, sufrimiento y muerte en la sociedad y las respuestas sociales destinadas a manejar tales fenómenos.

En el campo de la salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público, históricamente transitó por sucesivos movimientos de recomposición de prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones del pensamiento científico moderno en la relación con la sociedad moderna y el Estado de Occidente que fueron definiendo, en cada coyuntura socio-histórica de, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud de sus sociedades y colectivos humanos.

Importante clarificar: la categoría *sociedad* (moderna), tiene que ver con la cuestión de las relaciones sociales productivas y reproductivas en el seno de Occidente que estudia la propia sociología moderna eurocéntrica, dentro de las disciplinas de las ciencias sociales del Centro global. Las relaciones productivas y reproductivas que son los fundamentos de comprensión de la

biomedicina moderna para la reparación fisiopatológica del cuerpo productivo enfermo, la salud pública y epidemiología de eventos en contextos de trabajo industrial y explotación obrera, conflictividad y costes sociales, división sexual del trabajo y la vida, migraciones rural-urbana, otras.

En definitiva, la caracterización de estos engranajes descritos articula una racionalidad moderna dominante en la salud pública y epidemiología con una base epistémica, teórica y técnico-metodológica, basada en el paradigma del estructural-funcionalismo que se asienta en la estabilidad, causalidad y equilibrio eterno de los sistemas (Parsons, 1966). Sus principios son la adaptación, el cumplimiento de metas, el mantenimiento de las pautas de reproducción e integración social dentro del mismo sistema social (capitalismo-modernidad).

Esto permite identificar las razones de una salud pública funcionalista y su epidemiología que todo el tiempo se presenta a sí misma como la corrección, la mitigación o el control de desajustes funcionales. Sin transformar procesos, opera mediante el cálculo de riesgos, en transiciones de esquemas explicativos reduccionistas de las determinaciones de la salud (Breilh, 2023) e incluso en los propios estudios de desigualdades: entre Leavell y Clark (1953), de Lalonde (1974) a Whitehead (1990) o Marmot et al. (2008).

En el siglo XX, la formación del pensamiento científico en salud pública tanto en el campo teórico como en la práctica acumula bases de la moralización individual de la higiene social europea, la misma que a partir de 1930 se amplió con la visión preventivista, impulsada por las escuelas de salud pública norteamericanas, basada en el paradigma propuesto por Leavell y Clark que tuvo gran aceptación en salubristas y fue incorporado en los programas de inmunización, organización de los servicios y en la formación del personal a nivel pre y posgrado, como se expresa desde los años 1950 en las conclusiones de los seminarios sobre la enseñanza de Medicina Preventiva en Viña del Mar (Chile) y en Tehuacán (México), impulsada por la OPS-OMS para continuar insertándola en la enseñanza de la

medicina preventiva y social y de posgrados en la salud pública latinoamericana caribeña entre las décadas de los 60 y 70 (Márquez, 2011). Este proyecto preventivista privilegió las prácticas pedagógicas transmitidas por la OPS en seminarios en diversas ciudades: Colorado Springs (1952), Nancy (1952), Gotemburgo (1953), Viña Del Mar (1955), Tehuacán (1956). Ante la inexistencia de una teoría que fundamentara esas prácticas del discurso preventivista, se extendió el uso del "modelo de la historia natural de la enfermedad", creado por Hugh R. Leavell y Edwin G. Clark (1953).

Estos procesos tuvieron como antecedente principal en Colorado Springs, donde se produce una reunión de representantes de las principales escuelas de medicina norteamericanas y canadienses en 1952, siendo el punto de lanzamiento de las modificaciones curriculares en la formación biomédica (Arouca, 1975; Desrosiers 1996).

Así impulsan la apertura de departamentos de medicina preventiva que se presentan conceptualmente como intervenciones previas a la ocurrencia concreta de síntomas y señales en una fase preclínica de las enfermedades.

Se trata de una operacionalización para bajar costos en el proceso de crecimiento de la medicalización y tecnologías sanitaria que comenzaba ya a extenderse en el Norte global.

Como bien lo describen Almeida Filho y Paim (1999):

“La propia noción de prevención es radicalmente redefinida, a través de una osada maniobra semántica (ampliación de sentido por la adjetivación de la prevención como primaria, secundaria y terciaria) que termina incorporando la totalidad de la práctica médica al nuevo campo discursivo. Que esto haya ocurrido solamente a nivel de la retórica indica sólo la limitada pretensión transformadora del movimiento en consideración, efectivamente prisionero en lo que Arouca (1975) con mucha lucidez denominó “modelo preventivista”.

Con entusiasmo comprensible, organismos internacionales del campo de la salud adhieren de

inmediato a la nueva doctrina preventivista anglosajona.

Por otro lado, también con base en la ampliación de servicios básicos de salud para las poblaciones excluidas y empobrecidas que desde los años 50 se tenía como objetivo para los países del Sur, en los Estados Unidos aparece la expansión del campo de la medicina comunitaria/salud comunitaria, como premisa entre los años 60 y 70 para responder a lo que la medicina clínica mercantilizada y la salud pública institucionalizada no lograban resolver.

Se organiza especialmente basado en la implantación de centros comunitarios de salud; en general, administrados por organizaciones sin fines de lucro y subsidiados por el gobierno federal norteamericano, destinados a efectuar acciones preventivas especialmente enfocadas en ciencias de la conducta –conductismo–, a partir de la promoción de cambios de comportamientos y proporcionar servicios básicos de salud a la población de micro-áreas, consideradas conflictivas con problemas estructurales.

A su vez, incorporando a referentes de estas áreas como agentes locales que son utilizados para realizar acciones de salud y prácticas biomédicas (que la propia salud pública institucionalizada no realizaba).

Esta salud comunitaria fue extendida en Latinoamérica y el Caribe por organismos internacionales desde UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia), PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), OPS-OMS (Organización Panamericana de la Salud), las agencias cooperantes y fundaciones filantrópicas de la época (Kellogg, Miliband, Rockefeller), con la premisa de ampliación de cobertura a bajo costo, a través del uso de agentes comunitarios (más conocidos como promotores), paquetes de acciones comunitarias de extensión de coberturas, soporte a las campañas de programas verticales de salud pública, entre otras (Paim, 2009).

En resumen, el campo de la salud pública en Latinoamérica y el Caribe estuvo atravesado durante todo el último siglo y medio por el pensamiento científico moderno occidental, desde el racionalizador sanitarismo inglés a la medicina

social de Francia y Alemania, de la moralización individual de la higiene social a la policía médica regulatoria de Europa; a su vez, de la medicina preventiva, comunitaria y familiar de Estados Unidos, que tuvieron diversos impactos en la reproducción de una colonialidad salubrista en la región latinoamericana caribeña en el siglo XX.

En este contexto, las primeras escuelas de salud pública en Estados Unidos contaron con importantes financiamientos de la Comisión Sanitaria de la Fundación Rockefeller y otras fundaciones filantrópicas de corporaciones privadas, que luego también financiaron e intervinieron en la creación de escuelas de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.

Es interesante cómo, más recientemente, las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) fueron incorporadas como mandatos complementarios suscriptos entre la división *Estado-Mercado* en la fase de (des) regulaciones y modulaciones neoliberales globales con las reformas sectoriales; y por otro lado, interpretan que la vida y la salud solo son posibles lograrlas a través de un control funcional de un *Estado presente* en un momento de inmensa debilidad de este.

La iniciativa de las FESP fue impulsada a partir de la década de 1980 por el Instituto de Medicina (actual Academia Nacional de Medicina) de Estados Unidos de América (IM, 1988).

A partir de esto, en 2002 la OPS (Organización Panamericana de la Salud) presentó la primera versión conceptual y metodológica de las FESP en la publicación de *La salud pública en las Américas*.

Esta funcionalización de la salud pública fue articulada a una división político sanitaria del trabajo donde los Bancos (Banco Interamericano del Desarrollo-BID, Banco Mundial, sistema financiero en general) comenzaron cada vez más claramente a gobernar las oleadas de reformas de reconfiguración del Estado y las políticas de reformas a los sistemas de salud, con una apertura de mercados de coberturas financieras en salud, ajuste del financiamiento público, limitaciones a

paquetes de servicios y prestaciones básicas sobre grupos vulnerables, sistemas de beneficiarios y pruebas de medios y a todo el resto del coctel de *reformas, nuevas reformas y más reformas* a los sistemas de salud y de seguridad social (Basile y Feo, 2022; Basile, 2024b).

Gráfica 2. Acumulados epistémicos-teóricos en la salud pública de Occidente



Fuente: Elaboración propia

A su vez, el campo de ciencias biomédicas, de la salud pública y políticas sanitarias aún mantienen una carga de herencias de colonialidad eurocéntricas y de doctrina panamericana sanitaria en su propia genealogía, marcos referenciales, teóricos y metodológicos (Basile, 2022; 2023).

Engranajes: Las geopolíticas de la salud como asunto colonial, panamericanismo sanitario y salud global liberal

Para comprender los engranajes de las geopolíticas como relaciones espaciales de poder, es necesario comenzar sobre los cimientos epistémicos y técnico-metodológicos de la **salud como asunto colonial e internacional** en los fundamentos constitutivos de lo que luego se comienza a denominar salud pública internacional y la vigente salud global liberal de Occidente (Basile, 2018).

Para describir la salud como asunto colonial e internacional es necesario comprender y estudiar (Quijano, 2000): 1. *los impactos de la conquista, colonización y la racialización del mundo*; 2. *las*

jerarquías coloniales que instauran lógicas de inferiorización, subordinación y una geopolítica del poder y del conocimiento; 3. las inflexiones que el proceso colonial introduce, reproduce, perenniza, natulariza en el campo sanitario; 4. como esa incidencia colonial se va transformando y anudando en dispositivos, campos, lógicas y tramas de la modernidad y postmodernidad.

La salud comienza a ser un asunto preocupación de las metrópolis y una tecnología del gobierno colonial en la relación entre el *colonialismo, las enfermedades y el comercio* (Basile, 2018).

Las metrópolis comienzan a ocuparse de intervenciones sanitarias coloniales con una preocupación:

1. Una epidemiología del proceso colonial (Ej; enfermedades infecciosas que afectan a los colonos, al comercio y los puertos, etc),
2. Medidas y saber-hacer sanitario construido desde los médicos de los ejércitos coloniales como bien lo explica Frantz Fanon (2022) en “Colonialismo y Medicina”,
3. la propia racialización, eugenesia, experimentación de los saberes biomédicos con cuerpos deshumanizados y racializados en las colonias de África y Latinoamérica y el Caribe,
4. Cordones sanitarios, cuarentenas, aislamiento enfermos /sanos, segregación racial-anatómica, entre otras.
5. Estos saberes y prácticas que son bases de la biomedicina y salud pública de Occidente, se prueban y aplican en el contexto de la Zona del No Ser (Grosfoguel, 2006), es decir en el Sur global, donde priman la racialización y deshumanización de un colonialismo poblacional de exterminio indígena y un colonialismo de explotación como la esclavitud (Tráfico Transatlántico de África).

Es decir, no había ni eran cuerpos enfermos y vidas para reparar fisiopatológicamente para reintroducir al proceso productivo del trabajo industrial de mercado, porque eran no humanos y/o animales sin alma. Esto es clave en las determinaciones en salud.

Lo que se buscaba era no afectar la división internacional del trabajo y comercio entre Metrópolis-Colonias, evitar propagación de enfermedades que afectaran a los ejércitos coloniales y/o la extracción de riquezas y materias.

Estas concepciones son las que prefiguran las conferencias sanitarias globales sobre enfermedades consideradas tropicales e infecciosas en el siglo XIX, siendo estas bases teóricas y operacionales que se institucionalizan luego con la creación de la autoridad (bio)médica de Occidente a mediados del siglo XX (1948), más conocida como OMS (Organización Mundial de Salud).



Otra geopolítica para revisar es el **panamericanismo sanitario** como un ejercicio conceptual sustancial, porque es una geopolítica que tiene incidencia directa sobre el nacimiento, crecimiento e institucionalización de una salud pública funcionalista panamericana en la región latinoamericana y caribeña (Basile, 2023).

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). Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se llevaron y se llevan adelante bajo una concepción “*de las Américas*” como un todo uniforme no pueden comprenderse sin esta matriz de la doctrina panamericana de por medio.

En síntesis, la doctrina del panamericanismo (Rapoport, 2008) siempre estuvo atravesada por los intereses de política exterior norteamericana y que ya traía el ideario de la doctrina Monroe desde 1823 (Aguilar Monteverde, 1965). 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.

Ahora bien, el panamericanismo sanitario, desde su nacimiento como marco referencial primero de la salud como asunto colonial y sus transiciones epistémicas a la salud como asunto internacional y regional, parte de una doctrina de la diplomacia de Estados Unidos. La matriz del panamericanismo 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”) con la unidad de análisis son los Estados-Nación, unidad de intervención de las fronteras y el control de las enfermedades que traspasan las fronteras.

- La OPS fue una oficina adscrita al Servicio de Hospitales de la Marina de los Estados Unidos (Marine Service Hospital, por siglas en inglés), dentro de la Oficina de la Repúblicas Americanas (hoy OEA-Organización de Estados Americanos). Es preciso revisar esta trayectoria histórica y geopolítica de la Oficina Sanitaria Panamericana (hoy OPS-OMS) primero como una oficina adscrita 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.

- Un rol destacado de la Comisión Sanitaria Rockefeller, de la Fundación Rockefeller, con los iniciáticos ministerios y escuelas de salud pública en Latinoamérica y el Caribe.

- Una enfermería 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 continúa viva la relación entre comercio, colonialidad y enfermedades.

Esta matriz panamericana hizo operacional el extender la prerrogativa de erradicar las enfermedades tropicales por las afectaciones a la transnacionalización del comercio y el capital como para 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 (Basile, 2023)

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 teóricos-prácticos de la salud internacional y de la propia epidemiología en América Latina y el Caribe.

Un apartado especial implica caracterizar brevemente las transiciones de la salud pública panamericana (Basile, 2023) hacia **la salud global liberal**, dentro de los engranajes de la expansión del régimen internacional de cooperación al desarrollo en el campo de salud (Basile, 2018).

En el contexto de aceleración global, como lo describe Antonio Ugalde, se conforma un complejo político liberal entre los Estados donantes del Norte global, las fundaciones filantrópicas, los grupos farmacéuticos y organizaciones financieras y de comercio, como el Banco Mundial (BM), Organización de Cooperación y Desarrollo (OCDE), Organización Mundial del Comercio (OMC) o el Fondo Monetario Internacional (FMI), junto con las ONGN (Organizaciones No Gubernamentales del Norte), que pasan a ser actores centrales de la agenda global; especialmente, con organismos extrasanitarios (Ugalde y Homedes, 2007). Es un contexto en el cual se consolida una nueva vertiente de interpretación de los problemas de salud en las relaciones internacionales y la geopolítica, basada en la primacía de las reglas impuestas por la globalización neoliberal: la denominada salud global (Birn, 2011). Globalización en salud, tecnocratización y estandarización de una supuesta agenda de gobernanza global de la salud que opera sobre las prioridades del Norte global en general.

Así cabe destacar seis procesos centrales que se consolidan con el nacimiento y apogeo de esta salud global liberal y que se caracterizan, no desde sus

loables enunciados, sino a partir de las agendas, (geo) políticas y acciones mundiales que operacionalizan (Basile, 2018):

1. Las reformas sociales al Estado y reformas sectoriales a los sistemas de salud de corte neoliberal.
2. La funcionalización de la salud pública a los mandatos del mercado global; es decir, a la mercantilización de la salud y la vida y un rol del Estado Nación para regulación.
3. La consolidación como actores hegemónicos del complejo médico industrial farmacéutico financiero y las corporaciones transnacionales, incluyendo un naciente filantropocapitalismo sanitario con un rol estructurante de la agenda global de la salud.
4. Nacimiento de nuevas diplomacias y tecnocracias globales de la salud a la hora de actuar e intervenir en esta geopolítica internacional del Desarrollo y Norte-Sur.
5. La securitización de las determinaciones epidemiológicas con la implantación de la geopolítica de la reconocida seguridad sanitaria global, anclada en la seguridad nacional del Norte.
6. Actualmente frente a la crisis post SARS-CoV-2, las mismas corporaciones filantrópicas, actores globales y academias de Occidente aparecen impulsando algo que presentan como una supuesta novedad de agenda: *One Health* (Una Salud). Imprescindible estudiar y revisar este nuevo enlatado.

Ahora bien, estos sustentos ideológicos, concepciones, acciones técnico-políticas y su proyección sobre las sociedades del Sur se expresan tanto en las bases de la ciencia biomédica como en el positivismo del gobierno de la salud pública y la epidemiología que se encuentran articuladas e imbricadas en los engranajes descriptos.

En resumen, el pensamiento científico moderno en salud partió de unas realidades, de sus contextos y sociedades de Occidente con unas dimensiones espacio/temporales singulares. Esto significa que estas articulaciones descritas entre biomedicina, salud pública, medicina social, las geopolíticas del panamericanismo sanitario y salud global son conceptualizaciones sobre problemas y situaciones sanitarias que tuvieron, percibieron y enfrentaron el mundo moderno eurocéntrico panamericano, y de la manera como lo fueron resolviendo de modo

teórico, metodológico y geopolítico bajo los ojos de Occidente: desde sus teorías, epistemes e intereses.

Lo que se trata de identificar aquí es cómo este pensamiento científico moderno en salud nunca tuvo en cuenta a otros sistemas de conocimientos, ni mucho menos al pensamiento crítico de Latinoamérica y el Caribe, porque siempre fue una *exterioridad -lo externo a Occidente-* que no produce ciencia crítica en salud.

Estos racionamientos e ideas se sedimentaron en nuestros conceptos, cuerpos, cabezas, mentes, teorías, políticas que se convirtieron en una especie de sentido común en salud en nuestra región.

Salud pública, medicina social eurocéntrica y la epistemología del “desarrollo”

En el documento *Development*, Gustavo Esteva (2012) realiza un recuento histórico sobre los orígenes de la teoría del desarrollo, mencionando que la incursión del concepto en la academia remonta al lenguaje utilizado por la biología del siglo XVIII, donde toma su visión de transformación o de cambio hacia una forma cada vez más perfecta.

Luego, en el siglo XIX, da el salto definitivo hacia la esfera social y consagrarse como “*un proceso histórico que se desenvuelve con el mismo carácter necesario de las leyes naturales*”, transfigurándolo a un estado terminal de un evolucionismo social, reformulando la historia mundial bajo el sello occidental del Norte global. Sin embargo, como lo señala Escobar (2014), es hasta mediados del siglo XX que el desarrollo se populariza, bajo la metáfora de un Harry Truman –desarrollados, modernos y subdesarrollados, atrasados– que creía en el paradigma modernizador y la industrialización de los Estados Nación del Norte global como única vía de superación.

Así, el esfuerzo por generar premisas en el carácter científico del desarrollo supuso la conceptualización donde el progreso se podría medir cuantitativa y sincrónicamente. Esta noción que comienza a universalizarse en 1945 estuvo asociada con la teoría de los estadios.

Este marco teórico presupone que las unidades individuales, las sociedades nacionales y los Estados-Nación se desarrollan todas de la misma manera, pero a ritmo distinto. Tarde o temprano, todos los Estados y sociedades nacionales terminarán siendo más o menos lo mismo. Como Wallerstein (2006) plantea: “este truco de ilusionismo implicó que el Estado más desarrollado podía ser modelo para los Estados menos desarrollados”.

Bautista Segales (2022) describe este fenómeno novedoso de colonización moderna, por medio de su mito fundacional de clasificación antropológica de la humanidad, hace constante y sostenible esa transferencia, como plusvalorización de la vida del Centro es inversamente proporcional a una desvalorización de la vida y la humanidad de la periferia.

Esta teoría de los estadios atraviesa particularmente a la epidemiología y la salud pública hacia finales del siglo XX, a través del concepto de transición epidemiológica, publicado por primera vez por Abdel Omran en 1971. Esta transición supone que, a medida que las sociedades y naciones se hacen “más” desarrolladas, modifican sus patrones de enfermar y morir. Estas premisas fueron más una creencia o un mito, que una realidad, ya que al observar la epidemiología poblacional del Norte y del Sur se encuentra una polarización epidemiológica de patrones de vivir, enfermar y morir radicalmente desiguales.

Estas y otras clasificaciones de la modernidad y el desarrollo son categorizaciones producidas históricamente como parte de una historia del poder (Quijano, 2000), reflejadas en los modos de vivir, enfermar y morir.

Aún más contemporáneo es el tránsito hacia una epistemología liberal del manejo del riesgo social, las vulnerabilidades y la resiliencia. Frente a estas tesis del desarrollo del Norte global que obvian o no se reconocen los órdenes jerárquicos de determinación, colonialidad y dependencia en los procesos epidemiológicos globales hacia los impactos en lo local, visibilizar y problematizar tanto la falacia econocéntrica del desarrollo como

la falacia del bienestar social en esta especie de industria de exportación en una constante actualización del ilusionismo del desarrollo para el Sur (Basile, 2024).

A partir de los 90 y especialmente en los 2000, en el mismo clima de época de la expansión del capitalismo líquido financiero extractivo y las agendas diseñadas por las corrientes (neo)liberales de reformas al Estado y a la economía política, se produce un acumulado de disparidades y diferencias en las condiciones de vida y salud de las sociedades, incluso en el propio seno del Norte global.

Esto produjo una cierta explosión global y revitalización de una epidemiología social europea y anglosajona especialmente orientada a esta producción de datos empíricos que monopolizaron los estudios de desigualdades en salud hasta nuestros días (Almeida Filho, 2020). Basadas en las tesis de Lima Barreto (2017) o la cultura de informes OXFAM con ciertas simplificaciones reduccionistas causales de considerar evidencias acumuladas de unas desigualdades globales en salud cuantificadas entre unidades de Estado-Nación/sociedades nacionales u al interior de estas, siendo solo evidencias aisladas, desconectadas y fragmentadas (Breilh, 2023):

- La preminencia de un enfoque anglosajón y eurocéntrico en los estudios de desigualdades en salud actuales.
- El vector principal de las investigaciones son la relación cuantitativa de las desigualdades económicas y sociales, con relación a resultados sobre la salud humana a nivel individual (Rezapour et al., 2015; Knaul et al., 2006; Makinen et al., 2000).

Estos enfoques preeminentes del Norte global revelan poco interés en la formulación de marcos teóricos y sus bases epistémicas, sino exclusivamente en un pensamiento epidemiológico moderno empírico, funcionalista y normativo (Breilh, 2023). Es decir, la propia lógica empírica-epidemiológica social de la medición de desigualdades en salud es reproductora de una colonialidad del poder y del conocimiento, sin asumir rupturas epistémicas, teóricas para luego

avanzar en aproximaciones de abordajes prácticos y metodológicos que realmente busquen transformar las formas de vivir, enfermar y morir.

Así, el pensamiento sanitario eurocéntrico y panamericano fue migrando de una epistemología clásica del desarrollo económico (crecimiento económico, PBI per cápita, etcétera) que desde los años 50 en adelante fue permeando fuertemente el campo sanitario hacia la más reciente epistemología del bienestar (desarrollo humano) y la equidad (Yu et al., 2008) en los estudios de desigualdades que permean las formas de comprender y actuar sobre las opresiones e inequidades en salud en el Sur.

A su vez con la creciente suposición y explosión de informes actuales basados en este enfoque de desigualdades desde un estructural funcionalismo de presumir que son “desajustes” injustos que requieren correcciones, invisibilizando los procesos de determinaciones internacionales de la salud.

Estas cuantificaciones de desigualdades evidentes cuentan con frágiles marcos teóricos, pero con una reiterada redundancia en las metodologías de medición que sus propias comunidades científicas modernas lo legitiman, reproducen y naturalizan.

Naomar Almeida Filho (2020) realiza un pormenorizado análisis centrado en los estudios de desigualdades y salud especialmente en el proceso de construcción teórica en una revisión de la bibliografía contemporánea. Parte de este proceso de revisión sistemática pone en evidencia:

- La preminencia de un enfoque anglosajón y eurocéntrico en los estudios de desigualdades en salud.

- El vector principal de las investigaciones son la relación cuantitativa de las desigualdades económicas y sociales en relación con resultados sobre la salud humana a nivel individual (Rezapor et al., 2015; Knaul et al., 2006; Makinen et al., 2000).

- La epistemología del “desarrollo económico” (crecimiento PBI, per cápita, etcétera) y del “bienestar” (desarrollo humano) son dominantes en estos enfoques y estudios.

- Se desprenden en Rawls desde su teoría de la justicia del liberalismo la cuestión de las “libertades básicas” para la autonomía individual, desde donde surgen la mentada igualdad de oportunidades y el conteo de las necesidades básicas.

- Amartya Sen inunda la literatura de estudios de desigualdades especialmente con centralidad del concepto de equidad en el campo de la salud y destaca el potencial de este campo como espacio privilegiado para políticas redistributivas, en una lógica que responde a la epistemología del bienestar.

- Tanto la epistemología del bienestar (desarrollo humano) como del desarrollo económico responden a la matriz teórica del desarrollo antes descripta.

Esto produjo una cierta explosión global y revitalización de una epidemiología social europea y anglosajona, especialmente orientada a esta producción de datos empíricos que monopolizaron los estudios de desigualdades en salud hasta nuestros días.

Como bien lo describe Almeida Filho (2020), el pensamiento epidemiológico moderno se actualiza sobre la base de dos vertientes explicativas de la génesis social de la salud-enfermedad-cuidado: una, en América del Norte, que utiliza conceptos como capital social, vulnerabilidad, riesgo social y estrés psicosocial, equidad; otra, en Europa, con conceptos como estratificación social, cohesión social, desigualdad y estilos de vida.

Según Breilh (1998), en este contexto descrito se encuentra el surgimiento de una Epidemiología de los Mínimos de Supervivencia (“Bottom Line Epidemiology”).

Un instrumento sustancial para mitigar los daños en el diseño de medidas estratégicas del neoliberalismo que produce información y conocimiento para: el manejo del riesgo social con la individualización del riesgo, la focalización por grupos vulnerables, los paquetes, pisos o planes de atención básica y protección social, las medidas de reducción del gasto en salud pública, los cálculos de subsidio a la demanda, la reducción a la óptica

de las enfermedades evitables para calcular el famoso “global health burden”, los paquetes de cobertura costo-efectiva de atención de enfermedades, entre otras.

Todas comparten la lógica de los mínimos tolerables, la medición de fenómenos que expresen la máxima resistencia gobernable de una población ante la exclusión, las precariedades de la vida colectiva y las privaciones sobre bienes públicos.

En definitiva, comparten la lógica que suplanta las aspiraciones máximas para el cuidado integral de la salud de una comunidad, por la lógica de los mínimos tolerables en el marco de una gobernabilidad del riesgo.

Esta epidemiología para grupos vulnerables, una epidemiología para pobres que produzca mínimos de mitigación para manejo del riesgo social, del llamado cálculo de riesgos y maximizar medidas costo-efectivas (Holzmann y Jorgensen, 2000).

Esta epidemiología de la mitigación, según las geopolíticas del Centro global, sus antecedentes provienen desde la salud como asunto colonial para el control de enfermedades que afectaban la gobernanza comercial colonial, pasando por el estudio de la salud de la población laboral en etapas de apertura y consolidación de los territorios “tropicales” –en la era de expansión de enclaves productivos de extracción de materias primas en los imperios económicos en comienzos del siglo XX.

Con el papel más reciente de las reformas neoliberales basadas en una calculadora de las políticas de los mínimos de supervivencia y de gobernabilidad de los riesgos en la acelerada precarización de la vida y la salud con la renovación de los ciclos neoliberales y reconfiguración del Estado y las sociedades (Breilh, 1998).

Por qué y para qué teoría(s) crítica(s) latinoamericanas y caribeñas en salud

En este apartado, el punto central es identificar a través de una revisión las trayectorias y epistemologías del pensamiento crítico en salud.

A su vez, proponer deconstruir el locus de enunciación con la evidente ubicación geopolítica y subjetividad desde donde habla el *pensamiento científico moderno en salud* tanto biomédico salubrista, como también las implicancias que tuvo en las corrientes de salud pública y médico-sociales eurocéntricas en el siglo XX en nuestra región.

Según Grosfoguel (2006), este sujeto académico del pensamiento científico moderno habla siempre escondido, se disfraza, borra sus bases geopolíticas, desvinculando la ubicación epistémica desde donde enuncia y produce conocimiento.

Así las *ciencias occidentales modernas en salud* produjeron una especie de mitología sobre un conocimiento considerado universal, fidedigno, de verdad científica única, que camufla su ubicación epistémica geopolítica de las estructuras del poder/conocimientos coloniales desde las cuales habla, piensa, produce y universaliza un supuesto único saber (Grosfoguel, 2006).

Partiendo de este problema epistémico-político relacional, como revisaremos más adelante en este texto, la significancia de pensar y practicar una Salud desde el Sur implica un giro decolonial y epistémico como necesidad práctica y aporte teórico ante el locus de enunciación eurocéntrico panamericano de la salud aún en el siglo XXI (Basile, 2024a).

Producir conocimientos de acuerdo con los “*problemas*” que transitan, viven y padecen nuestras comunidades de vida, nuestras sociedades (Dussel, 2020, Colmenares, 2022). Esto implica un giro, un cambio de coordenadas del pensamiento crítico en salud desde y hacia el Sur.

Pasar a nutrirse de las teorías del pensamiento crítico del Sur global que si han pensado nuestros problemas situados y de las propias epistemologías *-no occidentales-* que permitan y sean más rigurosas, más profundas y complejas, pero especialmente que sean más efectivas para nuestros contextos para el cuidado de la vida en el Sur.

Diversas corrientes académicas y de política sanitaria en Latinoamérica y el Caribe que

revisaremos en esta segunda parte del artículo, aún adeudan a sí misma profundizar el estudio, la formación y producción de un pensamiento-acción geopolítica de pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud desde el Sur y soberanía sanitaria regional (Basile, 2018; 2022; 2023; 2024a).

Ahora bien, es útil comenzar introductoriamente ubicando aquí las grandes razones de *la importancia estratégica de la descolonización* y al mismo tiempo las implicancias de una *tarea permanente de actualización* del pensamiento crítico en salud para el siglo XXI:

- *Necesidad teórica:* Porque se necesita una mayor y mejor capacidad de conocer y comprender la situación de salud de las comunidades de vida, la salud humana y colectiva de las sociedades del Sur. Al mismo tiempo, ubicar y descolonizar ciertos marcos teóricos que permean nuestras prácticas, gestión/gobierno y metodologías en salud pública y epidemiología en el Sur global.
- *Necesidad técnica, práctica:* Porque los abordajes tradicionales no han sido suficientes para sustentar una práctica de la salud pública que sea eficaz para transformar las inequidades en salud humana, como tampoco lograr responder de forma envolvente e integral a los problemas colectivos en nuestras comunidades de vida del Sur. El pensamiento crítico en salud para el siglo XXI implica saltos y transiciones metodológicas, prácticas para su aplicación y operacionalización.
- *Necesidad metodológica:* La creciente evidencia de que las situaciones del proceso de salud-enfermedad-cuidado esta más vinculada a las condiciones de vida, de racialización y deshumanización colonial, del trabajo, de la vida virtual digital y condicionantes cognitivos; que a la simplificación de riesgos individuales diferenciales y/o control de enfermedades poblacionales, a diferenciales por nivel socioeconómico o a enunciar determinaciones sociales totalizantes aislados.

En primer lugar, el campo de las teorías críticas latinoamericanas caribeñas en salud se encuentran en un proceso de revisión, transformación y de reconfiguración de sus coordenadas, procurando una constante búsqueda de aproximarse al complejo flujo de salud-enfermedad-cuidado de una forma

menos eurocentrada y estandarizada, respetando y respondiendo a las circunstancias de la vida individual y colectiva situadas en el Sur.

En segundo lugar, partiendo de estas necesidades, en este texto se busca mapear, problematizar y repensar cuáles son las bases fundantes de donde pueden nutrirse y abrirse camino las teoría(s) crítica(s) sobre la salud para las comunidades de vida del Sur en el siglo XXI (Colmenares, 2022).

Al mismo tiempo, buscando caracterizar brevemente las corrientes críticas en el campo de la salud, sus aportaciones y sus bases epistémicas en la región latinoamericana caribeña del Abya Yala.

En general, las *prácticas teóricas de imitación y adaptación* fueron las que primaron en salud pública y epidemiología durante el Siglo XX en la región latinoamericana caribeña. Incluso en prácticas teóricas críticas se asimilaron e imitaron marcos categoriales, conceptuales y epistemes críticas de base eurocéntricas-panamericanas.

En tercer lugar, obviamente, partimos de no considerar simplemente a la salud y la enfermedad sean eventos aislados o fenómenos biológicos ni sociales estáticos (“estado”), como continúa establecido en la definición de la autoridad médica occidental de la Organización Mundial de la Salud de 1948 del “*estado de completo bienestar bio psico social*”.

Por el contrario, señalar como punto de partida que imbricación de la salud-enfermedad-cuidado es fruto de una dinámica sociocultural compleja, que forma parte de los flujos de la vida y se va configurando en escalas temporales (procesos) y espaciales contextuales (la situación, el territorio, la comunidad de vida, el Sur), y solo puede comprenderse a la luz de las condiciones concretas en las que los grupos humanos nacen, viven, trabajan, hacen comunidad, y de las relaciones de poder y órdenes jerárquicos coloniales imbricados que mantienen dinámicas de precariedad y asimetrías que se materializan en procesos diferenciales de vivir, trabajar, hacer comunidad, enfermar y morir. Por definición este proceso de salud-cuidado es complejo, intercultural, situado y contextual.

Estas condiciones y flujos de la vida que cambian a lo largo de la historia explican cómo y por qué algunas personas, familias, grupos humanos y territorios geopolíticos enferman y mueren tempranamente y otras no, sufren envejecimientos prematuros o configuran los perfiles epidemiológicos destructivos en sus intersecciones críticas por clase social, etnia-raza y género (Viveros Vigoya, 2016).

Partimos de esto para comprender la categoría *determinación de la salud* con las nuevas aportaciones del pensamiento crítico latinoamericano caribeño que complejizan y reconfiguran las dinámicas de opresiones y jerarquías de poder no como determinismo, sometimiento o simple subordinación mecánica de lo biológico a lo social, sino el proceso de complejidad a través de flujos de condicionantes y adversidades a los problemas *cuasiestructurados* entrelazados de la vida e inherentes al sistema mundo contemporáneo para la especificidad del Abya Yala (Latinoamérica y el Caribe) como espacio del capitalismo mundialmente periférico dependiente (Basile y Rivera Díaz, 2022).

A diferencia de los actuales estudios de desigualdades en salud desde las epistemologías del bienestar, la epidemiología crítica latinoamericana recupera la determinación de la salud humana y colectiva como movimiento de lo complejo, multidimensional, pero especialmente con implicancias de un cambio de escalas de observación, escalas temporales y categorías de análisis que se revisan más adelante (Breilh, 2023).

Algunas premisas que nos ayuda a recordar esta epidemiología crítica (Breilh, 2023, Feo, 2024b):

- Los problemas y necesidades de salud de los colectivos humanos no se distribuyen al azar ni solo por fenómenos individuales biológicos. Hay diferencias marcadas entre clases, estratos y grupos humanos determinados por la racialización, por las intersecciones de poder de raza-género-clase social.
- La salud se produce y reproduce en la vida cotidiana en sus contextos y situaciones (cómo se vive, se sobrevive, se hace comunidad y cómo se

trabaja) de personas, familias y comunidades de vida como en los territorios situados en sus diversas escalas de observación y actuación.

- Los problemas, necesidades y fenómenos de salud de las personas y comunidades de vida se expresan en flujos (procesos) entre diferentes niveles interdependientes y dimensiones de la realidad en lo general, particular y singular imbricados.
- No alcanza con observar y estudiar la ubicación social de las poblaciones y sujetos con relación a su salud humana y colectiva, si al mismo tiempo se simplifican las determinaciones internacionales de la salud de condicionantes y adversidades globales (Basile, 2023), como también si no se logra comprender las implicancias de la determinación *racial-colonial* de la salud a partir de la racialización y deshumanización como constitutiva de *lo social* en las periferias y en las territorialidades de las comunidades de la vida en el Sur (Colmenares, 2022).
- En esta perspectiva, se hace imprescindible revisar paradigmas, sistemas de conocimientos y metodologías para la acción político-sanitaria transformadora, especialmente en la cuestión de la salud tanto en el ámbito colectivo como singular.

El primer ejercicio que aporta y propone este artículo entonces es pensar críticamente y desde el Sur, buscando trascender el pensamiento, las categorías, las teorías y las bases eurocéntricas panamericanas que sustentaron y se reproducen en el campo de la salud pública, la medicina social, de la epidemiología, de la salud pública internacional, salud global en la región (Basile, 2024a).

Detrás de ese marco categorial se esconde aquello que justifica las razones de nuestras determinaciones epidemiológicas, la dependencia científico-sanitaria, de la descoordinación regional sin soberanía sanitaria, de las biomedicalizadas e ineficaces respuestas a las emergencias de salud pública, de la configuración de fragilizados y precarios sistemas de salud, de la importación de modelos eurocentrados y neoliberales de protección social y atención médica; en definitiva, a la reproducción de marcos de comprensión basados en

considerar como únicos horizontes de actuación los lentes epistémicos y metodológicos de la salud pública, medicina social, medicina preventiva, salud comunitaria y epidemiología del Norte global, de este Occidente en crisis (Basile, 2024a).

Nuestras academias en la *universidad occidentalizada* (Grosfoguel, 2022) se reducen a aprender, repetir, memorizar, adaptar, (re)producir mitos de la teoría social en salud nacida de la experiencia histórico-social y los problemas de una región particular del mundo (Centro global, países Occidentales) con sus dimensiones espacio/temporales muy singulares y «aplicarlas» a otros lugares geográficos aunque incluso la experiencia sociohistórica y la espacio/temporal de estos últimos sean totalmente distintos a los primeros.

Grosfoguel (2002) explica que las teorías sociales basadas en la experiencia socio-histórica de las epistemes de cinco países occidentales constituyen la base teórica de las ciencias sociales y humanas en las universidades occidentalizadas hoy.

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 clave 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 los desafíos de la salud en los territorios y territorialidades latinoamericanas caribeñas del Sur global. La cuestión del marco categorial se desarrolla en un apartado específico en este capítulo más adelante.

En realidad, como sabemos, la emergencia de un pensamiento crítico se establece estrictamente relacionado con las problemáticas espacio/temporales socioeconómicas, político-ideológica, geopolítica y a las tradiciones culturales e intelectuales de cada contexto.

Por lo tanto, es importante brevemente enumerar los marcos *geoculturales* (Mignolo, 2005) en relación con el conocimiento y el poder que fueron desarrollando algunas de las corrientes académicas

y político sanitarias, por lo menos las del siglo XX y de este cuarto del siglo XXI.

Este ejercicio presupone y propone necesario hacer una pormenorizada revisión documental, de la genealogía de los orígenes, trayectorias y marco teórico-conceptual para caracterizar la existencia de las múltiples corrientes de pensamiento crítico en salud en Latinoamérica y el Caribe con sus aportes, bases epistémicas y fundamentos teórico-metodológicos contemporáneos:

- Aportaciones, bases y fundamentos de la medicina social panamericana-latinoamericana y la salud colectiva brasileña en el siglo XX.
- Aportaciones, bases y fundamentos de saberes y filosofías de las epistemologías del vivir bien/buen vivir del Abya Yala.
- Aportaciones, bases y fundamentos del pensamiento crítico latinoamericano caribeño en Salud desde el Sur para el siglo XXI.

Estas corrientes mantienen entre sí diferencias no sólo por los marcos teóricos y categoriales que implementaron para conceptualizar los problemas que estudian, sino también por las posiciones políticas sanitarias que adoptan en su quehacer científico crítico en salud para el siglo XXI.

Partiremos de la descripción de corrientes fundacionales que pueden diferenciarse con claridad particularmente durante las últimas décadas del siglo pasado.

En la segunda parte, esbozaremos otros sistemas de conocimientos del Abya Yala, junto a una caracterización de la actualidad del pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud desde el Sur hoy.

Esta aproximación también es una invitación a quienes vienen de diversas trayectorias de formación y educación político-sanitaria a recuperar la duda, la complejidad, las posibilidades de crítica a corrientes y categorías que quizás tuvieron valor de uso en un contexto determinado, y al mismo tiempo, al hecho de partir de un reconocimiento de los límites que tienen ciertas epistemes eurocéntricas y panamericanas en el Sur para la estrategia de soberanía sanitaria regional en el siglo XXI (Basile, 2023).

Corrientes críticas en salud: Bases epistemológicas de la medicina social latinoamericana

Como la literatura de la propia corriente lo reconoce, la medicina social latinoamericana se construyó sobre las bases epistémicas del pensamiento médico-social europeo articulada a las inflexiones del desarrollismo y de la doctrina panamericana en Latinoamérica y el Caribe, las aportaciones de las ciencias sociales y al mismo tiempo también el uso de categorías claves del materialismo histórico en el campo sanitario.

Aunque en una reciente publicación Carter (2023) detalla de forma acabada como las y los académicos en su mayoría de las ciencias médicas que se reconocieron y reconocen como parte de esta corriente crítica médico-social fundamentaron una narrativa que enfatiza en los orígenes europeos y su posterior difusión “a las Américas”, al mismo tiempo estructuraron una especie de historia oficial sobre los orígenes de la propia medicina social en la región, aunque a su vez se difundió esta historia oficial a partir de la reproducción de nombres propios de personas y situaciones singulares, justamente marcando por qué es necesario reconsiderarla en el siglo XXI (Carter, 2023).

La idea de la medicina social europea y sus bases en las ciencias sociales en salud se remonta con frecuencia a Rudolph Virchow, un patólogo pionero, y a Frederick Engels, el famoso crítico del capitalismo en su fase de expansión industrial de mercado. Nacidos con sólo un año de diferencia en diferentes regiones de lo que se convertiría en Alemania, alcanzaron la mayoría de edad en una era de convulsiones políticas y transiciones entre el colonialismo de mercado al capitalismo. En 1848, mientras Engels escribía *El Manifiesto Comunista* con Karl Marx y Federico Engels (2018), Virchow informa sobre una epidemia de tifus en la Alta Silesia, cuyas causas no se debían tanto a factores biológicos individuales sino a problemas sociales como la pobreza, el desempleo y la precariedad de la vida que estaban produciendo el propio capitalismo. Sólo unos años antes, en su informe La

situación de la clase obrera en Inglaterra, Engels (2020) demostró el costo físico y de vidas del trabajo fabril y la miseria urbana en las primeras etapas de la revolución industrial del capitalismo en el Norte global.

Incluso, autores vinculan la historia y el desarrollo del movimiento higienista europeo a la posterior propia atención primaria de salud y de la “Política de salud para todos en el año 2000” no partiendo de Alma Ata (Litsios 2002), como se lee en la mayoría de textos, sino en las raíces de la medicina social europea liderada por Rudolf Virchow y Jules Guérin, editor de la *Gaceta Médica de París* (Waitzkin, 2006), al que le anteceden experiencias del siglo XVIII con Villermé, Johann Peter Frank, de la policía médica a la medicina social alemana, la aritmética política de William Petty, pasando por George Rosen en la medicina social francesa (Sigerist, 2006) y otros autores, que son un reflejo de la construcción del pensamiento médico-social eurocentrado que a posterior se univerzaliza.

A partir de estos breves antecedentes eurocéntricos y del propio Sigerist (2006) descritos, se puede ubicar entre 1930 a 1950 un primer punto de referencia en Chile, donde la medicina social tuvo una referencia ligada a la importante obra “La realidad médico-social chilena” de Salvador Allende (1939), que sin duda impacta en los procesos de creación del Servicio Nacional de Salud en Chile en 1952. En este contexto, la escuela de salud pública de la Universidad de Chile que venía de ser fundada en 1943 por la filantropía de la Fundación Rockefeller fue también un espacio de formación de salubristas latinoamericanos.

Finalmente, a partir de la década de 1970 en adelante la trayectoria de Juan Cesar García (1932-1984), especialmente desde su cargo en el Departamento de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de Salud (OPS), dinamizó una articulación de personas e instituciones en la creación de programas de formación de posgrados de medicina social, divulgación y encuentro regional. Así la fundación filantrópica estadounidense Kellogg financió en 1974 la creación de la maestría en medicina social en la Universidad del Estado de Rio de Janeiro en

Brasil y de UAM Xochimilco en México (Vieira da Silva et al., 2014).

La propia OPS (1992) se convertirá en una difusora y plataforma de la medicina social latinoamericana en la región, incorporando la enseñanza de ciencias sociales en salud desde un abordaje histórico estructural con el propio financiamiento de la fundación filantrópica Milbank Memorial, de origen estadounidense (Vieira da Silva et al., 2014).

Estos procesos tuvieron su importancia como al mismo tiempo marcan sus profundas limitaciones, contradicciones y sesgos de *una colonialidad naturalizada y normalizada* por esta corriente.

Cabe destacar que Fundación Milbank Memorial fue la financiadora de los estudios conocidos como el "*experimento Tuskegee*" sobre el estudio clínico desarrollado entre 1932-1972 en el estado de Alabama, donde se experimentó con la evolución natural de la enfermedad de sífilis, dejando morir a más de 600 varones de población afroamericana con esta patología para luego ser estudiados en las amorgues de Estados Unidos. Por otro lado, la Fundación WK Kellogg fue establecida en 1930 por el empresario multinacional de cereales, especialmente utilizados para el desayuno Kellogg y sus negativos impactos nutricionales alimentarios.

Así la medicina social tendrá documentos en 1974 de la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS), asumiendo que el objeto de la medicina social debe ser entendido como (OPS, 1992):

el campo de la práctica y los conocimientos relacionados con la salud. Teniendo este objetivo como su preocupación central, la medicina social trata de estudiar la sociedad, de analizar las formas corrientes de interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica.

La genealogía de la medicina social europea latinoamericana es un tema un tanto poco explorado con rigurosidad en su implantación en Latinoamérica y el Caribe (Carter, 2023). En general se suele describir a esta corriente a través de los relatos y auto representaciones de sí mismos que fueron produciendo un grupo de referentes con inserción académica y/o política sanitaria. Una especie de *historia oficial* que se fue reproduciendo.

Al revisar la genealogía de esta corriente, se ubica a un grupo de personas y académicos de la década de los 70 y 80 que se apoyaron en una narrativa que enfatizó en sus orígenes europeos y su implantación regional, con la divulgación de la incipiente obra centrada en personalidades destacadas, así como la consolidación (posterior a la década de los 1970) de la medicina social, como una corriente que se presentaba como contrahegemónica a la salud pública institucionalizada en América Latina.

A partir de estos marcos *geoculturales* (Mignolo, 2005), se puede delimitar de forma aproximada los principales aportes sobre los cuales se construyó esta corriente desde sus orígenes y su dinámica de divulgación en la región, los fundamentos de su matriz epistémica y cómo se difundieron, lo cual también nos delimita por qué es necesario revisarla en la actualidad:

1. *Orígenes geoculturales centrados en la medicina social europea* (Waitzkin et al., 2001; Arellano et al., 2008; Nunes, 1991).
2. *Fundamentos y categorías anclados en el materialismo histórico* (Harnecker, 2007). *En especial, las relaciones entre clase social y problemas de salud-enfermedad, la reproducción social, la determinación social, entre otras categorías relevantes* (Rojas Ochoa, 2009; Samaja, 2002, 2004; Torres Tovar, 2007; Soto et al., 2017; Morales Borrero et al., 2013, entre otros).
3. *La geopolítica médico-social estuvo y está articulada intrínsecamente a la doctrina panamericana sanitaria en la región* (OPS, 1992; Galeano et al., 2011; Márquez, 2011; Laurell et al., 2001; Iriart et al., 2002; Basile, 2023).
4. *Peso significativo de la teoría del desarrollo y del desarrollismo en grupos médico-sociales de Latinoamérica y el Caribe especialmente en Argentina, Chile, Brasil, entre otros* (Torres Goitia, 2008; Castell-FloritSerrate, 2017; otros).
5. *Aportaciones en ciencias sociales eurocéntricas en la salud en especial en Sociología médica/Sociología de la Salud y Antropología médica* (Castro, 2011; Laurell, 1974; Menéndez, 1990; Aguirre Beltrán, 1986; Almada, 1990; Hernández y Quevedo, 1992; OPS, 1992).
6. *El vínculo salud y trabajo, con diversos autores, señalaron la importancia de estudiar al proceso de trabajo en especial del obrero industrial en sí*

mismo desde el modelo obrero italiano (Noriega, 1989; Laurell, 1979; Feo, 2003; entre otros).

7. *Estudios de Género y Salud basados en feminismos eurocentrados y anglosajones* (Tajer et al, 2007; Matamala, 2006; Linardelli, 2018, entre otras).

8. *Concepción dependiente a las teorías eurocéntricas y reformista de los modelos de atención médica y sistemas de salud* (Laurell, 2012; 2016; Hernández, 2020; entre otros).

9. *El surgimiento de la propia epidemiología crítica latinoamericana que en sí misma se pudiera considerar que se autonomiza como una propia subcorriente crítica sanitaria en la región* (Breilh, 1998, 2006, 2010, 2023; Breilh y Granda, 1989).

10. *Aportes de la economía política en salud especialmente desde el materialismo histórico.*

11. *Esta corriente médico-social se identificó con un autodefinido ciclo de gobiernos progresistas, basado en la creencia del progreso y desarrollo como centro político* (Laurell, 2014, 2016; Feo Isturiz, Feo Acevedo y Jiménez, 2012).

12. *Bajo esta matriz epistémica, la corriente de medicina social asume “lo decolonial” como un aditivo que se anexa y agrega al mismo cuerpo teórico-metodológico sin ningún replanteo epistémico ni tampoco una revisión de sus bases teóricas y prácticas a lo largo de 40 años.*

La corriente de medicina social refleja entre sus características principales el carácter híbrido de ser, al mismo tiempo, un espacio de bases teóricas eurocéntricas críticas y desarrollistas, de geopolíticas panamericanas, y, al mismo tiempo, contener un reconocido accionar y prácticas político-sanitarias situadas en los contextos de Latinoamérica y el Caribe, donde difundieron esta episteme.

Este contexto situado de alguna manera los fuerza a incorporar o simplemente fueron adicionando elementos relativos al buen vivir/vivir bien, la interculturalidad, los territorios y territorialidades, el registrar filosofías del Sur y ecologías de saberes en salud, entre otros arreglos conceptuales, pero siempre manteniendo los mismos cuerpos teóricos-prácticos y geopolíticas de comprensión y acción.

Especialmente, esta corriente médico-social se centró en una intervención política en materia sanitaria que fue tanto o más importante que la producción crítica de conocimiento.

Algunas instituciones y/o asociaciones que la medicina social latinoamericana fue desarrollando en los años 80 y 90 se transformaron por un lado en órganos de difusión del propio grupo de autores y autoras individuales que permitió una estrategia de divulgación de personalidades que al mismo tiempo ocupaban referencias en los propios espacios construidos a nivel político como congresos, seminarios, entre otros (Carter, 2023).

La medicina social con sus características definidas por la literatura como progresistas o en algunos casos marxistas y su propia génesis eurocentrada, también fue atravesada por la necesidad de negociación con las grandes propuestas de los organismos internacionales del sistema mundo contemporáneo durante el siglo XX e inicios del XXI:

- Con la doctrina panamericana de OPS y Fundación Rockefeller, desde el 1900.
- Con la OIT y organismos de seguridad social, desde los años 40 con la importación del seguro bismarkiano y la seguridad social eurocéntrica en la relación capital, salud y trabajo de la industrialización en la región.
- Con diversos momentos históricos de traslados de teorías, políticas, discursos y prácticas implantados por Europa y Estados Unidos y tras pasados como modelos, incluso, de gestión y gobierno como grandes propuestas globales que se asimilaron en la región, desde la reproducción de las tesis del Estados de bienestar a la propuesta de APS como estrategia para el Sur global (Feo y Basile, 2024b), al actual manejo del riesgo social y la salud de las poblaciones vulnerables, entre otros.

Por último, distintos contextos comunes atravesaron las experiencias del grupo generacional o generación de la corriente médico-social. Como situaciones más importantes, el contexto de Guerra Fría, el ámbito de represión de las dictaduras militares en el territorio latinoamericano caribeño implicó la persecución y exilio de buena parte de

varios referentes, en su mayoría formal o informalmente ligados a partidos comunistas o movimientos de izquierda revolucionarios o movimientos nacionales populares en sus países.

Ya en los retornos democráticos según la región y el país hubo diversas inserciones políticas oficiales en algunas experiencias de gestión de gobierno con resultados disímiles y heterogéneos sobre las políticas públicas sanitarias implementadas.

Corrientes críticas en salud: *Bases epistemológicas de la salud colectiva brasileña*

A partir de la revisión de literatura referenciada en esta corriente, la salud colectiva brasileña se describe sobre las bases epistémicas de los antecedentes de la medicina integral, la medicina preventivista y comunitaria de corte anglosajona en Brasil (Vieira-da-Silva et al., 2014) y la propia medicina social europea y latinoamericana (Paim, 2006), articulada a las heterogéneas ideas que se personalizaron en la Reforma Sanitaria Brasileña como parte del proceso en la creación del Sistema Único de Salud en la salida de la dictadura brasilera en los años 80, junto a las múltiples mutaciones del desarrollismo y la doctrina panamericana en salud con significativo peso en Brasil (Nunes, 1991; 1996). Actualmente, la salud colectiva brasilera tiene una inserción epistémica y geopolítica itinerante entre las concepciones de la salud global liberal y el panamericanismo (Basile, 2018; 2023).

Sin duda, esta corriente tuvo y tiene una mayor articulación multiprofesional e interdisciplinar entre las aportaciones de las ciencias sociales y humanas en salud, el campo de la gestión, planificación y prácticas en salud y la expansión de una epidemiología social en general, referenciada en concepciones anglosajonas y eurocentradas, aunque con algunas excepciones también en la epidemiología crítica latinoamericana (Breilh, 2023).

La justificación conceptual y teórica de la salud colectiva brasileña remite a la delimitación de un campo de conocimiento no tanto por definiciones teóricas formales, sino más ligado a examinar un conjunto de prácticas relacionadas con la salud de la sociedad brasilera, considerándola como un campo de saber y de prácticas (Donnagelo, 1983).

Según Almeida y Paim (1999), la salud colectiva puede ser considerada como un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinar cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planificación/gestión de salud y las ciencias sociales y humanas en salud.

Como lo detallan Vieira da Silva et al. (2014), parte de las bases en el surgimiento y enseñanza de la salud colectiva fueron posibilitadas a partir, incluso, de la geopolítica de los financiamientos filantrópicos de la Fundación Rockefeller, Kellogg, Milbank y Ford en el campo sanitario en articulaciones con el propio rol de OPS-OMS en el país.

La salud colectiva brasilera, desde la fundación en 1979 de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), especialmente nació a través de los encuentros nacionales de los programas de posgrados en salud (medicina preventiva, medicina social, salud pública) que terminan conformando la Asociación Brasileña de Posgrados en Salud Colectiva (hoy ABRASCO). En este proceso, los documentos de lo que se consideraba salud colectiva en Brasil explicitan parte de su posible conceptualización (Vieira da Silva et al., 2014):

la salud en cuanto estado vital, sector de producción y campo de saber, está articulada a la estructura de la sociedad a través de sus instancias económicas y político ideológicas, presentando, por tanto, una historicidad [...] las acciones de salud (promoción, protección, recuperación y rehabilitación) constituyen una práctica social y traen consigo las influencias en relación a los grupos sociales [...] el objeto de la Salud Colectiva es construido en los límites de lo biológico y lo social y comprende la investigación de los determinantes de la producción social de las enfermedades y de la organización de los servicios de salud; en el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre estos determinantes. En ese sentido el carácter interdisciplinar, multiprofesional.

La mayoría de los docentes de estos programas de posgrados que se articulan en una red nacional venían de medicina, de otras profesiones disciplinares de salud como enfermería, fisioterapia, psicología, nutrición con las múltiples

disciplinas de ciencias sociales y humanas (Ejemplo: antropología, sociología). Así lo definen los documentos fundacionales de la salud colectiva brasileña ((Vieira da Silva et al., 2014):

La enseñanza de la salud colectiva envuelve una crítica permanente de los sucesivos proyectos de redefinición de las prácticas en salud surgidas en países capitalistas, que tuvieron influencia en la reorganización del conocimiento médico y la reformulación de modelos de prestación de servicios de salud: Reforma Sanitaria, Medicina Social, Medicina Integral, Medicina Preventiva y Medicina Comunitaria.

A partir de estos marcos geoculturales (Mignolo, 2005), se puede delimitar de forma aproximada los principales aportes sobre los cuales se construyó esta corriente desde sus orígenes y su dinámica de divulgación en Brasil y en Latinoamérica, los fundamentos de su matriz epistémica, lo cual también nos delimita la necesidad de revisión en la actualidad:

1. *Orígenes geoculturales centrados en la medicina social europea, medicina preventiva y Reforma sanitaria brasileira* (Arouca, 1975; Donnangelo, 1983; Paim, 2006, Almeida y Paim, 1999, entre otros).
2. *Fundamentos centrales de las Ciencias Sociales y Humanas en Salud para pensar y hacer una salud desde y con la sociedad brasileira* (Donnangelo, 1983; Minayo, 2013; Ianni et al., 2014; Deslandes e Iriart, 2012, entre otras).
3. *Especial desarrollo en la gestión y planificación en salud como de prácticas en salud, a partir del proceso de trabajo en salud* (Campos, 1999, 2000, 2021; Merhy et al., 2006; Franco y Merhy, 2009, entre otros).
4. *Geopolítica de la Salud Colectiva Brasileña estuvo articulada a la doctrina panamericana sanitaria y actualmente al continuo postmoderno de la salud global liberal* (Basile, 2018; 2023).
5. *Peso significativo y determinante de la teoría del desarrollo y del desarrollismo en la salud colectiva brasileña* (Gadelha y Temporão, 2018; Viana et al., 2007; Minayo, 1998; entre otros).
6. *Estudios de Género y Salud basados en feminismos eurocentrados y anglosajón* (Giffin,

1995; Araújo, Schraiber y Cohen, 2011; Villela, Monteiro y Barbosa, 2020; entre otras).

7. *Concepción eurocéntrica y reformista en modelos de sistemas de salud* (Lobato y Giovanella, 2012; Serapioni y Tesser, 2020; Giovanella, 2012; Fleury, 1988; entre otros).

8. *Una matriz centrada mayoritariamente en una epidemiología social con preeminencia de una episteme europea anglosajona* (Barreto, 1998; Ayres, 1995, 2002; Barata, 2005, 2013; Almeida Filho, 1992, 2007; Almeida Filho y Rouquayrol 1999, entre otras).

9. *Bajo esta matriz epistémica, la corriente de salud colectiva brasileña asume lo decolonial como un aditivo que se anexa y agrega al mismo cuerpo teórico-metodológico, especialmente trabajando sobre tesis postcoloniales. Se identifica una confusión en la literatura actual entre decolonial/postcolonial en la salud colectiva brasileira* (Lopes, 2022; Nunes y Louvison, 2020; Medeiros et al., 2020; Martins, 2016; Nascimento et al., 2013; Firpo Porto, 2017; Porto, Rocha y Fasanello, 2021, entre otros).

10. En el caso brasileiro, la revisión en general se denomina “lo decolonial” en la salud colectiva brasileña a la incorporación de las bases teóricas postcoloniales y de las Epistemologías del Sur de Boaventura de Sousa Santos y los fundamentos especialmente trabajados en Universidad de Coimbra de Portugal (De Sousa Santos, 2011).

Tiene un peso significativo en esta corriente, lo que se denomina la historia y predica generacional del movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña.

Como explica Ianni et al. (2014), la expresión se refiere a un conjunto de ideas sobre los cambios y transformaciones necesarias en el campo de la salud, articulado a un movimiento social basado en la lucha contra la dictadura militar en Brasil (1964-1985), dirigido a la democracia, ampliando el acceso a los servicios de salud por lo cual se termina conformando las bases del Sistema Único de Salud, basado sobre una articulación de prestadores de servicios sanitarios público-privados y preocupados por la exclusión de la participación de trabajadores y técnicos de salud en el proceso de toma de decisiones de las políticas de salud, que eran tomadas exclusivamente por gobiernos

autoritarios (Ianni et al., 2014). En la actualidad, mucho de estos postulados sacralizados de la reforma sanitaria comienzan a ser revisados y actualizados por nuevas generaciones en Brasil.

Por último, también de alguna forma, la salud colectiva brasileña (re)produjo su propia historia oficial, aunque a partir de diferentes expresiones institucionales, académicas y organizativas. Plasmadas en múltiples descripciones de sí misma en su trayectoria (Paim, 2006):

“La salud colectiva, como movimiento, tiene en el Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) y en la Asociación Brasileña de Estudios de Posgrado en Salud Colectiva (ABRASCO) sus principales representantes colectivos. Abarca la corriente teórico-crítica de la medicina social, o preventivismo, reproducida por departamentos de medicina preventiva y social de varias facultades de medicina, y la tendencia racionalizadora, representada por la salud pública institucionalizada, tanto en su expresión sanitarista como en su versión modernizante vinculada a los programas de extensión de la cobertura (PEC) y a la asistencia médica de la seguridad social”.

Implicancias de las epistemologías de la ecología de saberes del Vivir Bien/Buen Vivir para la comprensión de la salud en el Sur global

Los sistemas de conocimientos en salud del Abya Yala surgieron y se construyeron claramente en autonomía y desconexión con el pensamiento científico moderno en salud, en lo que se denomina epistemologías del vivir bien/buen vivir (Bautista, 2022).

Efectivamente, el pensamiento científico moderno se construyó negando, inferiorizando y atacando las epistemologías de saberes y prácticas sanitarias del Abya Yala. Lo cual en la práctica significó una retracción, una negación y hasta un camuflaje para su sobrevivencia.

En este apartado se describe brevemente algunos fundamentos de las epistemologías del vivir bien / buen vivir, resaltando que esto no implica considerarlas como una corriente o episteme crítica en el Sur, sino –por el contrario– sólo visibilizando un sistema de conocimientos *transmoderno* (que

trasciende la modernidad eurocentrada, una nueva edad del mundo según Dussel (2016) que supera en gran medida la revisión de este capítulo por su complejidad, por sus fundamentos, y que justamente no debería ser instrumentalizado u simplificado por la académica crítica latinoamericana caribeña en salud.

Desde la cosmovisión del mundo andino amazónico de las Naciones del Abya Yala indígenas-originarias situadas en el Sur, se utilizan términos en español para describir el suma qamaña (aymara) o sumak kawsay (quechua) con las denominaciones de vivir bien, utilizado en Bolivia, y buen vivir, utilizado en Ecuador.

Mamani (2010) explica que la traducción más fidedigna de los términos aymaras y quechuas para la cosmovisión de las naciones indígenas, donde primero está la vida en relaciones de armonía y equilibrio, por lo que “qamaña” se aplica a quien “sabe vivir”:

el término de “suma qamaña” se traduce como “vivir bien”, pero no explica la magnitud del significado. Es mejor recurrir a la traducción de los términos originales en ambas lenguas. Desde la cosmovisión aymara, “del jaya mara aru” o “jaqi aru”, “suma qamaña” se traduce de la siguiente forma: • Suma: plenitud, sublime, excelente, magnífico, hermoso. • Qamaña: vivir, convivir, estar siendo, ser estando. Entonces, la traducción que más se aproxima de “suma qamaña” es “vida en plenitud”. Actualmente se traduce como “vivir bien”. Por otro lado, la traducción del kichwa o quechua, (runa simi), es la siguiente: • Sumak: plenitud, sublime, excelente, magnífico, hermoso(a), superior. • Kawsay: vida, ser estando, estar siendo. Vemos que la traducción es la misma que en aymara: “vida en plenitud.

Existen muchas naciones y culturas en el Abya Yala; cada una de ellas con sus propias identidades, sistemas y ecología de saberes, pero con una esencia común: el paradigma comunitario basado en la vida en armonía y el equilibrio con la naturaleza (Madre Tierra).

Por eso, para el campo del pensamiento crítico en salud y sus diversas corrientes contemporáneas, es necesario condenar el uso *consignista* de estas

epistemologías que actualmente sucede en Latinoamérica y el Caribe: salubristas sociales, enunciando repetidamente en sus discursos públicos el buen vivir, vivir bien, *sumak kasay*, *sumak qamaña*, como un aditivo anexo a sus propios fundamentos eurocentrados políticos-sanitarios.

Este locus de enunciación pareciera más estar asimilando operaciones de extractivismos epistémicos de los sistemas de conocimientos del Abya Yala ajenos al eurocentrismo, aunque al mismo tiempo con pocos esfuerzos en estudiarlo, comprenderlo y practicarlo en el campo de la salud y cuidado integral de la vida ni reconociendo estas epistemologías de saberes sanitarios.

Esta recurrente enunciación del vivir bien / buen vivir en el vocabulario, especialmente del campo político sanitario médico social, a decir de Bautista Segales (2022), es la afirmación ingenua de un eurocentrismo con apariencia de descolonización.

[...] *el suma qamaña, que se traduce como “vivir bien”, también significaría, como imperativo, “vivamos para la vida”; pero creemos, más allá de la literalidad, que son los ubuntu del África quienes nos ayudan a comprender mejor lo que significaría una vida buena: es el “yo soy si Tú eres, yo vivo si Tú vives”. Pues la condición insoslayable de toda relación comunitaria es el servicio que nos hacemos, los unos a los otros, en esa gratuidad del agradecimiento como forma de reciprocidad continua; por eso en el ubuntu, la acentuación está en el Tú y no en el yo, el acento está siempre en la comunidad, no en el ego atomizado y desvinculado de toda referencia que no sea su propio interés individualista (hay que subrayar que el ego es el propio sistema de autodefensa que se activa cuando se experimenta el mundo y la vida como pura hostilidad)... cómo la vida se expresa; cuanta más comunidad y más relaciones de complementariedad en la reciprocidad se producen, más se está en sintonía y en la frecuencia adecuada para escuchar, respetar y aprender los signos de la vida* (Bautista, 2022).

Lo que se intenta caracterizar y describir sobre las epistemologías del vivir bien / buen vivir del Abya Yala que interpelan al pensamiento crítico (Farah y Vasapollo, 2011):

- Que no es una categoría, un concepto o una teorización crítica, sino un sistema de conocimientos complejo, *transmoderno* y de ecología de saberes nacido en el seno de las naciones indígenas originarias y negras del Abya Yala, que ni el pensamiento crítico ni eurocentrado ni panamericano comprenden en su profundidad.
- Que este sistema de conocimientos se entretejen cultura, espiritualidad, sistemas alimentarios, medicina y salud, producción de saberes-prácticas, filosofía, otros.
- Que la pertenencia humana a la Pachamama implica una alta tecnología del “lugar de la vida que conocemos, como el vientre, el lugar que da cobijo, luz, alimento y hace posible la vida de todos” (Bautista, 2022).
- Que va a contramano del fetichismo romantizado que aún reproduce la antropología médica y su concepción sociocultural de los sistemas de conocimientos sanitarios de las cosmovisiones de naciones indígenas originarias.
- Que hay una necesidad de comprensión de las epistemologías del vivir bien / buen vivir, que implica dejar de ser sólo enunciados de la academia crítica en salud para pasar a darle un protagonismo epistémico y al mismo tiempo restituir científicamente el reconocimiento, incluso, en su narrativa y enunciación a las voces e historias del Abya Yala silenciadas.

Una de las aportaciones centrales de estas epistemologías es lo que Estermann (2014) denomina un pensamiento de la tierra, que no es justamente las referencias ni al ambientalismo ni a la ecología política latinoamericana (aunque está relacionado con ambos), sino a la dimensión que toda comunidad de vida que habita un territorio sabe que es vital para su existencia: su conexión indisoluble con la tierra y con todos los seres vivos. Más que en conocimientos teóricos, esta dimensión se encuentra elocuentemente expresada en el arte (tejidos), en los mitos, en las prácticas económicas, de comunalidad, de reciprocidad, de territorialidad

y culturales del lugar y en las luchas territoriales y por la defensa de la Pachamama (Estermann, 2014).

En general, como explica Lander (2001), las teorías sociales y sanitarias eurocéntricas sustentaron la prioridad de análisis del espacio del capital y del Estado-Nación por sobre el lugar y la tierra, la cultura global sobre las culturas locales, el conocimiento abstracto universal sobre los conocimientos locales, contribuyendo a la naturalización de un orden del capitalismo moderno colonial como único horizonte de vida o de crítica.

Pensamiento crítico latinoamericano caribeño en Salud desde el Sur hoy

A continuación, por último, presentaremos una aproximación a los desafíos en la actualidad del pensamiento crítico en Salud desde el Sur en el contexto de Latinoamérica y el Caribe, situando más particularmente sus potencialidades de constitución de un conocimiento transdisciplinar, decolonial y de un *saber-hacer* aplicado, teórico-operacional, pragmático y estratégico.

El pensamiento crítico latinoamericano caribeño es la manifestación situada de una forma de cuestionar cómo se produce conocimiento en una relación Centro-Periferia, de crítica a la incesante mercantilización y mecanización moderna del conocimiento entre el capitalismo cognitivo y la colonialidad. A su vez, se propone producir rupturas con los fundamentos del pensamiento moderno y la reproducción de colonialidad del saber, pero, sobre todo, busca transformar las bases de cómo conocemos y hacemos transformaciones de la salud y la vida en el Sur.

En principio, partimos de sistematizar y reflejar una crisis de las epistemes tanto del pensamiento científico moderno en salud pública como de la colonialidad que reproduce el panamericanismo, el occidentalismo y el desarrollismo sanitario en la región y, por otro lado, la constatación aún de las dificultades que Latinoamérica y el Caribe existe para hilvanar y actualizar un pensamiento crítico en salud situado en el Sur para el siglo XXI, mientras se produce una acelerada recolonización promovida por la reconfiguración del orden geopolítico de Occidente, sus crisis y la salud global liberal del sistema mundo contemporáneo (Basile, 2018).

Hay una convergencia de procesos geopolíticos, teóricos y prácticos que precisan ser enlazados para comprender los fundamentos del giro epistemológico en el campo de la salud desde el Sur que se está gestando en la región latinoamericana caribeña, como respuesta a esta crisis de lo instituido y establecido por el pensamiento científico moderno en salud con sus coordenadas geopolíticas de la doctrina panamericana sanitaria incluso acelerada en el contexto actual de Trump y de salud global liberal (Basile, 2018; 2023, 2024a).

Giro decolonial en salud: *fundamentos y urgencias*

Cabe comenzar detallando que las rupturas con estos sistemas de conocimientos y paradigmas vigentes y anidados en el pensamiento científico moderno en salud no significan su rechazo simple y puro; o negarle su existencia.

¿Partimos de la destrucción y abandono del conocimiento previo entonces?

No. Ninguna impugnación crítica y búsqueda alternativa es del todo exterior al orden científico sanitario que impugna, sino que busca refundar puntos de partida, complejizar y descolonizar como estrategia y práctica situada desde el Sur.

Las rupturas implican afrontar estratégicamente la producción de transiciones, pasajes y flujos de transformación en nuestros conocimientos en salud.

Impone movimientos de crítica sistemática como de reelaboración categorial y superación. Capas de acumulación de conocimientos que el pensamiento crítico promueve su desarme, su reemplazo, alternativa y reorganización.

Una reconstitución del pensamiento crítico desde el Sur implica por tanto una crítica del pensamiento crítico y social eurocentrado, tal como se lo ha entendido hasta ahora.

No es una simple discusión de superación de paradigmas que Occidente trato de explicar ya desde 1962 con Thomas Kuhn (2019), sino hablamos de un sistema civilizatorio con sus geopolíticas de poder y sistemas de conocimientos de la modernidad y las propias críticas de la postmodernidad occidental que implantaron una

epistemología universal produciendo unos dilemas duales entre *buenos y malos, positivistas cartesianos vs críticos eurocentrados*; que nunca fueron las preocupaciones ni problemas del Sur.

Primer paso entonces: partir de una crítica sistemática del sistema de conocimientos a ser superado: *epistemológica, conceptual, metodológica y técnico-político*. Aunque sólo esto no alcanza. Segundo paso, por encima de todo, el pensamiento crítico para el siglo XXI implica construir una *coherencia práctica y aplicada* con articulaciones de nuevos abordajes teóricos y metodológicos en la salud pública, la epidemiología, la gestión y gobierno, las políticas y sistemas de salud, entre otros.

Se trata de una construcción en el plano epistemológico, al tiempo que se movilizan voluntades en el ámbito de las prácticas para nutrir una dinámica de pensamiento y acción político-sanitaria en y para el Sur (Basile, 2023; 2024a).

Emprender una ruptura epistemológica y geopolítica, partiendo de nuevos criterios, de nuevas referencias, de nuevos marcos categoriales (Bautista, 2014), es lo que ya se comienza a tejer en las inflexiones del proceso de descolonización y al mismo tiempo de producción de un pensamiento crítico latinoamericano caribeño de la Salud desde el Sur. Este pensamiento crítico está obligado a considerar un primer debate en busca de ampliar los marcos de comprensión como las formas de enunciación, de prácticas y difusión de las implicancias del colonialismo externo e interno en campo de la salud y epidemiología en el siglo XXI.

El colonialismo trasladó ideas, conocimientos y prácticas (Quijano, 2000), donde el Norte global condensado en cinco o seis territorios epistémicos como Francia, Gran Bretaña, Alemania, Estados Unidos, Grecia o Italia son aún visualizados como el origen universal de la mayoría de los conocimientos en la salud pública, en la epidemiología, en la medicina, entre otros campos.

Los marcos referenciales y teórico-metodológicos del campo de la salud aún hoy en día circulan bajo coordenadas de esta colonialidad interna.

El Sur tiene los problemas, el Norte global los conocimientos y soluciones. Este Sur y Norte no son una metáfora geográfica sino una geopolítica de poder, de la ciencia y del conocimiento como de una potente cosmovisión nacida de los engranajes del colonialismo, la modernidad, el capitalismo y la patriarcalización (Grosfoguel, 2006).

La persistente marginalización en la teoría occidental eurocentrada en salud es de las consecuencias que tuvo y tiene las realidades sometidas históricamente al colonialismo y colonialidad sanitaria. Al restarle énfasis a la construcción cultural del contexto y de lo situado en el sistema mundo contemporáneo, centralizando todo el análisis al proceso abstracto aparentemente universal de la formación y acumulación del capital, la explotación humana y el Estado moderno, casi toda la teoría social en salud convencional hizo invisibles formas alternativas de pensar y hacer salud desde el Sur (Basile, 2024a).

Es importante aquí volver a diferenciar la «*ubicación epistémica*» de la «*ubicación social*» para comprender el campo del pensamiento crítico en salud en el Sur (Grosfoguel, 2006).

En general, las corrientes críticas sanitarias basaron su comprensión a partir de las relaciones sociales productivas y reproductivas de Occidente (ubicación social) para explicar procesos de salud-enfermedad-cuidado, la epidemiología, los modelos y modelajes de políticas sanitarias, entre otros campos de estudio, saberes y prácticas. Con una severa confusión y repetición a veces acrítica.

Como explica Grosfoguel (2006), el hecho de que se esté ubicado socialmente en el lado oprimido de las relaciones de poder del sistema social dominante y sistema mundo (colonialismo, modernidad, capitalismo en sus fases) no significa automáticamente que se está pensando desde una posición epistémica alternativa, o desde el Sur.

Justamente el éxito del sistema mundo moderno/colonial, dice Grosfoguel (2006), consiste en hacer que sujetos socialmente ubicados en el lado oprimido de la diferencia colonial piensen

sistemáticamente como los que se encuentran en las posiciones dominantes.

Esto se ejemplifica en cómo la agenda del panamericanismo sanitario, de la salud global, médico social o de la salud pública institucionalizada funcionalista actualmente incorporando en el estudio de las desigualdades o los determinantes en la salud variables comodín: “lo afro”, lo “indígena”, “lo intercultural”, “el género”, “étnia” y así sucesivamente.

Aditivos que parecieran traer algo nuevo, cuando en realidad aportan poco y nada al conocimiento crítico en salud para y desde el Sur global.

Actualmente, es un momento histórico en el que el discurso de la interculturalidad y descolonización sufre un proceso de *moda, desgaste y cooptación* por parte del modelo hegemónico monocultural y globalizador, anidado en las geopolíticas del conocimiento cultural occidental del sistema mundo contemporáneo (Estermann, 2014).

Este mal uso y desgaste es practicado y se refleja cotidianamente en las múltiples enunciaciones de la propia salud pública, la medicina social, la salud global, el panamericanismo sanitario sobre la descolonización, la interculturalidad, la pertinencia cultural, lo afrodescendiente, entre otros campos.

Es clave comprender el *bloqueo intelectual* –las *cegueras coloniales*– que impiden ser conocedores de nuestras propias herencias intelectuales y epistémicas en el Sur. Las ideas y principios básicos de la episteme eurocéntrica se la adoptan en países como los nuestros de modo sumiso y reverencial o adaptativo y camuflado. Esta dependencia intelectual o epistémica fue naturalizada en el campo de la salud durante todo el siglo XX.

Pensamiento crítico situado: el Sur como coordenada vital

Por el contrario, las epistemologías alternativas son un conocimiento que nace desde las periferias, de los bordes, desde abajo, que viene desde el Sur, que produce una crítica del conocimiento moderno colonial en las propias relaciones de poder involucradas en él.

Se resiste aceptar lo establecido, lo cual implica que sean racializadas o inferiorizadas o invisibilizadas estas filosofías y epistemologías alternativas del Sur (Sousa Santos, 2011; Dussel, 2016).

¿Qué utilidad tiene este pensamiento crítico latinoamericano caribeño? Parte de una sutil y decisiva diferencia, en lo que varios autores denominan una comprensión demorada (Segato, 2003). El pensamiento crítico del Sur requiere de una minuciosidad, profundidad, una demora en la propia comprensión y aplicación. Dinamiza una práctica para calibrar mejor nuestras categorías, teorías, comprensiones, pero justamente para por lo tanto terminar calibrando el saber-hacer sobre la realidad a la que se refieren esos marcos teóricos epistémicos.

Entonces, pensamiento crítico latinoamericano caribeño obliga a situar desde y para el Sur los marcos de comprensión que siempre se están calibrando, visitando, abriendo y revisando de forma permanente. Cuando se abren los marcos teóricos de comprensión, los conceptos, las categorías, que quizás fueron de utilidad y uso en un momento contextual situado determinado, a veces se descubre que estaban vacíos. Que fueron vaciados o simplemente ya no sirven. Por lo cual dejan de tener operatividad, practicidad, aplicación, capacidad de transformación, de precisión para un saber-hacer crítico en el contexto actual.

El pensamiento crítico latinoamericano o, más correctamente, las epistemologías del Abya Yala/africanas/latinoamericanas caribeñas, con toda su genealogía y trayectoria de este pensamiento, hoy en día tienen –por fuerza mayor– que incluir las categorías, saberes y conocimientos de las comunidades de vida mismas y de sus organizaciones, territorios, procesos colectivos como una de las expresiones más potentes del saber-hacer crítico para el Sur global.

Para ir más allá de la modernidad eurocentrada, Dussel (2016) propone una estrategia descolonial que tome en serio el pensamiento crítico de las tradiciones epistémicas del Sur global (Grosfoguel, 2022).

En nuestra región latinoamericana caribeña se alojan aportaciones del pensamiento autonomista,

las concepciones no-capitalistas, no-liberales y no-estatales de la organización social y territorial, como pilares de la autonomía y soberanía sanitaria (Basile, 2023). Tres categorías claves que se conjugan en este pensamiento crítico latinoamericano caribeño en relación con la soberanía/autonomía, comunalidad, reciprocidad y territorialidad.

Por esto, el pensamiento crítico en salud desde el Sur necesita de una práctica de descolonización, y esto sólo puede lograrse con una epistemología que tenga la valentía de asumir abiertamente una geopolítica y un cuerpo político-sanitario decolonial al interior del conocimiento sanitario, como puntos de partida hacia una crítica radical; al mismo tiempo, una desconexión y alternativa al pensamiento científico moderno en salud y sus expresiones imbricadas. La cuestión decolonial requiere de un desarrollo especializado que se empieza a afrontar más adelante en este texto.

Estas breves reflexiones introductorias permiten caracterizar los actuales desafíos e implicancias de un pensamiento crítico de salud en el tránsito del siglo XXI (Basile, 2024a; 2022):

- *Descolonizar las teorías, políticas y prácticas sanitarias de la episteme moderna colonial.*
- *Profundizar la complejidad y transdisciplinariedad en salud.*
- *Reconocer y conocer las epistemologías del Vivir bien/Buen vivir sin frivolarlas.*
- *Comprender y aplicar pensamiento crítico y geopolítica de la Salud desde el Sur.*
- *Producir un conocimiento situado para la liberación (Dussel, 2016, 2020).*
- *Asumir compromiso e implicación territorial y sociocultural para la soberanía sanitaria.*

Por ello, es necesaria una recuperación de la dimensión genealógica y geopolítica de la misma ciencia crítica en salud desde el Sur y de las epistemologías de vivir bien/buen vivir como producciones humanas (presentes a lo largo de las historias culturales y civilizatorias de toda la humanidad), y no situarse como simplemente

apéndices, complementos o incluso corrientes contrahegemónicas *del desarrollo* del conocimiento moderno-occidental en salud.

La práctica crítica en el campo de la salud forma parte del conjunto de prácticas que promueven en el mismo tiempo histórico y en diferentes escalas de intervención:

- desde la soberanía sanitaria regional, como estrategia sobre procesos condicionantes globales (determinaciones internacionales y regionales de la salud);
- al mismo tiempo, abarca también un conjunto interconectado de prácticas técnicas, metodológicas, político-sanitarias desarrolladas en el ámbito académico, en las organizaciones y sistemas de salud, en la gestión y gobierno, en las instituciones de investigación, como por supuesto en los movimientos y territorios populares, vinculados con nuevas articulaciones y aportaciones claves que sustentan una vitalidad del pensamiento crítico en salud desde el Sur para el siglo XXI.

La posibilidad de redimensionar el objeto de estudio de la salud desde el Sur en el trabajo, las prácticas y las políticas sanitarias reabren alternativas metodológicas y técnicas para pensar y actuar en el campo sanitario.

Es decir, una escuela de pensamiento, investigación, formación, acción y práctica crítica en salud desde el Sur no se sustenta ni presenta como una *iglesia* político-sanitaria, en una especie de devoción a un cerrado marco referencial teórico-metodológico particular o a la personificación del conocimiento crítico en unas referencias individuales o en nombres de un académico u académica, o simplemente a la repetición de consignas identitarias como significantes vacíos.

Todo lo contrario. Las implicancias y desafíos parecieran ser más densos, meticulosos, artesanales, profundos, no siendo un problema de modelos y modelajes ni de conceptos totalizantes, sino de cómo pensamos, producimos conocimiento y actuamos fundamentando un campo de prácticas y saberes en salud desde y para el Sur.

Tomando aportes de Enrique Dussel (2020), el pensamiento crítico latinoamericano caribeño implica recuperar la ciencia de las culturas de la mayoría de la humanidad excluidas por la modernidad y por la globalización (neo)liberal, donde se preservan una inmensa capacidad y cantidad de invenciones culturales/saberes y sistemas de conocimientos sanitarios y socioambientales necesarios para la propia sobrevivencia futura de la humanidad, para una nueva definición de la relación humanidad-naturaleza, desde el punto de vista ecológico, desde el punto de vista de relaciones interhumanas basadas en un cuidado integral de la salud y la comunidad de vida (Colmenares, 2022).

Es un punto de arranque para pensar una ciencia crítica en salud, exteriorizada de esta modernidad científica de la civilización occidental que está en crisis en su seno, pero que busca mantener sus presupuestos de universalidad y globalización.

Consiguientemente, las instituciones académicas y de servicios en el campo de la salud no pueden ignorar el movimiento que se engendra en torno de una nueva práctica de pensamiento crítico latinoamericano en salud; necesita de nuevos actores institucionales, de nuevas generaciones de salubristas, de redes y plataformas regionales y nacionales capaces de cumplir diferentes roles y actuaciones en este siglo XXI.

Este pensamiento crítico en salud desde el Sur se consolida como campo científico crítico decolonial y de prácticas entre las múltiples articulaciones e intersecciones de las teorías críticas de las ciencias sociales y ciencias de la salud, pero con la incorporación fundante del encuentro epistémico con el pensamiento crítico latinoamericano caribeño y las filosofías del Sur (Dussel, 2016).

Siempre abierto a la incorporación de propuestas innovadoras como a nutrirse de los sistemas de conocimientos del Abya Yala, partiendo de reconocer la existencia de múltiples marcos geoculturales y corrientes político-sanitarias, desde donde poder articular este ejercicio y práctica.

Sencillamente, más tolerante a formas aproximadas de intersecciones e innovaciones que trae, subrayando la naturaleza no lineal de su producción

o la imprecisión (o borrosidad) de sus límites epistémicos teóricos como de prácticas hacia una salud desde el Sur.

Gráfico 3. Intersecciones y articulaciones en el pensamiento crítico latinoamericano caribeño en Salud desde el Sur



Fuente: Elaboración propia.

Por todo lo descrito, esta opción epistémico-ética habla de la necesidad crucial de la reinención de la educación político-sanitaria para el contexto situado de Latinoamérica y el Caribe.

Este acontecimiento de existencia de una búsqueda de giro epistémico es tan fuerte, que tiene que transformarse, renovarse, aproximarse a un nuevo marco categorial.

Que interpela no sólo la racionalidad, sino el sentir y pensar la salud en el siglo XXI.

Es una convergencia de procesos geopolíticos, teóricos y prácticos que precisan ser enlazados, imbricados, tejidos en nuevas tramas para comprender los fundamentos del giro epistemológico en la salud desde el Sur (Basile, 2022, 2024a).

Articulación de saberes y conocimientos hacia nuevas prácticas en Salud desde el Sur

La formación tradicional basada en una educación político-sanitaria desde el paradigma salubrista

imperante, en la práctica fue reducido a explicaciones del proceso salud enfermedad a determinantes sociales aislados, a intervenciones de salud pública funcionalistas, al control vertical de programas y vigilancia epidemiológica, los cuales se incorporaron al discurso sanitario normativo funcionalista como una especie de *hashtag* repetido una y otra vez en calidad de listado de factores de riesgo, o al mandato instrumental de aprender y gestionar unas funciones esenciales de la salud pública para producir una gobernabilidad mitigatoria de riesgos sobre estos determinantes, entre otras prácticas extendidas y repetidas.

Dichos marcos de comprensión enlatados terminan proponiendo políticas, estrategias e intervenciones centradas en la atención de individuos aislados y poblaciones afectadas por el daño y sus estilos de vida a nivel singular, en la vigilancia de enfermedades notificables por variables de lugar-tiempo-persona, en un abordaje de comportamientos de riesgo, en una lógica hiper conductista de transferencia de responsabilidades al sujeto/comunidad.

O bien, en los mentados programas de salud pública focalizados intersectorialmente sobre fragmentos de determinantes sociales que en realidad son trabajados como riesgos causales desconectados y de forma separada del proceso de determinación de la salud y vida. Por ejemplo: agua, saneamiento, vivienda, trabajo, entre otros.

Por el contrario, la invitación a aproximarse y vincularse con un ejercicio de pensamiento crítico en salud impone el reto de familiarizarse e interconectar variedad de enfoques epistémicos, teóricos y metodológicos que proceden de las teorías e investigación social latinoamericana caribeña, del pensamiento crítico decolonial del Sur global, de las ciencias de salud y ciencias de la complejidad como de otras epistemologías de conocimientos, en un necesario rediseño de un *ecosistema y comunidad* epistémica sanitaria en el Sur para el siglo XXI. Aunque es fuerte todavía el peso de la tradición de las separaciones académicas y fraccionamiento disciplinarios en salud heredados de la cosmovisión liberal moderna de Occidente.

Hay conocimientos, técnicas y métodos articulados que fueron excluidos del saber-hacer en el campo de la salud y específicamente de la salud pública en el Sur. Entonces, el marco referencial de conocimientos que aproximamos para nutrir, envolver y densificar al pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur se vincula con un esfuerzo de articulaciones y de conectar aportaciones existentes, nutrirse de pensadoras/es del Sur como de nuevas actualizaciones:

- *Aportes de la teoría social latinoamericana caribeña* (Freire, 1985; 2014; Fals Borda, 1990; Torres et al., 2020; Beigel, Falero y Kohan, 2006; Vélez, 2019).
- *Aportes del pensamiento decolonial latinoamericano caribeño* (Césaire, 2023; Cox, 1945; Fanon, 2008, 2020; Dussel, 2016, 2020; Castro Gómez, 2000; Grosfoguel, 2006; Lugones, 2010; Mignolo, 1998; Lander, 2001; Walsh, 2008; Echeverría, 2014; Bautista, 2014).
- *Aportes de los feminismos decoloniales, negros y comunitarios como claves interseccionales para pensar y actuar en la salud de las mujeres y territorios del Abya Yala* (Lugones, 2008; Curiel, 2007; González, 1988; Espinosa Miñoso, 2014; Paredes, 2015; Muñoz Ochoa, 2019; Viveros Vigoya, 2016; Santos Madrigal, 2024).
- *Aportes del pensamiento complejo y ciencias de la complejidad* (Prigogine, 1997; Delgado y Sotolongo, 2006; Delgado, 2023; Almeida Filho, 2006; Hinkelammert, 2008; 2019).
- *Aportes de las ciencias sociales y humanidades en salud* (Segrera, 2000; González Casanova, 2004, 2020; Lander, 2001).
- *Aportes de la geografía y epidemiología crítica* (Breilh, 1998, 2006, 2023; Santos, 1996, 2000, 2022; León, 2016; Iñiguez, 2018; Almeida Filho, 2020, Feo Isturiz, 2024a).
- *Aportes del pensamiento y geopolítica de la Salud desde el Sur articulada al giro decolonial, la revisión de la teoría de la dependencia y la teoría*

de la autonomía regional hacia la estrategia de soberanía sanitaria (Basile, 2018; 2022; 2023, 2024a).

- *Aportes de las epistemologías de Estudios Críticos para la Refundación de los Sistemas de Salud para la descolonización de teorías, políticas y prácticas en sistemas sanitarios* (Basile, 2020a; Basile y Hernández, 2021; Basile y Feo, 2022b, Basile 2024, Basile 2024b, Feo y Basile, 2024).
- *Aportes en la reinención de la educación política sanitaria para el Siglo XXI como en el campo de escuelas de gestión y gobierno en salud desde el Sur* (Matus, 1987, 2007; Sousa Campos, 2021).
- *Aportes de la Salud Socioambiental y las intersecciones con la ecología política latinoamericana hacia una epidemiología crítica de los extractivismos* (Solíz, 2016, Feo, 2024b).
- Otros sistemas de conocimientos sanitarios nacidos de las epistemologías del Abya Yala.

En todo Abya Yala existe un intenso proceso de entrar y salir de la academia que está permitiendo la renovación, actualización, revisión del denominado pensamiento crítico en salud y su articulación más virtuosa y efectiva con los saberes y prácticas populares, comunitarias y colectivas en salud desde el Sur.

Es decir, el pensamiento crítico en salud implica asumir un dentro y fuera de las universidades occidentalizadas –que son sistemas de conocimientos y sistemas de desconocimientos– en una esfera pública ampliada e intercultural.

De alguna manera, las universidades occidentalizadas son espacios de institucionalización reconocidos como espacios de producción de conocimiento, aun siendo sistemas cerrados o monoculturales que no permiten observar el carácter incompleto del conocimiento. Este movimiento operacional es pragmático, de un a ciencia crítica aplicada.

Nos obliga este pensamiento crítico latinoamericano al (re)conocimiento que las teorías no alcanzan; la ciencia social en salud no basta, la

universidad y la academia no bastan para comprender el sistema mundo contemporáneo, sus determinaciones internacionales de la salud, los problemas de salud en nuestras comunidades, las geopolíticas y los territorios de cuidado integral e intercultural de la salud y la vida (Feo, 2024).

El pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud es una recombinación original de trayectorias y de ideas preexistentes, con nuevas aportaciones, articulaciones, revisiones y ejercicios de pensar y hacer salud desde el Sur para el siglo XXI.

Requiere de cambios institucionales, organizacionales y formativos que permitan un mayor fortalecimiento de este campo transdisciplinario en las escuelas de salud pública, redes de posgrados, centros de formación, otros.

Aquellos que producen afuera de las universidades y academias, que tanto acumularon en términos de conocimiento, que tienen movimientos y organizaciones populares sólidas y prestigiosas, editoriales poderosas, espacios importantes de circulación del conocimiento y renovación son un gran ejemplo de prácticas de un nuevo saber hacer.

Una última referencia es que el pensamiento crítico en Latinoamérica y el Caribe fue y es desarrollado principalmente por mujeres negras, indígenas, populares luchadoras y académicas que teorizan y accionan frente a los sistemas de opresiones, quienes, sin embargo, no fueron plenamente reconocidas dentro de las estructuras patriarcales y por los feminismos *eurocentrados* de divulgación del conocimiento, por lo que la difusión de sus obras y producciones no están tan extendidas ni desde las instituciones académicas ni desde los movimientos político sanitarios, a pesar de su presencia constante en los movimientos populares y su quehacer en procesos académicos críticos y editoriales de la región.

Es apenas en años recientes cuando este pensamiento –por ejemplo– en los feminismos decoloniales, negros, comunitarios comienza a ser visible y articularse a la salud desde el Sur.

Los mismos feminismos occidentales modernos no reconocen la creación de conocimiento en las luchas por la vida y el territorio, ni en la tradición

oral con que estos conocimientos sobrevivieron por generaciones en comunidades, pueblos y territorios.

En este sentido, una ciencia y academia crítica en salud desde el Sur debiera poder recuperar cierta humildad y abandonar los monólogos donde el/la salubrista crítico se auto-percibe y presenta al mismo tiempo como academia, también gestión y gobierno; habla en nombre de movimientos sociales sanitarios y habla tanto del Estado moderno y la tecnología gubernamental de la salud pública, que se olvida de las comunidades, de los territorios, de lo colectivo. Esa denominada *todoología* –el creer y querer ser “todo”– se transformó en un gran muro para que surjan nuevas voces, nuevas generaciones, nuevas trayectorias en la academia crítica en salud.

Un deslumbramiento con el poder institucionalizado del gobierno del Estado, considerando que el poder instituyente en el campo de la salud está alojado en los Ministerios, Hospitales o en los servicios profesionales de salud o en nombres propios, fue creando un cerrojo epistémico y sesgos en múltiples corrientes críticas eurocentradas de salud, especialmente del siglo XX en Latinoamérica y el Caribe. Hay una frase repetida como aprendizaje: ingresaron a transformar el Estado, y el Estado las y los transformo a ellos.

Enunciar brevemente algunos de estos nudos críticos como desafíos resulta un ejercicio necesario:

1. ¿Es necesario descolonizar o construir teoría(s) crítica(s) en salud en Latinoamérica y el Caribe para el siglo XXI?
2. ¿La medicina social panamericana y salud colectiva reproducen *colonialidad y dependencia* con geopolíticas de poder, del saber y del conocimiento en salud en su propia genealogía, enunciación, marcos teóricos y de políticas sanitarias en el siglo XXI?
3. ¿Cómo pensar en un marco categorial propio, cuando la raíz epistemológica del pensamiento latinoamericano y caribeño en salud es eurocéntrico panamericano?
4. ¿Cuáles son los desafíos geopolíticos operacionales para la soberanía sanitaria regional en el camino a romper con la visión

moderna/occidental del panamericanismo sanitario y salud global liberal?

5. ¿Acaso la realidad epidemiológico sanitaria múltiple requiere que reestructuremos nuestras teorías y metodologías para el cuidado integral de la salud y vivir bien?
6. ¿En qué sentido los estudios sobre complejidad y el fin de las certidumbres nos fuerzan a reinventar la educación político-sanitaria y la investigación transdisciplinaria en salud?
7. ¿Qué epidemiología necesitamos, para qué comunidades, demografías, territorios y bajo qué estrategias metodológicas de monitoreo y acción sanitaria?
8. ¿Qué implicancias trae la descolonización de los estudios de “género y salud”? ¿Qué nutren los feminismos decoloniales, comunitarios y negros en la construcción de monitoreos interseccionales y envolventes de la salud y la vida?
9. ¿Por qué la refundación de los sistemas de salud para el siglo XXI parten de un repensar categorial de las teorías y políticas sanitarias?
10. ¿Qué relaciones (re)conocemos entre la aceleración extractivista articulada a los sacrificios del desarrollo nacional en las vigentes crisis epidemiológicas en la región? ¿Hay una salud socioambiental que sea articulada a la ecología política latinoamericana para superar este medioambientalismo sanitario del desarrollo?
11. ¿El pensamiento científico moderno en salud es una farsa y decepción universalista o tiene aportaciones y sistemas de conocimientos necesarios a ser revisados, reorganizados y considerados?
12. ¿Es necesario revisar el discurso universalista y abstracto eurocéntrico de derechos humanos y en particular del derecho a la salud?
13. ¿La(s) teoría(s) crítica(s) latinoamericana(s) caribeña(s) en salud hoy tendría(n) que proveer de salidas ante la realidad compleja sanitaria, epidemiológica y socioambiental del Sur?

Puntos de partida hacia la Salud desde el Sur

El pensamiento crítico de la salud desde el Sur como campo epistémico, geopolítico, de conocimiento, de metodología y acción sanitaria requiere de varias especificidades en sus escalas de observación y temporalidad como en las unidades

de análisis en uso para responder a los complejos contextos epidemiológicos, socioambientales y político-sanitarios en y para Latinoamérica y el Caribe. Pensar la salud desde el Sur puede contar con cuatro puntos de partida como grandes flujos y rupturas (Bautista, 2014):

1. *Flujo epistémico*. El giro decolonial y la descolonización en campo de la salud.
2. *Flujo geopolítico*. La estrategia de soberanía sanitaria.
3. *Flujo del marco categorial*. ¿Por qué una Salud desde el Sur requiere nuevas categorías?
4. *Flujo ético político* de una acción sanitaria innovadora. Producir prácticas que no sólo impliquen resistir o crítica sistemática o producir contrahegemonía, sino alternativas.

Las perspectivas del saber, el conocimiento, la metodología, la construcción de pensamiento crítico, lejos de ser un exquisito asunto propio de especialistas en epistemología o de discusiones académicas, es una cuestión de medular importancia político sanitaria, de gestión y gobierno como de investigación en la medida en que las formas hegemónicas del conocimiento científico moderno en salud operaron como eficaces artefactos de legitimación y naturalización de la jerarquización del poder y del saber sanitario sobre nuestras sociedades, comunidades, territorios y pueblos del Sur. Al mismo tiempo que reprodujeron asimetrías coloniales, sociales, raciales y geopolíticas sanitarias que prevalecen intactas hasta nuestros días (Lander, 2001).

El flujo o ruptura epistémica se basa en un *giro descolonial* (Maldonado Torres, 2008), en la descolonización del saber-hacer en salud; entonces, implica la des-universalización de las formas coloniales del campo político sanitario, de la salud como asunto colonial a la salud pública internacional hasta la contemporánea vigente salud global (Basile, 2018; 2024a).

La descolonización ante el universalismo científico moderno en salud es progresivamente un asunto que adquiere relevancia latinoamericana caribeña, ya que aún tiene implicancias desde la imposición de la clasificación de enfermedades globales y el tipo de vigilancia epidemiológica que se implementa en la región, las reglamentaciones

sanitarias internacionales entre una *enfermología colonial* a las basadas en la *seguridad sanitaria global* del Norte, la importación de modelos y políticas de reformas a los sistemas de salud y protección social, la implantación de modelajes gerenciales hospitalarios y de funcionalización de los programas de salud pública, las dependencias al complejo médico industrial farmacéutico, las lógicas que permean las respuestas a las emergencias de salud pública, la modalidad de formación y educación en salud pública con su profesionalización y estandarización, las agendas globales que determinan internacionalmente prioridades y políticas sanitarias, entre otras.

Partir de la reflexión-acción de Salud desde el Sur surge como una opción epistémico-geopolítico situada, y no como expresión de una nueva moda asociada con los estudios postcoloniales que de forma confusa actualmente asumen programas de posgrados de salud pública, de salud colectiva, de salud global y escuelas de medicina en academias del Norte global (y también en escuelas y programas de posgrado en Latinoamérica).

En general, estos programas asumen *lo postcolonial* de una forma estática, superficial, simplemente adicionando voces oprimidas (negros, indígenas, mujeres, otros) sin revisar ni modificar en lo más mínimo los fundamentos epistémicos de la propia trayectoria, teorías, políticas y prácticas de la salud global, la salud pública, entre otras.

Cuando este artículo refiere a *lo postcolonial*, implica identificar a los *estudios culturales* que tuvieron y tienen aún un inmenso auge en las universidades y centros académicos del Norte global, en especial en el mundo anglosajón.

Desde la conferencia de Bandung en 1955 en Indonesia, un contexto global entre el proceso de independencia de India del imperio británico, como a su vez el proceso de descolonización tardía en África y Asia, incluso, con surgimiento de los nacionalismos del Tercer Mundo en medio de posicionamientos de Guerra Fría (Movimientos de No Alineados), la epistemología y enfoque postcolonial centralmente se identificó con:

- Lo colonial y la colonización como una cronología de una experiencia del pasado.

- El éxodo masivo de migrantes a los países centrales industrializados del Norte, que en algunos casos se insertan a sus academias.
- Surgimiento como “categoría”, como concepto y perspectiva en sentido epistemológico de lo postcolonial.
- Surgimiento de teorías postcoloniales durante década de 1980, especialmente en Gran Bretaña y Estados Unidos.
- Referencias en textos claves: “Orientalismo palestino”, de Edward Said (1990).
- Lo postcolonial muy ligado al giro lingüístico y a los programas lingüísticos y de estudios culturales en las academias del Norte global.
- Este enfoque es el que se articula y utiliza actualmente tanto en los programas de salud global liberal (Basile, 2018, 2022) como en la salud colectiva brasileña (Basile, 2024a).

Según el jamaicano Stuart Hall (2008) el pensamiento poscolonial permite:

[...] (re)significar y (re)elaborar las conceptualizaciones de la pedagogía de la liberación ya que asume el después de lo colonial, yendo más allá del modernismo y posmodernismo, en tanto clausura de un evento (la colonialización) pero más allá de él en una dimensión temporal y crítica, en tensión entre lo cronológico y lo epistemológico [...].

A diferencia de esta concepción, **la descolonización y lo decolonial** están firmemente enraizado en las tradiciones intelectuales críticas latinoamericanas caribeñas a las cuales se hace referencia en este artículo.

En primer lugar, Latinoamérica y el Caribe es desde donde se formularon muchos de los aportes centrales de estos debates y aprendizajes, basados primordialmente en la incesante lucha anticolonial de las naciones del Abya Yala.

En segundo lugar, lo colonial no es simplemente una experiencia del pasado, de la historia. La *colonialidad* es identificada por Quijano (2000) como el sistema clasificatorio basado en un patrón de poder que instauraron y naturalizaron los

órdenes jerárquicos superior-inferior de humanidad que trae la conquista y colonización, que se le dan apariencias naturales y que se mantienen vivos como asimetrías de una diferencia colonial tanto en lo racial, en lo geopolítico (Norte-Sur), en la producción de conocimiento y la ciencia, en la división internacional del trabajo, de la naturaleza, entre otras nuevas jerarquizaciones del sistema mundo actual.

En tercer lugar, se parte del supuesto de que los procesos de descolonización de este imaginario y del conocimiento requieren un doble movimiento, la crítica epistemológica a los saberes dominantes emanados del pensamiento científico moderno como la producción de alternativas prioritariamente desde el Sur.

Este proceso de colonialidad va asociado al despojo y negación de identidades y sistemas de saberes históricos como de producción de conocimientos de las comunidades, pueblos, naciones: negros, indígenas-originales, mujeres, diversidades en general del Sur global.

Esto implicó la instalación que las coordenadas geopolíticas del saber son siempre externas, que vienen de fuera –del Norte global– (Dussel, 2016).

Lo decolonial, entonces, para este texto, caracteriza desde las coordenadas referidas a:

- *Implicancias de la colonización del Abya Yala (en 1492) y la invención de “América” que se constituyó como el primer espacio/tiempo de un nuevo patrón de poder mundial, como la primera identidad de la modernidad.*
- *Articulación engranajes del capitalismo-colonialismo-modernidad-patriarcado de un sistema mundo moderno/colonial que tiene vigencia y produce dependencias.*
- *Colonialidad: hace invisible y natural de los órdenes jerárquicos coloniales de la modernidad de Occidente.*
- *No busca descolonizar lo establecido ni una complementariedad con el pensamiento científico moderno, sino impulsar unas epistemologías y prácticas alternativas.*

Antecedentes:

- Luchas negras e indígenas ancestrales y contemporáneas.
- Teorías y pensamiento críticos latinoamericano caribeño: teoría de la dependencia – teoría de la liberación – educación popular – neomarxismos – feminismos decoloniales, negros, comunitarios, críticos –
- Guamán Poma (Andino)/ Jean-Jacques Dessalines/ Franz Fanon / Aimé Césaire.

Maldonado Torres (2008) plantea así que el giro decolonial o giros decoloniales como:

El concepto de giro descolonial y su plural, giros descoloniales, se refieren a un cambio en las coordenadas del pensamiento a partir de los cuales se concibe a la modernidad como íntimamente, si no constitutivamente, ligada a la producción de múltiples relaciones de carácter colonial, y a la descolonización como proyecto u horizonte posible de cambio. El fundamento del pensamiento descolonizador y del giro descolonial mismo reside en el surgimiento de un nuevo tipo de sujeto.

Esta discusión de descolonización y giro decolonial permite al campo del pensamiento crítico en salud desde el Sur poner en revisión crítica y superación las pretensiones universales de la historia occidental de las ciencias médicas, de la epidemiología y de los conocimientos científicos modernos en salud que se repiten en el Sur.

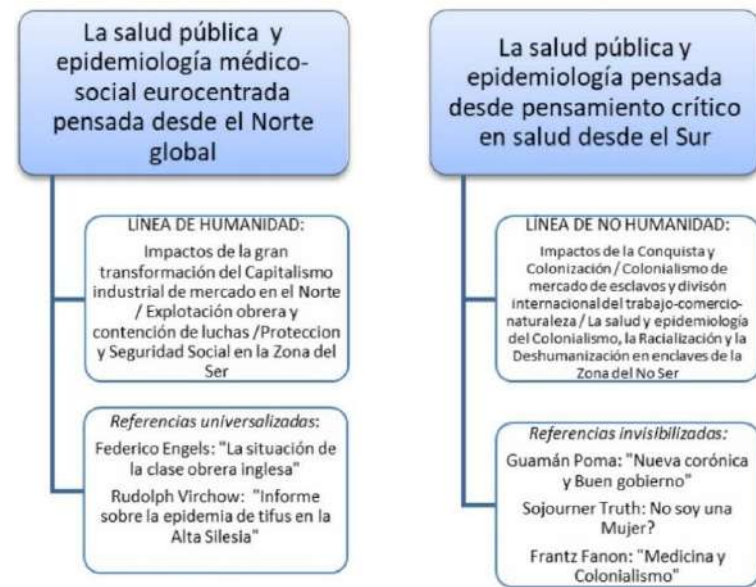
La polémica sobre rasgos esenciales de una epidemiología de la modernidad capitalista; las condiciones históricas del surgimiento de los saberes modernos de salud pública que surgieron del proceso de la constitución del sistema-mundo moderno/colonial de la salud como asunto colonial de control de enfermedades y del comercio transatlántico del coloniaje a una salud global neoliberal; la separación jerárquica entre los saberes abstractos, científicos, formales y los saberes locales y/o tradicionales inferiorizados.

Hay evidentes y significativas diferencias entre visualizar y comprender la salud y epidemiología desde el Norte global y desde el Sur.

Realizar una simple ruptura geopolítica epistémica marca grandes diferencias entre una concepción de

salud pública y médico social eurocéntrica de un pensamiento latinoamericano caribeño en salud desde el Sur.

Gráfica 4. *Geopolítica epistémica de la salud y epidemiología desde el Norte y desde el Sur*



Fuente: Elaboración propia en base (Breilh 2023; Feo, 2024a).

¿Determinación social o Determinación racial-colonial de la salud y la vida en el Sur?

Desde Rudolph Virchow, con el "Informe sobre la epidemia de tifus en la Alta Silesia", bajo las ideas sobre las causas sociales de la enfermedad, la discusión dicotómica con Louis Pasteur sobre las causas biológicas de las enfermedades, o bien las referencias sobre la "La situación de la clase obrera en Inglaterra", en 1844, de Federico Engels (Waitzkin, 1981); múltiples referencias de estudio y comprensión de la salud pública y la epidemiología en Latinoamérica y el Caribe giraron alrededor de realidades y referencias eurocentradas.

Sin duda, se puede aprender de estas experiencias, sin dejar de tener en cuenta que fueron y siguen siendo un pensamiento sanitario de otra realidad, otros contextos y situaciones (Dussel, 2016). Como lo explica Enrique Dussel (2016), esta es una falacia de *desubicuidad*, de desubicación político-sanitaria: tomar el espacio o el mundo de otra cultura como el propio. Un espacio y tiempo que aún se mantiene con tesis del Norte global.

Es decir, a partir de los fundamentos de este tipo de referencias del pensamiento social eurocentrado se

produjo una universalización de las relaciones sociales productivas y reproductivas situadas en la propia constitución de la sociedad “moderna” en las dinámicas del capitalismo del Centro global.

Estas relaciones sociales productivas y reproductivas se utilizaron y en muchos casos son el fundamento epistémico de múltiples marcos de comprensión de lo “social” en el campo de la salud y enfermedades, de los estudios sociales en salud y de la epidemiología en el Sur (Basile, 2024a).

Esta espacialidad y temporalidad implican mantener incluso en el siglo XXI una subjetividad epistémica sanitaria adecuada a ese tiempo y espacialidad moderna colonial.

Mientras ocurría esto en las transiciones y transformaciones del Norte global que se toman como referencias universales para la epidemiología y salud pública, los territorios coloniales del Sur atravesaron absolutamente otros contextos y realidades: la conquista, colonización y colonialismo bajo una epidemiología de la *racialización y deshumanización colonial*, donde ya para el 1600, el propio indígena Felipe Guamán Poma (1987) realiza la más larga crítica sostenida sobre el dominio colonial español, producido por un súbdito durante el período colonial, relatando las condiciones de deshumanización, sufrimiento y defunciones en el proceso colonial.

Grosfoguel (2022), cuando explica lo racial-colonial describe:

“Aun cuando la palabra «raza» no era usada en la época, el debate sobre si se tenía alma o no, o sobre si era justificado esclavizarlos o no, ya era un debate racista en el sentido empleado por el racismo científico en el siglo XIX. El debate teológico del siglo XVI sobre si se tenía alma o no, o sobre la justeza de la conquista tuvo la misma connotación de los debates científicas del siglo XIX sobre si se tenía la constitución biológica humana o no. Ambos fueron debates sobre la humanidad o la animalidad de los «otros» articulados por el discurso racista institucional de Estado de la monarquía cristiana castellana en el siglo XVI o de los Estados naciones imperiales europeo-occidentales en el siglo XIX. Estas lógicas racistas institucionales de «no tener alma» en el

siglo XVI o «no tener la biología humana» en el siglo XIX devinieron el principio organizador de la división internacional del trabajo y la acumulación capitalista a escala mundial”.

“*Lo social*” fue producido y determinado por las relaciones y órdenes jerárquicos constitutivamente racial-colonial. Por eso lo biológico y lo social fueron determinados y condicionados por lo racial-colonial en la región latinoamericana caribeña. Nunca fue a la inversa (Basile, 2024a).

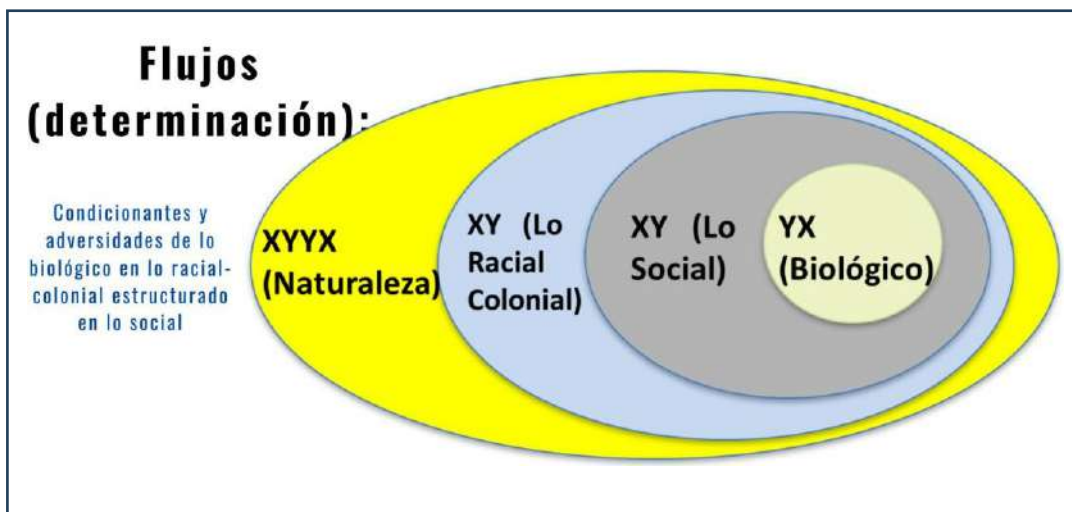
Algunas investigaciones marcan que el proceso de colonización significó una mortalidad de millones en Latinoamérica y el Caribe como en Las Antillas tanto de las poblaciones indígenas-origenarias como posteriormente del tráfico de esclavos desde África, con perfiles de defunciones por homicidios directos del genocidio, epidemias a través del traslado de patologías europeas a la región del Abya Yala, la explotación deshumanizada del trabajo esclavo, entre otras causas de defunciones poco o nada estudiadas en el Sur (Crosby, 1988).

Fanon (2022) en la obra “A dying colonialism” también explica en “Medicina y Colonialismo” cómo la ciencia biomédica occidental era parte constitutiva del sistema opresivo del colonialismo, donde el médico de los ejércitos coloniales cumple un rol clave, incluso realizando ensayos experimentales sobre los cuerpos esclavizados -no humanos- y luego colonizados.

¿Puede el pensamiento crítico latinoamericano en salud en el Sur seguir asumiendo como propias o simplemente repitiendo referencias eurocentradas exclusivas de un pensamiento médico-social de Virchow a Chadwick, de Engels a Berlinguer?

Tesis construidas sobre dinámicas poblacionales, de humanidad, ambientales, sanitarias y socioculturales de realidades situadas en el Norte o Centro global, ajenas complemente las determinaciones de la salud en las periferias.

Gráfica 5– Determinación racial-colonial en salud



Fuente: Elaboración propia

Este simple ejemplo resume el dominio sobre el lugar que aún ocupa y opera como un *dispositivo epistemológico* profundo el eurocentrismo en la construcción de teoría y estudios sociales en salud que aún se reproducen en las academias en el Sur.

Las posibilidades de comprender, estudiar y conocer las *determinaciones de la salud* como flujos de complejidad e influencias recíprocas e interconexiones que tienen su fuente en la vida del sujeto, la comunidad de vida y la naturaleza como un todo animado (viviente y no viviente), en la medida en que cada uno se afirma en su relación con su otro por fuera del antropocentrismo, produce otras aproximaciones de comprensión y actuación.

Enfocar, entonces, un ensamble epistémico e intercultural sobre los grupos humanos como organizaciones heterogéneas y contingentes, con identidades, condicionantes, culturas, sistemas de conocimientos, territorios y territorialidades en sus historias de vida situadas, significa salirse del método científico moderno de simplificación y descomposición del todo por partes, para luego hacer sumatorias para explicar el todo (Feo et al., 2022; Feo, 2024a).

Según la epidemiología crítica (Breilh, 2023, Feo, 2024a), las condiciones materiales de existencia, interseccionando con las opresiones clasistas sexistas racistas que se (re)producen en el sistema-mundo colonial actual, condicionan los procesos de la vida de forma protectora o destructiva; por tal

razón, se resalta la importancia de comprender estas condiciones históricas de producción y reproducción sociocultural, las cuales configuran, en última instancia, los perfiles de salud-enfermedad-cuidado del pueblo, la comunidad o la sociedad como categorías de lo colectivo y común.

La deshumanizante exclusión social, racialización y acelerada destrucción ecológica civilizatoria son la marca característica del capitalismo extractivo financiero cognitivo del siglo XXI y la principal dimensión estructurante de crecientes crisis epidemiológicas contemporáneas (Basile y Rivera Díaz, 2022).

Lo biológico, lo social, lo racial-colonial, lo natural no son dimensiones excluyentes ni contradictorias, sino procesos que se concatenaron, entrelazaron y mantienen imbricaciones. En la determinación de lo biológico por lo social y lo social con lo racial-colonial en su relación con la espiritualidad y la naturaleza. Lo biológico tiene vida propia y sus leyes y principios, pero está condicionado a lo social, lo racial-colonial y lo natural, que constituyen un plano de determinación general de nivel superior. La conexión entre lo natural, lo biológico y lo social/racial-colonial no se reduce a un vínculo externo como un factor, a algo natural o catastrófico, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento antes descrito (Breilh, 2023; Feo, 2024a).

Estas determinaciones son en realidad adversidades, condicionantes, subordinaciones

cuasi estructuradas, pero nunca son deterministas mecánicamente (Minayo, 2021).

El **flujo o ruptura geopolítica** no sólo se ocupa de las transiciones entre la salud como asunto colonial e internacional, sino de la ubicación geopolítica entendida como una proyección espacial de las relaciones de poder que inciden, impactan, condicionan, se reproducen en el campo de la salud y la vida en el Sur. Hay que recordar que la salud se da en distintos niveles y escalas de comprensión, escalas espaciales y temporales de estudio y actuación (Basile, 2018; 2023).

Latinoamérica y el Caribe se encuentran atravesadas por una geopolítica de la dependencia de los “ismos” sanitarios: *el desarrollismo, el panamericanismo y el neoliberalismo* (Basile, 2023). Esta dependencia sanitaria también tiene procesos internos en el Sur, que reproducen y naturalizan las lógicas asumidas como universales del Norte o Centro global.

Como ya se describe en este texto, la *doctrina panamericana* como su actualización postmoderna contemporánea denominada *salud global* fueron y son procesos estructurantes de una colonialidad del poder y del conocimiento sanitario en la región (Basile, 2020b), que resulta primordial identificar para comprender las relaciones entre salud y geopolítica con sus derivados impactos en dependencias epistémico-teórica y técnico-política que no escaparon a la impronta de la teorización operacional de una salud internacional panamericana y salud global liberal que fueron moldeando a lo largo de todo el siglo XX e inicios del siglo XXI no tan sólo de forma enunciativa y discursiva al propio pensamiento en salud pública médico-social y la epidemiología regional, sino que, por décadas, construyeron un instrumental práctico que produce una legitimación de la agenda regional de la salud como de la implantación de una matriz de gestión y gobierno sanitario en el Sur.

Esta matriz geopolítica de operacionalización de teorías, mandatos, agendas globales y regionales condicionaron incluso intentos de procesos de integración regional en salud, obviamente condicionados por las determinaciones

internacionales y dependencias que operaron 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, 2023).

Para abrir **una ruptura geopolítica**, es necesario profundizar la comprensión de las *determinaciones internacionales de la salud*, que parten de cambiar escalas de observación y hacer visible los evidentes condicionantes y adversidades hacia una vida saludable en la periferia (Dos Santos, 2020).

El sistema-mundo vigente, globalización en crisis 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 y eurocentrado al capitalismo actual, como patrón de poder mundial (Mignolo y Walsh, 2002). El sistema mundo no es un “*sistema*” del mundo o un sistema mundial; se refiere a un sistema que se considera a sí mismo “el mundo”, el centro del mundo. Comprender esta escala espacial y temporal del sistema mundo contemporáneo, modifica radicalmente nuestros puntos de partida para pensar y hacer salud desde el Sur.

En gran medida, frente a un sistema global de reproducción de geopolíticas de poder y conocimiento se suelen aún hoy enunciar en el campo de la salud pública, la salud internacional o la epidemiología 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, entonces, se expresa en diferentes dimensiones y niveles. Este marco 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).

La ruptura geopolítica invita a abrir nuevas escalas de observación, problematizar la unidad de análisis, modificando las escalas espaciales como las escalas temporales para el estudio de eventos epidemiológicos, de las agendas y políticas sanitarias globales, interrogando si es válido continuar utilizando sólo los Estados-Nación, sus fronteras y el control de enfermedades, subestimando las relaciones de condicionantes, adversidades y dependencias sanitarias dentro del sistema mundo contemporáneo (Basile, 2018).

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. La soberanía sanitaria es una categoría y concepto, pero también opera como marco teórico de comprensión. Aunque, sobre todo, es una estrategia regional.

La soberanía sanitaria es una estrategia regional de flujos y movimientos en la articulación de distintos niveles espaciales. Conjuga y complementa la teoría de la dependencia de Dos Santos (2020) a los desafíos del siglo XXI y la teoría de la autonomía de Helio Jaguaribe (1979; 1986), abriendo una búsqueda de maximizar capacidades y espacios de autonomía en la toma de decisiones político-sanitarias en el contexto global imperante. Busca contrarrestar la geopolítica de lógicas hegemónicas teóricas y prácticas dominantes panamericanas y de salud global, donde quizás es una premisa sustancial ir construyendo en la búsqueda de una genuina formulación de marcos de comprensión, de pensamiento estratégico y construcción de gestión

para políticas, tránsitos y caminos basados en los propios actores, problemas situados, 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 los 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).

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 y soberanía sanitaria. 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 (Basile, 2023).

Soberanía sanitaria nació del pensamiento y acción 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 separado (Basile, 2023). Entonces, la ruptura geopolítica refiere al ejercicio de 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, entre otros.

En el tercer movimiento propuesto, el flujo o la ruptura categorial es el pasaje del concepto al marco categorial. ¿Acaso podemos solucionar los problemas de la humanidad con las mismas concepciones que los crearon?

A diferencia de las formas de crítica eurocéntricas que apuntaron a reemplazar conceptos inadecuados por otros «más verdaderos» o «más puros» o «más dicotómicos» (buenos y malos conceptos), o simplemente 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 modernas 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 y actuar» en su forma originaria y no reconstruida (Hall, 2008). 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). La línea que simplemente los critica permite, paradójicamente, que se los siga leyendo o utilizando.

Reinventando la pregunta de Juan José Bautista Segales (2014), ¿qué significa pensar y hacer ciencia crítica en salud desde el Sur? El pensamiento crítico de salud desde el Sur asume un lado activo del conocimiento crítico al transformar(nos) en “sujetos epistemológicos”. El problema no es demostrar que el pensamiento latinoamericano caribeño en salud es superior al eurocéntrico panamericano. No.

Tomando las aportaciones de Juan José Bautista Segales (2014) en su obra *¿Qué significa pensar desde América Latina?*, el problema es construir un marco categorial que permita entender y comprender en el plano de una **ciencia crítica en salud** la especificidad de los problemas sanitarios en la periferia, las dependencias y soberanía sanitaria, las opresiones epidemiológicas que impactan en la vida, las tecnologías de gestión y gobierno en los contextos adversos de colonialismo, exclusión, el sufrimiento y la racialización en los territorios y territorialidades latinoamericanas caribeñas, y para ello no basta (porque es insuficiente) el pensamiento, las teorías, metodologías, políticas de la ciencia moderna europea, porque nunca fue su problema responder a estos problemas, desafíos, contextos, comunidades de la vida en el Sur global.

El repensar categorial permite un ejercicio de cómo transformar, cambiar, rediscutir los lenguajes conceptuales, teórico-metodológicos para transformar, para cambiar no sólo en el plano epistémico, sino en el de *conocer-hacer*. Analizar los modos en los hemos pensado conocíamos el sistema mundo, en especial los modelos en que hemos pensado y creíamos conocer la salud y la epidemiología desde el Sur. Utilizando lentes del Norte o Centro global para comprender y entender el mundo, la vida, los problemas sanitarios, el campo de la salud, la epidemiología, las políticas.

Bautista Segales (2014) nos llama a construir otros marcos categoriales «desde» el que se pudiesen pensar con rigor, primero, nuestros problemas, luego, el Sur global y, finalmente, la modernidad en su conjunto, para rematar en otra visión de la humanidad «desde» la geopolítica de los oprimidos, condenados y negados de todos los sistemas totalizantes. Dussel (2016) lo llama una *ética de la liberación latinoamericana caribeña*.

[...] *La categoría «pensar categorial» alude a la intención epistémico-teórica que no se limita a copiar categorías o conceptos, sino que intenta hacer una incorporación problematizadora en un corpus categorial nuevo, esto es, como la realidad pensada con la anterior categoría no es la misma, por ello la intención epistémica deviene inevitablemente en una transformación del contenido anterior del concepto o la categoría, para que el nuevo contenido del concepto o categoría sea pertinente a la realidad tematizada* (Bautista, 2014, p. 21).

Apropiarse y reconocer un nuevo lenguaje, una nueva epistemología, pero especialmente de un nuevo marco categorial (conceptual y de categorías de estudio y comprensión) dinamiza los intentos prácticos y pragmáticos de pensar, estudiar, investigar, producir conocimiento de la salud desde el Sur. Asumir que los conocimientos son producciones humanas, donde otro marco categorial para pensar y hacer salud que no proceda en sentido estricto del eurocentrismo y panamericanismo moderno ni tenga a estos como presupuesto o fundamento, sino situado y contextualizado «desde» y «para» Latinoamérica y

el Caribe, para luego ampliarlo en una geopolítica Sur-Sur de construir un consistente marco categorial «desde» el cual cuestionar en serio y en reemplazo a la pretensión de universalidad de esa ciencia y pensamiento euro-panamericano-céntrico sanitario. Esa es la principal invitación, en la proposición de la ruptura categorial.

La propuesta de base de esta práctica es que los abordajes de complejidad, en los bordes y con suma especificidad, en general pueden ser capaces de producir nuevas tramas categoriales necesarias para comprender y actuar en salud, en epidemiología, en soberanía sanitaria, buscando desencadenar articulación de procesos de afrontamiento y superación de problemas sanitarios socioambientales dinámicos, complejos y contingentes actuales.

Múltiples grupos de estudio, de trabajo y producción de conocimiento crítico latinoamericano caribeño en salud proponen nuevas intersecciones de estudio y acción:

- La Salud desde el Sur y estrategia de Soberanía Sanitaria.
- Las nuevas tecnologías de gestión y gobierno para la Soberanía Sanitaria.
- Los Estudios Críticos para la refundación de los Sistemas de Salud.
- El Cuidado integral e intercultural de la Salud y Vivir bien.
- Salud socioambiental y epidemiología de los extractivismos.
- Epidemiología y geografía crítica.
- Feminismos decoloniales, negros, comunitarios para la salud y comunidad de vida.
- El Monitoreo interseccional en Salud y Comunidad de Vida.

Por último, la **ruptura ética de una nueva acción política sanitaria** implica reconfigurar una acción e implicación en salud y soberanía sanitaria que regenere la capacidad liberadora y transformadora desde la comunalidad, la reciprocidad y relacionalidad en una dinámica entre lo grupal-individual.

Partir de una cierta convergencia en que el conocimiento local tanto territorial-popular como técnico-político crítico funcionan como una

articulación de operaciones prácticas, situadas, como conocimientos aterrizados, más que como sistemas formales enlatados, universales y estandarizados sin contexto. Esto tiene implicaciones vitales para los debates en torno de la acción sanitaria. Ante las incertidumbres, implica pensar y actuar estratégicamente para tomar decisiones, decidirse por opciones diversas, en varias escalas territoriales e hilvanar envolventes procesos de acción en salud y soberanía sanitaria. La búsqueda de opciones metodológicas para sustentar una práctica de salud desde el Sur y cuidado integral e intercultural de la vida, ante las amenazas de las condiciones destructivas sociosanitarias, ambientales y civilizatorias de la modernidad contemporánea, es valorizar una acción político sanitaria que deje atrás las premisas totalizantes de verdades únicas, convoque a la cooperación y articulación de procesos *transmodernos* entre *academia / comunalidad / territorialidad / movimientos*, imbrique el respeto por todos los otros seres y sistemas de conocimientos, postule la regeneración continua de la vida y la tierra, reconozca la co-creación de un saber-hacer en salud para construir respuestas situadas a las propias realidades latinoamericana caribeñas, sus problemas, situaciones y desafíos.

Abrir un *giro decolonial* hacia una transición epistémica y metodológica para un accionar geopolítico y territorial de la salud en el Sur es también asumir unos tránsitos de cambios como aproximaciones operacionales y metodológicos para la acción:

- Escala de Observación (Territorio /Multi-territorialidad).
- Escala Temporal (Procesos – Sistema mundo).
- Multi-Escalas (Multi-escalaridad).
- En Unidad de Análisis/Comprensión (Comunidad de Vida).

Es clave comprender que el pensamiento crítico para una salud y epidemiología desde el Sur implica asumir en este propio giro epistémico y metodológico la cuestión espacial (espacialidad) y temporal (temporalidad) que nos remite a salirnos de sólo pensar y hacer desde la sociedad moderna-colonial, hacia otras escalas y comunidades de la vida. Esto significa revisar las tesis y categorías aún

repetidas basadas en las relaciones productivas-reproductivas, que estuvimos estudiando como “universales” en el Sur.

Para accionar y producir intervenciones en las intersecciones del territorio, la vida y la salud, se necesita de la epidemiología crítica y su encuentro con la geografía social y con la geografía crítica (Santos, 2022), considerando al territorio como espacio donde se desarrolla la vida y se construye socioculturalmente la salud, lo cual reconfigura el centro en el estudio de las determinaciones, de las comunidades de salud colectiva y humana. Aunque se reconoce la polisemia del territorio y su consideración político administrativo y administrativo sectorial, se pretende evidenciar y superar las limitaciones de esas concepciones administrativo-burocráticas del Estado (Weber, 1974).

Milton Santos (1985) aborda unos de los problemas principales de la geografía crítica: identificar la naturaleza del espacio y buscar las categorías de análisis que permitan estudiarlo. Así, el espacio vivido, el territorio usado en la teoría de Santos (2000) enriquece la conceptualización del “lugar” de la epidemiología tradicional, al incorporar categorías del espacio geográfico. Una mirada sucinta a los elementos del espacio que el autor definiese como “los hombres; el medio natural modificado; la producción, de bienes y servicios; de normas, órdenes, leyes; y las infraestructuras” evidencia la proximidad de este modelo a las múltiples determinaciones de la salud o de campos y comunidad de salud.

Por su parte, las categorías que formulase como los fijos y los flujos, dispuestos según una estructura, en permanente cambio –los procesos–, se convierten en soportes esenciales del estudio de las determinaciones espaciales de la salud y la vida (Santos, 1985).

La dinámica territorial esta intrínsecamente ligada con los cambios propios del espacio. Caracteriza esta concepción del espacio su unicidad, historicidad y sus escalas y una variedad de términos concretos a incorporar en el análisis de las desigualdades e inequidades en salud como la territorialidad y la territorialización.

Aceptar la multi-territorialidad, la multi-actoralidad territorial y la multi-escalaridad, presentes en los diferentes tipos de territorios, aporta el contexto que se debate entre coherencia, integralidad y conflictos entre políticas, normas, regulaciones y resultados de su implementación.

Aceptando estas consideraciones, se descubren los diferentes marcos en que se despliega la territorialidad de las políticas sanitarias (Iñiguez, 2018).

¿Qué hacer para construir una ética situada de acción político-sanitaria en el Siglo XXI?

Sin recetas, hay múltiples aproximaciones de **puntos de partida** en prácticas y acciones político-sanitarias que se construyen, producen y actualizan permanentemente en el pensamiento crítico en salud desde el Sur en la actualidad en diversas escalas y espacios de actuación (Basile, 2024a). Aquí esbozaremos algunas aproximaciones.

- Desde una **academia transdisciplinar y transmoderna en salud** que dinamiza acciones dirigidas a actualizar y transformar los marcos teóricos-epistémicos que colabora en la reinención de la educación político-sanitaria para las nuevas generaciones de salubristas, construye una investigación situada y producción científica de la salud desde el Sur, asume una ubicación epistémica académica como retaguardia a los sistemas de saberes y conocimientos de las filosofías del Sur (Dussel, 2016). La academia sigue siendo un territorio y territorialidad en disputa, en tensión, pero también un espacio a regenerar y refundar para producir acciones sanitarias nuevas. Hace tiempo que los centros de formación y universidades del campo de la salud pública y epidemiología las dejamos en manos del pensamiento científico moderno en salud y médico-social eurocentrado; en general, con planes de estudio europeos y panamericanos.

Una red latinoamericana caribeña de posgrados, escuelas e instituciones académicas inscritas en el pensamiento crítico de salud desde el Sur y soberanía sanitaria pueden transformarse en una gran plataforma regional con nodos y núcleos desde

donde articular la renovación de la formación, investigación, geopolítica y prácticas de acción sanitaria.

El enfoque transdisciplinario en salud trata de romper fronteras disciplinarias, articular ciencia crítica y conocimientos con respuestas materiales concretas a los problemas sanitarios de la comunidad, de la sociedad, de una manera más integral y compleja.

Una vasta producción académica e intelectual que busca replantear soluciones teóricas y prácticas para los grandes problemas comunes en la salud de los pueblos del Sur.

- Desde **las acciones de los movimientos y organizaciones sociales, territoriales, comunitarias-populares.** Sus formas organizativas y prácticas institucionales y territoriales refieren a la construcción de una esfera pública de territorios de soberanía sanitaria desde donde actualmente se producen las mayores innovaciones, creaciones y prácticas de respuesta integral y evolvente al cuidado de la salud y la vida. Articulándose, pero al mismo tiempo también indisciplinadas de una *academia por momentos fosilizada y endogámica*, o de los espacios de gestión y gobierno en salud que a veces sólo convocan a la movilización acrítica o, peor aún, simplemente a la obediencia debida. Los movimientos impulsan diariamente procesos de cuidado integral e intercultural de la salud y la vida pensados, decididos y ejecutados desde y con el territorio, el barrio, la comunidad. Donde la comunidad de vida deja de ser un “objeto” de estudio o de intervenciones romantizadas, para ser sujeto protagónico de procesos de monitoreo, toma de decisión, sistema de información locales-territoriales, acciones envolventes.

Es popular, porque la producción de conocimiento aquí no viene de “equipos técnicos” o “grupos de investigación” externos a la situación, sino de la producción de información y saberes convertidos en conocimiento en salud desde los actores populares, locales, territoriales. Estas acciones recuperan las voces, saberes, conocimientos y capacidades locales, populares, interculturales, grupales y comunitarias en nuevas estrategias de abordajes colectivos e individuales de la vida.

- Desde **lo técnico-político de la gestión y gobierno micro y macro**, incluyendo aquí a los equipos y prácticas de los servicios de salud.

También hay variadas trayectorias y puntos de partida como ventanas de oportunidad para articular acciones de trabajo, organización, gestión y gobierno desde el pensamiento crítico en salud, como una nueva tecnología clave que aporta otras teorías y prácticas de gobierno para la soberanía sanitaria. Aquí, sin duda, también la gestión y gobierno para la soberanía sanitaria puede transformarse en ciertos momentos y escenarios en espacios de innovación y creación de acciones político-sanitarias que reconfiguren con eficacia material la respuesta a los problemas, necesidades y prioridades colectivas e individuales de salud y cuidados en la región. Valorar igualmente, como se le critica a la propia academia; que la gestión y gobierno en salud especialmente de instituciones gubernamentales desde los ministerios a los hospitales, de los centros de salud a agencias públicas estatales son esferas públicas por abrir aún más en sus condensaciones institucionales, aunque a su vez estar alertas con el error de considerar que estos son los únicos espacios de producción de acciones válidas para el cuidado de salud y vivir bien.

También en el pensamiento crítico en salud desde el Sur se puede caer en una especie de *gubernalidad burocrática* sanitaria: creer que sólo se discuten ideas, se hacen transformaciones o sólo se dan respuestas a las demandas de salud exclusivamente desde el gobierno del aparato del Estado weberiano. Una gran alerta cuando se habla repetidamente sólo del Estado moderno presente, de arreglarlo en micro-reformas y del gobierno en clave guber-mental, y al mismo tiempo se van perdiendo las capacidades de escucha, de nuevos saber-hacer con y desde los pueblos, las comunidades, los territorios.

- Desde **lo plurinacional e intercultural.** Es necesario señalar que una de las principales características en la producción de pensamiento crítico en la región latinoamericana y caribeña en el siglo XXI es justamente el protagonismo civilizatorio y la participación directa protagónica de los sujetos políticos de las epistemologías del vivir bien/buen vivir de las naciones indígenas-

originarias del Abya Yala y las afrodescendencias. Según Walsh (2008), las naciones indígenas originarios del Abya Yala asumen hoy un liderazgo y saber-hacer en los significados y producciones de comunidades de vida para interculturalizar, plurinacionalizar y descolonizar las estructuras, concepciones, prácticas e instituciones del Estado y de las sociedades. Lo plurinacional pone en cuestión la construcción del Estado moderno en el Abya Yala, y la necesidad de refundación desde una interculturalidad política. También las epistemologías de salud en el Abya Yala llaman a acompañar, reaprender, abandonar lo monocultural y los monólogos sanitarios de especialistas como también a la reciprocidad como en la complementariedad de saberes y prácticas.

Estos puntos de partida y articulaciones de acciones político-sanitarias demuestran una heterogeneidad que en apariencia parece desorganizada, aunque en realidad es un orden complejo *multiactoral* y *multiterritorial* donde se plantean desde diversas visiones en torno a la construcción de las alternativas para la salud y la vida en el Sur.

En definitiva, en este manuscrito se introduce la necesidad y urgencia de desmontar el sistema de categorías asumidas como universales que se anidan y reproducen en las epistemologías sanitarias del Norte global del pensamiento científico moderno en salud y el pensamiento social sanitario, sin renegar de la tradición crítica eurocéntrica, pero buscando sustituirlas por sistemas de categorías que expresen la actualización de un pensamiento crítico latinoamericano de la salud desde y para el Sur.

Lo que existe, por tanto, no es el desarrollo de una idea universal de salud y vida hacia el futuro que se identifica con el mito del desarrollo y el progreso. Lo que existe realmente son bifurcaciones que permiten construir varios futuros; es decir, futuros posibles. El pensamiento crítico de salud desde el Sur es una bifurcación hacia un futuro situado.

El fin de las certidumbres de que nos habla Prigogine (1996; 1997) significa que lo que realmente existe son *certidumbres parciales* que no prevalecen eternamente. Tampoco en el

pensamiento crítico en salud podemos tener certezas eternas, sagradas o momificadas.

Debemos atrevernos en el siglo XXI a formular nuevas aproximaciones y flujos de rupturas, a innovar, a alimentar la creatividad, a nutrirse y reaprender, a preparar respuestas e hipótesis teniendo en cuenta la permanente incertidumbre.

¡Cuidado! El pensamiento científico moderno en salud en sus geopolíticas panamericanas y de salud global liberal todo el tiempo está camuflando, mutando, maquillando su hegemonía. Ahora incluso las academias del Norte global dicen que se están *descolonizando* (McCoy et al, 2023).

Cuestionar las formas en que investigadores, gestores, técnicos y profesionales de la epidemiología y la salud pública producimos y hacemos no es un llamado a descolonizar a las academias ni a las prácticas técnico-profesionales del propio Norte global (McCoy et al, 2023). Esa es una moda que implica un ejercicio y esfuerzo (¿quizás decisión?) que no concierne al Sur. Estos intentos instrumentales de los programas de descolonización de la salud global o salud pública alojados en el Norte global, en realidad funcionan con una aparente revisión que en realidad se sustenta en una gran ignorancia de las producciones y pensamientos del Sur, además de la ignorancia de su propio eurocentrismo tecnocrático académico reproductor de asimetrías que no cambian más allá de los maquillajes y aditivos (Hussain et al, 2023).

El pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud es una recombinación original de trayectorias y de ideas preexistentes, con nuevas aportaciones, articulaciones, revisiones y ejercicios de pensar y hacer Salud desde el Sur para el siglo XXI.

El pensamiento crítico latinoamericano de la salud desde el Sur debiera como premisa sustancial basar sus aportaciones en abrir una *invitación a una comunidad epistémica y geopolítica* de diálogo fecundo, propositivo, de estudio, revisión y actualización constante, donde exista el tiempo, la relacionalidad humana y los espacios para discutir, pensar, producir, accionar. Y volver a discutir, pensar, producir, accionar cada vez que sea

necesario. Tomarnos el tiempo de reflexionar sobre el sentido de la situación contemporánea del pensamiento en salud desde el Sur, el porqué de su inexistencia como espacio académico en el siglo XX, de sus propias limitaciones, del aún eurocentrismo y panamericanismo en varias corrientes político-sanitarias latinoamericanas caribeñas que se alojan en nuestras instituciones.

¿Por qué llegamos al punto que el pensamiento crítico en salud no pudo hegemonizar las escuelas y academias de salud pública de forma alternativa en el Sur? Quizás discutir porque el pensamiento crítico en salud en Latinoamérica y Caribe no hizo un giro decolonial hacia y desde el Sur es un interesante punto de partida.

Seguimos siendo coloniales tanto epistemológica como técnico-política sanitaria en la gran mayoría de las universidades de ciencias de la salud y ciencias sociales en el Sur. Seguimos siendo comentaristas —hasta críticos— de las bases, fundamentos o proposiciones del pensamiento científico moderno en salud, y no pensadores críticos e interculturales de las realidades sanitarias y epidemiológicas latinoamericanas caribeñas.

Claro que resulta difícil y con adversidades, articular un pensamiento, gestión y políticas de salud desde el Sur de forma libre y creativa hacia la soberanía sanitaria, en contextos agobiantes de dependencia político-sanitaria tanto a la doctrina panamericana sanitaria y a la acelerada salud global (neo)liberal en esta crisis de Occidente que mantienen los *estatus quo* de colonialidad en salud.

Precisar, contextualizar y situar los problemas, reinventar y radicalizar las preguntas de investigación, crear enfoques metodológicos y aplicación situada e interpretar nuevos hallazgos, revisar, aprender y visibilizar sistemas alternos de conocimientos, producir teoría y políticas desde la innovación y la osadía. Esto sirve también como una autocritica e interpelación para quienes hemos estado en prácticas académicas reproductoras de colonialidad del conocimiento sanitario en el Sur (Quijano, 2000). Recuperar la exigencia a nuestras prácticas, implicación, la fundamentación profunda y pertinencia a nuestras realidades y problemas sanitarios.

Pareciera necesario revisar desde el pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud la lógica de vivir en un mundo de certidumbres científicas indisputadas, totalizantes, monoculturales impregnadas de racialización y supremacía blanca como de repetición de copia-pega del Centro global del conocimiento hacia las periféricas dependientes y reproductoras.

Es una invitación a suspender nuestros hábitos de certidumbres, de dilemas, de consignas líquidas, de esloganización vacía tipo *hashtag*, para volver a la potencialidad de producir alternativas de saber-hacer desde el Sur (Basile y Feo, 2022a).

Pareciera necesario desde las teoría(s) crítica(s) latinoamericana caribeña en salud liberarse de la parálisis, de los miedos a poner en crítica al orden científico universal moderno instituido que también implica revitalizar, actualizar, transformar al propio pensamiento crítico en salud para el Siglo XXI.

Una reconfiguración de conocer cómo conocemos y hacemos en el campo de salud y epidemiología en el siglo XXI.

El conocimiento biomédico salubrista empírico funcional siempre estuvo atado a las reglas de una lógica del razonar que se materializó en una dinámica que fue hegemónica durante todo el siglo XX y parte del XXI en América Latina y el Caribe (Maturana y Varela, 1994).

Por eso hay una necesidad de distancia estratégica de este pensamiento eurocéntrico, incluso de sus epistemologías críticas eurocéntricas, para situarlas y darles contextualidad.

Establecer esta distancia es condición previa para completar la tarea más fundamental de nuestro tiempo: pensar lo impensable, asumir lo inesperado como parte integral del trabajo teórico, epistémico, geopolítico, metodológico y de producción de conocimiento crítico en salud desde y para el Sur (Bautista, 2014).

Partir de las tramas epistemológicas entre el pensamiento crítico latinoamericano caribeño expresado en la nueva corriente de la Salud desde el Sur (Basile, 2022), las filosofías del Sur (Dussel, 2016) y los sistemas de conocimientos del Abya

Yala abren una opción ético-política-epistémica de construcción de una *ciencia crítica en salud* situada desde el Sur para el siglo XXI.

¿Por dónde empezamos? Siete aproximaciones vitales del pensamiento crítico en salud desde el Sur hoy

1. *Giro epistémico y decolonial: crítica al universalismo y locus eurocentrado de la salud pública y médico-social*

El pensamiento crítico en salud desde el Sur parte de una ruptura con la episteme moderna colonial que ha naturalizado un conocimiento supuestamente universal (biomédico, salubrista, funcionalista, médico-social). Deconstruye el locus de enunciación oculto del pensamiento científico moderno, denuncia su geopolítica de poder y plantea una reubicación del pensamiento sanitario desde los territorios y comunidades de vida del Sur global (Grosfoguel, 2022; Basile, 2024a).

2. *Reconceptualización del proceso salud-enfermedad-cuidado como fenómeno complejo de múltiples escalas espaciales, situado e intercultural*

Se abandona la visión de salud como “estado” (OMS, 1948) y se asume un enfoque procesual, histórico, relacional, territorializado y colectivo y cognitivo, en el que el cuidado es central. La salud se comprende en relación a sus condicionantes y adversidades en las que se nace, vive, se hace comunidad, se trabaja, enferma y mueren; como también las relaciones de poder, jerarquías coloniales y dinámicas de precariedad que impactan en la salud y la vida en el Sur global.

3. *Reconstrucción categorial y metodológica desde una perspectiva de determinación interseccional*

La categoría de *determinación social* se resignifica: no como causalidad lineal ni determinismo estructural, sino como un proceso multiescalar de opresiones y condicionantes (raciales-coloniales, económicos, ecológicas, digitales, cognitivas). Se promueve una mirada crítica e interseccional que supere la fragmentación funcionalista de los determinantes sociales, integrando clase, género,

raza, territorio y comunidad de vida (Breilh, 2023; Colmenares, 2022; Viveros Vigoya, 2016).

4. *Producción de un conocimiento situado, transdisciplinario y transmoderno, articulado con saberes populares-comunitarios y no occidentales*

El pensamiento crítico en salud integra saberes subalternizados, epistemologías del vivir bien/buen vivir, sistemas de conocimientos indígenas, afrodiaspóricos, populares y críticos decoloniales.

Rechaza la copia o adaptación acrítica de teorías críticas eurocentradas y promueve un pensamiento situado y aplicado, con coherencia teórico-operativa, articulado a las luchas por la vida, la soberanía sanitaria, el racismo como problema de salud y la refundación de los sistemas de salud (Feo, 2024; Basile, 2024a; Dussel, 2016; Lugones, 2010).

5. *Descolonización de las instituciones académicas, de formación y de política sanitaria*

Se propone una reinención de la educación político-sanitaria, más allá del pensamiento lineal, (inter)disciplinario y tecnocrático de la salud pública y epidemiología occidentalizada.

Implica rediseñar el campo formativo y académico desde un ecosistema epistémico plural, abierto, dialógico e intercultural, superando la universidad occidentalizada y las prácticas pedagógicas coloniales (Freire, Fals Borda, Matus, Maldonado Torres, Almeida Filho).

6. *Soberanía sanitaria regional y la autonomía crítica a las geopolíticas del panamericanismo sanitario y la salud global liberal*

La salud pública y epidemiología de Occidente no es neutral: su institucionalización histórica se ha basado en marcos categoriales funcionales a las epistemologías e intereses del Centro global. El pensamiento crítico en salud del Sur global propone una estrategia de soberanía sanitaria regional basada en las aplicaciones y aprendizajes de la teoría de la dependencia, de la autonomía regional y la desconexión, la articulación política entre micro-geopolíticas no subordinados al paradigma

eurocentrado desarrollista o al acelerado neoliberalismo neodesarrollista del siglo XXI.

7. *Ética política de una geopolítica de la comunidad de vida como horizonte civilizatorio*

Frente al proyecto civilizatorio del pensamiento científico de la modernidad extractivista, patriarcal, colonial y tecnocrático de la salud global y del panamericanismo médico-social, el pensamiento crítico en Salud desde el Sur propone un horizonte ético-político basado en el cuidado integral e intercultural bajo las coordenadas de comunidad, la reciprocidad y la regeneración de la vida colectiva y sus singularidades, asumiendo los desafíos de la vida virtual-digital actual.

Esto implica no solo repensar las políticas sanitarias, sino también las formas de vida, de producción, de relación con la naturaleza y con los sistemas de conocimientos.

Las epistemologías del vivir bien/buen vivir, junto con los feminismos decoloniales, negros y comunitarios, son claves en esta transformación.

Finalmente, identificar puntos clave de las dinámicas de reproducción de lo instituido y encontrar e identificar especialmente las dinámicas de transformación y transiciones permite salir(nos) de las tesis de la parálisis del *“no se puede hacer nada”*, de las subordinaciones dicotómicas *“primero es hacer, luego pensar o primero pensar, para luego hacer”*, de la reproducción de *“una totalidad que enuncia todo, pero fragmenta en partes”* o de un determinismo que *“inmoviliza”* (Minayo, 2021), de un vanguardismo profesionalizante que *“aspira a un monopolio personalizado del activismo político-academia en unos pocos/as”*, frente a la complejidad y polifonía del pensar-hacer y las voces diversas de una salud desde el Sur en el siglo XXI.

En definitiva, este texto intenta divulgar los procesos de encrucijadas y tramas de saberes entre las filosofías del sur de las naciones indígenas-originarias y afrodescendencias, movimientos sociales, gestores de gobierno en la periferia y academia sanitaria crítica de retaguardia que buscan condensarse hoy en nuevas plataformas latinoamericanas caribeñas de pensamiento crítico

en salud desde el Sur y soberanía sanitaria en el Siglo XXI.

El desafío es abrir el pensamiento crítico latinoamericano caribeño en Salud en el siglo XXI.

Invitar y animar a la capacidad de abrir nuestra curiosidad, a reformular las preguntas, donde la imaginación y la recuperación de creatividad es más importante que el conocimiento actual.

Buscando interpelar la reinención de la educación político-sanitaria en el marco de una epistemología de pensamiento crítico latinoamericano caribeño de salud desde el Sur. Movimiento que resulta de una necesidad teórica, metodológica y de praxis para afrontar las encrucijadas y bifurcaciones en la producción de territorios y territorialidades de soberanía sanitaria en Latinoamérica y el Caribe.

Perdiendo el miedo de ser nosotras y nosotros mismos. Como dirá Guamán Puma (Kusch, 1976): hay que abrir un tránsito que nos lleva a las raíces de nuestros conocimientos y existencia.

Bibliografía:

- Acosta, Alberto. (2015). El Buen Vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y no tan económicas. *Política y Sociedad*, 52(2), 299-330.
- Aguilar Monteverde, A. (1965). El panamericanismo; de la doctrina de Monroea la doctrina de Johnson. *Cuadernos Americanos*, 47-50.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo. (1986). *Antropología Médica*, México, CIESAS.
- Allende, Salvador. (1939). *La realidad médico-social chilena* Santiago: Ministerio de Salubridad. Disponible en: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-7737.html> Acceso en: 4 dic. 2023.
- Almada, Ignacio. (1990). Siete tesis equivocadas sobre salud y sociedad. *Cuadernos Médico-Sociales*, 52, 15-25.
- Almeida Filho, Naomar de. (1992). *Epidemiologia sin números*. OPS.
- Almeida Filho, Naomar de. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud colectiva*, 2, 123-146.
- Almeida Filho, Naomar de. (2007). Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. *Salud colectiva*, 2007, vol. 3, p. 229-233.
- Almeida Filho, Naomar; Silva Paim, Jairnilson. (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica Cuad. méd. soc. (Ros.) ; (75): 5-30, mayo. 1999.
- Almeida Filho, Naomar de. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud colectiva*, 16, e2751.
- Almeida Filho, Naomar de. y Rouquayrol, Maria Zelia. (1999). Epidemiologia e saúde. En *Epidemiologia e Saude*. 1999. p. 600-600.
- Amarante, Paulo; Rizzotto, María Lucía; Costa, Ana María. (2015). Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.20, n.7, p.2023-2029. 2015.
- Amin, Samir. (1988). *Desconexión, La* (Vol. 7). Iepala Editorial, 335 pp.
- Araújo, Maria de Fátima, Schraiber, Lilia Blima, y Cohen, Diane Dede. (2011). "Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva." *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 15.38 (2011): 805-818.
- Arellano, Oliva Lopez., Escudero, José Carlos, & Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina social*, 3(4), 323-335.
- Arouca, Sergio. (1975). *O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica à medicina preventiva* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp; 1975.
- Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. (1995). Epidemiologia e emancipação. En *Epidemiologia e emancipação*. 1995. p. 231-231.
- Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. (2002). Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2002, vol. 5, p. 28-42.
- Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. (2016). Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. *Intelligere*, 2016, vol. 2, no 1, p. 139-155.
- Barata, Rita Barradas. (2005). Epidemiologia social. *Revista brasileira de epidemiologia*, 2005, vol. 8, p. 7-17.
- Barata, Rita Barradas. (2013). Epidemiologia e políticas públicas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2013, vol. 16, p. 3-17.
- Barreto, Maurício. (1998). Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1998, vol. 1, p. 123-125.
- Barreto, Mauricio. (2017). Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2097-2108.
- Basile, Gonzalo. (2018). *La Salud Internacional Sur Sur*:

giro decolonial y epistemológico. Dossiers de Salud Internacional Sur Sur en Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO y Biblioteca CLACSO, Buenos Aires.

Basile et al. (2019). "Caracterización del Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero en siglo XXI: concentración de mercado, fusiones nacional-multinacional y su impacto en el acceso a medicamentos y en las fuentes de trabajo del Sector". Ediciones Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 3-52.

Basile, Gonzalo. (2020a). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y Caribe. Colección de los Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano, N73, abril, Buenos Aires.

Basile, Gonzalo. (2020b). 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.

Basile, Gonzalo y Hernández Reyes, Antonio. (2021). Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: descolonizar las Teorías y Políticas. 1era Edición, Ciudad Autónoma de Bs.As. Editorial CLACSO.

Basile, Gonzalo. (2022). Hacia una Salud desde el Sur: epistemología decolonial y de soberanía sanitaria. Journal Social Medicine, Vol.15, Núm. 2(2022).

Basile, Gonzalo y Feo Istúriz, Oscar (2022a). Las 3 "D" sobre las Vacunas de SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: Determinación, Dependencia y Descoordinación. En Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano (Segunda época no. 91 dic 2021).

Basile, Gonzalo y Feo, Oscar Istúriz. (2022b). 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*, 40(2).

Basile, Gonzalo y Rivera Díaz, Marinilda. (2022). Epidemiología crítica del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación. Colección Grupos de Trabajo CLACSO y FLACSO República Dominicana. Buenos Aires y Santo Domingo, diciembre 2022.

Basile, Gonzalo. (2023). Soberanía Sanitaria: implicancias teóricas y geopolíticas de una estrategia regional. En XI Dossier de Salud desde el Sur en Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO y Biblioteca CLACSO, Ciudad Buenos Aires.

Basile, Gonzalo. (2024a). Desafíos y actualidad del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur, hoy. En Santos, Odeth et al. Libro México en el pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el Sur. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos y CLACSO, 15-118.

Basile, Gonzalo. (2024b). Estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud en el Sur global: implicancias de la descolonización de teorías y políticas sanitarias en el siglo XXI. Gerencia y Políticas de Salud, 23, 1-41.

Bautista S., Juan José. (2014). ¿Qué significa pensar desde América Latina? Ediciones Akal.

Bautista S., Rafael. (2022). Hacia una política para la vida. *Archipiélago. Revista cultural de nuestra América*, 29(115).

Beigel, Fernanda; Falero, Alfredo; Kohan, Néstor. (2006). *Crítica y teoría en el pensamiento social latinoamericano*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Birn, A-E. (2011). Reconceptualización de la salud internacional: Perspectivas alentadoras desde América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 30(2).

Bourdieu, P. (1983). Campo del poder y campo intelectual (pp. 11-35). Buenos Aires: Folios.

Bosi, Maria Lúcia Magalhães. Produtivismo e avaliação acadêmica na Saúde Coletiva brasileira: desafios para a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 2012, vol. 28, p. 2387-2392.

Breilh, Jaime. (1998). La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Revista brasileira de epidemiologia*, 1, 207-233.

Breilh, Jaime. (2006). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade* (pp. 317). Buenos Aires, Lugar Editorial, Argentina.

Breilh, Jaime. (2010). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social

de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.

Breilh, Jaime. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (2013): 13-27.

Breilh J. (2021b). La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. San Pablo: Cad. Saúde Pública 37(12).

Breilh, Jaime. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Primera edición en español: © Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador Quito, diciembre de 2023.

Breilh, Jaime, y Granda, Edmundo. (1989). Epidemiología y contrahegemonía. *Social Science & Medicine*, 28(11), 1121-1127.

Campos, Gaston Wagner de Sousa. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 393-403.

Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000, vol. 5, p. 219-230.

Campos, Gaston Wagner de Sousa. (2021). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Canesqui, Ana Maria. (2008). As ciências sociais e humanas em saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. *PHYSIS: revista de Saúde Coletiva*, 2008, vol. 18, p. 215-250.

Carter, Eric D. (2023). *In Pursuit of Health Equity: A History of Latin American Social Medicine*. University of North Carolina Press.

Castell-FloritSerrate, Pastor. (2017). La administración en salud, componente de desarrollo de la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(1), 1-2

Castro Gómez, Santiago. (2000). La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: perspectivas latinoamericanas. 2000.

Castro, Roberto. (2011). Sociología de la salud en México/ Medical Sociology in Mexico. *Política y Sociedad*, 48(2), 295-313.

Césaire, Aimé. (2023). Discourse on colonialism. En *Postcolonism*. Routledge, 2023. p. 310-339.

Colmenares Lizárraga, Katya. (2022). De la sociedad moderna a la comunidad de vida: agenda para una filosofía decolonial transmoderna y posoccidental. *Tabula Rasa*, (42), 133-152.

Cox, Oliver. (1945). Prejuicio racial e intolerancia: una distinción. *Fuerzas Sociales*, 24, 216-219.

Cox, Oliver. (1972). [1964]. El capitalismo como sistema. Madrid: Fundamentos.

Crosby, Alfred W. (1988). Imperialismo ecológico. La expansión biológica de Europa, 900- 1900, Barcelona, Ed. Crítica/Historia y Teoría, 1988. 350 pp.

Cueto, Marcos. (2004). The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care, *American Journal of Public Health* 94, no. 11 (November 1, 2004): pp. 1864-1874.

Curiel, Ochy. (2007). Los aportes de las afrodescendientes a la teoría y la práctica feminista. *Perfiles del feminismo Iberoamericano*, 2007, vol. 3, p. 1-33.

Delgado Díaz, Carlos Jesús. (2023). Revoluciones tecnológicas, cambio social e imperialismo. *Economía y Desarrollo*, 2023, vol. 167, no 2.

Delgado Díaz, Carlos Jesús; Sotolongo Codina, Pedro Luis. (2006). La revolución contemporánea del saber y la complejidad social: hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO [en línea], 2006.

Deslandes, Suely Ferreira; Iriart, Jorge Alberto Bernstein. (2012). Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2012, vol. 28, p. 2380-2386.

Desrosiers, Georges. (1996). Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique. *Ruptures* 3 (1):18-28.

Donnagelo, Maria Cecília. (1983). Pesquisa na Área de Saúde Coletiva no Brasil: A Década de 70. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. *Rio de Janeiro: Abrasco/PEC/Escola Nacional de Saúde Pública*, 1983.

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

Dussel, Enrique. (2016). *Filosofías del sur: descolonización y transmodernidad*. Ediciones akal, 2016.

Dussel, Enrique. (2020). *Siete ensayos de filosofía de la liberación: hacia una fundamentación del giro decolonial*. Trotta, 2020.

Echeverría, Bolívar. (2014). *Modernidad y blanquitud*. Ediciones Era.

Engels, Federico. (2020). *La situación de la clase obrera en Inglaterra* (Vol. 113). Ediciones Akal.

Escobar, Arturo. (2014). *Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín: Ediciones UNAULA.

Espinosa Miñoso, Yuderkys. (2018). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *El cotidiano*, 2014, no 184, p. 7-12.

Estermann, Josef. (2014). Colonialidad, descolonización e interculturalidad. Apuntes desde la filosofía intercultural. *Polis. Revista Latinoamericana*, (38).

Esteva, Gustavo. (1992). "Development". Wolfgang Sachs (ed.). *Development Dictionary. A Guide to Knowledge as Power*. Nueva York: Zed Books, 1992. 1-23.

Fals Borda, Orlando. (1990). La investigación-acción participativa en América Latina. *Análisis Político*, 1990, no 9, p. 120-120.

Fanon, Frantz. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: Edufba.

Fanon, Frantz. (2022). *A dying colonialism*. Grove/Atlantic, Inc.

Farah, Ivonne; Vasapollo, Luciano. (2011). *Vivir bien: ¿Paradigma no capitalista?* Cides-Umsa.

Feo Istúriz, Oscar. (2003). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 887-896.

Feo Istúriz, Oscar; Feo Acevedo, Carlos; Jiménez, Patricia. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2012, vol. 38, p. 602-614.

Feo Istúriz, Oscar, Rodrigues, Ana María, Gómez Arias, Roberto. (2022). Epidemiología Crítica latinoamericana. En Apuntes de Salud Pública y Epidemiología. Universidad de Antioquia In press.

Feo Istúriz, Oscar, & Basile, Gonzalo. (2024). Transitando del mito de la atención primaria en salud (APS) al cuidado integral e intercultural de la salud y el vivir bien. *Gerencia y Políticas de Salud*, 23.

Feo Istúriz, Oscar. (2024b). Epidemiología crítica latinoamericana: hacia una ruptura epistémica y metodológica con la epidemiología funcionalista. En Odeth Santos et al, Libro México en el pensamiento crítico latinoamericano en salud, CDMX, 161.

Fernández, Roberto. (2012). Proyecto Americano: apuntes para definir modos de proyecto en su contexto geocultural. In *Anales del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas. Mario J. Buschiazso* (Vol. 42, No. 1, pp. 23-38). Universidad de Buenos Aires.

Fleury, Sonia. (1988). "O dilema da Reforma Sanitária Brasileira". En: Berlinguer, G.; Fleury, S.; Campos, G.W.de S. *Reforma Sanitária - Itália e Brasil*. HUCITEC-CEBES, São Paulo: 195-207

Flexner, Alexander. (1910). Carnegie Foundation Bulletin Number Four. *New York: Carnegie Foundation*.

Franco, Túlio Batista; Merhy, Emerson Elias. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud colectiva*, 2009, vol. 5, no 2, p. 181-194.

Freire, Paulo. (1985): *Pedagogía del oprimido*. Montevideo, Tierra Nueva. México, Siglo XXI Editores.

Freire, Paulo. (2014). *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. Siglo XXI Editores México.

- Gadelha, Carlos Augusto Graboys, y Temporão, José Gomes. (2018). Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1891-1902.
- Galeano, Diego, Trotta, Lucia, & Spinelli, Hugo. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud colectiva*, 7, 285-315.
- Giffin, Karen. (1995). Estudos de gênero e saúde coletiva: teoria e prática. *Saúde Debate*, 1995, p. 29-33.
- Giovanella, Lígia. (2012). et al. (ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Gonzalez, Lélia. (1988). Por um feminismo afro-latino-americano. *Revista Isis Internacional*, Santiago, v. 9, p. 133-141, 1988.
- González Casanova, Pablo. (2004). Las nuevas ciencias y las humanidades: de la academia a la política. *Las nuevas ciencias y las humanidades*, 2004, p. 1-478.
- González Casanova, Pablo. (2020). *Explotación, colonialismo y lucha por la democracia en América Latina*. Ediciones Akal.
- Goodman, John. (2003). Pharmaceutical Industry. En: Cooter R, Pickstone J, editores. *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. Abingdon: Routledge; 2003. p. 141-154.
- Granda, Edmundo. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30 (2)
- Grosfoguel, Ramón. (2006). La descolonización de la economía política y los estudios postcoloniales: transmodernidad, pensamiento fronterizo y colonialidad global. *Tabula rasa*, (4), 17-48.
- Grosfoguel, Ramón. (2022). Los cuatro genocidios/epistemicidios del largo siglo XVI y las estructuras de conocimiento racistas/sexistas de la modernidad en la universidad occidental. *Izquierdas*, (51), 1-20.
- Guamán Poma de Ayala, Felipe. (1987). *Primer Nueva Corónica y Buen Gobierno*. Se corrigió esta referencia.
- Hall, Stuart. (2008). ¿Cuándo fue lo postcolonial? Pensar al límite. *Estudios postcoloniales Ensayos fundamentales*, 121-144.
- Hall, Stuart. (2016). O Ocidente e o resto: discurso e poder. Projeto História: Programa de Estudos Pós-Graduados de História, 56.
- Harnecker, Marta. (2007). *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. Siglo XXIa.
- Harvey David. (2003). *The new imperialism*. Oxford University press; 2003. e Antioquia. Colombia.
- Hernández, Mario. (2020). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em debate*, 43, 29-43.
- Hernández, Mario y Quevedo, Emilio. (1992). Historia, ciencias sociales y educación médica. *Educación Médica*, Vol. 26, No. 1, 35-50.
- Hinkelammert, F. (2008). Sobre la reconstitución del pensamiento crítico. *Polis. Revista Latinoamericana*, (21).
- Hinkelammert, F. J. (2019). La dialéctica marxista y el humanismo de la praxis. *Economía y Sociedad*, 24(55), 120-137.
- Holzmann, Robert, y Jorgensen, Steen. (2000). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual. *Documento de análisis*, Banco Mundial (0006).
- Hussain, M., Sadigh, M., Sadigh, M., Rastegar, A., & Sewankambo, N. (2023). Colonization and decolonization of global health: which way forward?. *Global health action*, 16(1), 2186575.
- Ianni, Aurea Maria Zöllner, et al. (2014). As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014, vol. 30, p. 2298-2308.
- Iriart, Celia et. al. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 12(2), 2002. Washington, D.C., United States of America.
- Iñiguez Rojas, Luisa. (1998). Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. *Cadernos de Saúde*

Iñiguez Rojas, Luisa. (2018). Territorios y políticas: ¿Qué permanece y qué muda en Cuba? En: políticas públicas e territórios. Onze estudos Latino-americanos. Org. Fania Fridman, Luciana Alem Gennari e Sandra Lencioni . CLACSO Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. pag.167-194.

Jaguaribe, Helio. (1979). Autonomía periférica y hegemonía céntrica. *Estudios Internacionales*, 12(46), p. 91–130.

Jaguaribe, Helio. (1988). La Relación NorteSur. *Estudios Internacionales*, 21(84): 425– 438.

Kelman, Sander. (1971). Toward the Political Economy of Medical Care. *Inquiry*. 1971; 8(3):30-38.

Knaul FM, et al. (2006) Evidence is good for your health system: Policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet* 2006;368(9549):1828-1841.

Kuhn, Thomas S. (2019) La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de cultura económica.

Kusch, Rodolfo. (1976). Geocultura del hombre americano. Buenos Aires, Ed. García Cambeiro, 1976, 158 p. (Colección Estudios. Latinoamericanos, 18)

L'abbate, Solange. (2003). A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 265-274.

Lalonde, Marc. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.

Lander, Edgardo. (2001). Pensamiento crítico latinoamericano: la impugnación del eurocentrismo. *Revista de sociología*, 2001, no 15, p. 13-25.

Laurell, Asa Cristina. (1974). Sociología médica: una bibliografía comentada. *Revista Mexicana de Ciencia Política*, 105-111.

Laurell, Asa Cristina (1979) Investigación en Sociología Médica 4ª. parte. *Salud Problema* 4, Primera época, enero 1979. Págs. 22-26

Laurell Asa Cristina y Herrera, J. (2010) La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 6, n. 2, p. 137-148, 2010.

Laurell, Asa Cristina. (2012). Sistemas universales de salud: Retos y desafíos. *Quito: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Unión de Naciones Suramericanas*.

Laurell, Asa Cristina. (2014). Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em debate*, 2014, vol. 38, p. 853-871.

Laurell, Asa Crsitina. (2016). Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina (Ideología, discurso y realidades). *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(3).

Laurell, Asa Cristina, Franco, Saul, Nunes, E. & Breilh, Jaime. (1991). Debates en Medicina Social, Quito, Organización Panamericana de la Salud/ALAMES.

Leavell, Hugh Rodman & Clark, E. Gurney. (1953). Textbook of preventive medicine. *Textbook of Preventive Medicine*.

Levins, Richard. (1998). Looking at the Whole: Toward a Social Ecology of Health. Kansas: EUA.

Lima Barreto, Mauricio (2017) Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2097-2108, 2017. Brasil.

Linardelli, María Florencia. (2018). La salud de las mujeres y sus trabajos: Convergencias entre la medicina social latinoamericana y la teoría feminista. *RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, vol. 12, núm. 12, pp. 147-161, 2018. Universidad Nacional de San Juan, Argentina.

Litsios, S. (2002), “The long and difficult road to Alma Ata: A personal reflection” en *International Journal of Public Health*, N° 32, Baltimore.

Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Giovanella, Lúcia. (2012). Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*, 2012, vol. 2, p. 89-120.

Londoño, José Luis, & Frenk, Julio. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* (No. 353). Working Paper, IDB.

Lopes, Winnie Samanú. (2022). Epistemologias do Sul e Saúde Coletiva: diálogos sobre Saúde da População

- Negra no cenário brasileiro. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 2022, vol. 43, no 2, p. 257-268.
- Lugones, María. (2008). Colonialidade e gênero. *Tabula rasa*, 2008, no 9, p. 73-102.
- Lugones, María. (2010). Toward a decolonial feminism. *Hypatia*, 2010, vol. 25, no 4, p. 742-759.
- Makinen, Marty et al. (2000). Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(1):55-65.
- Maldonado-Torres, Nelson. (2008). La descolonización y el giro des-colonial. *Tabula rasa*, (9), 61-72.
- Mamani, Fernando Huanacuni. (2010). Buen vivir/vivir bien. *Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. CAOI*.
- Marmot Michael, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
- Márquez, Miguel. (2011). Formación del espíritu científico en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37, 585-601.
- Martins, Paulo Henrique. (2016). Epistemologias do Sul e seus Impactos sobre as ações e as Políticas em Saúde no Brasil. *Revista Ensaio e & Diálogos em Saúde Coletiva*, 2016, no 3.
- Marx, Karl y Engels, Friedrich. (2018). *Manifiesto comunista*. Temis.
- Matamala, María Isabel. (2006). Respuestas efectivas en violencia de género. Observatorio de equidad de género en salud OPS/OMS.
- Maturana, Humberto y Varela, F. (1994). El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento humano. Santiago: Editorial Universitaria.
- Matus, Carlos. (1987). *Política, planificación y gobierno* (Vol. 2). Caracas: Fundación Altadir.
- Matus, Carlos. (2007). Escuela de gobierno. *Salud colectiva*, 3(2), 203-212.
- McCoy, D., Kapilashrami, A., Kumar, R., Rhule, E., & Khosla, R. (2023). Developing an agenda for the decolonization of global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(2), 130.
- Medeiros, Hanna Priscilla da Silva, et al. (2023). Interrelações das Epistemologias do Sul e o cuidado transcultural nas práticas em saúde e Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 2023, vol. 27, p. e20220443.
- Menéndez, Eduardo. (1990). Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Cuadernos de la Casa Chata. México.
- Menéndez, Eduardo. (1992). Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Publicación Científica OPS Nro. 540. Washington DC: OPS; 1992. p. 103-122.
- Menéndez, Eduardo. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1, 9-32.
- Merhy, Emerson; Camargo Macruz Feuerwerker, Laura; Burg Ceccim, Ricardo. (2006) Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, 2006, vol. 2, no 2, p. 147-160.
- Mignolo, Walter. (1998). Postoccidentalismo: el argumento desde América Latina. *Cuadernos americanos*, 1998, vol. 67, no 1, p. 143-165
- Mignolo, Walter. (2005). " Un paradigma otro": colonialidad global, pensamiento fronterizo y cosmopolitanismo critico. *Dispositio*, 2005, vol. 25, no 52, p. 127-146.
- Mignolo, Walter y Walsh, Catherine. (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.
- Minayo, Maria Cecília. (1998). Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1998, vol. 3, p. 4-4.
- Minayo, Maria Cecília. (2013). A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas ea saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 21-31.

Minayo, María Cecilia. (2021). Determinación social, ¿no! ¿Por qué?. *Cadernos de Saúde Pública*, 37.

Morales-Borrero, Carolina, Borde, Elis, Eslava-Castañeda, Juan Carlos, & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15(6), 810-813.

Muñoz Ochoa, Karina. (2019). *Miradas en torno al problema colonial: pensamiento anticolonial y feminismos descoloniales en los sures globales*. Ediciones Akal.

Nascimento, Marilene Cabral do, et al. (2013). A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, vol. 18, p. 3595-3604.

Noriega, Mariano (1989). "El trabajo, sus riesgos y la salud". En *Defensa de la Salud en el Trabajo*, p. 5-12. México : SITUAM

Nunes, Everardo Duarte. (1991). Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. *Debates en Medicina Social. Quito: Organización Panamericana de la Salud/Asociación Latinoamericana de Medicina Social*.

Nunes, Everardo Duarte. (1996). Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1996, vol. 1, no 1, p. 55-69.

Nunes, João Arriscado; Louvison, Marília. (2020). Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. *Saúde e sociedade*, 2020, vol. 29, p. e200563

Organización Panamericana de Salud. (1974). Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina [Internet]. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N° 2).

Organización Panamericana de la Salud. (1992). Educación médica y salud. Ciencias Sociales y Formación Recursos humanos. Vol. 26, N° 1 documento trabajo, Washington, enero/marzo 1992.

Paim, Jairnilson Silva. (2006). *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. EdUFBA.

Paim, Jairnilson Silva. (2009). Medicina comunitaria:

Introducción a un análisis crítico. *Salud colectiva*, 5(1), 121-126.

Paredes, Julieta. (2015). Despatriarcalización. Una respuesta categórica del feminismo comunitario (descolonizando la vida). *Bolivian Studies Journal*, 2015, p. 100-115.

Parsons, Talcott. El sistema social. Editorial Revista de Occidente. Madrid. 1966.

Pereyra, Horacio; Ferrazini, Lisandro; Keppl, Gabriel; Verzeñassi, Damián et al. (2023). Extractivismos y las implicancias en la Salud, Ambiente y Territorios de Latinoamérica y el Caribell. En X Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Marzo, 2023.

Polanyi, Karl. (1989). The Great Transformation. Ediciones de La Piqueta. Ediciones Endymion C/ Cruz Verde, 22 28004 Madrid.

Porto, Marcelo F.; Rocha, Diogo F.; Farsanello, Marina T. (2021). Saúde, Ecologias e Emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise(s). São Paulo: Hucitec, 2021. 212p.

Porto, Marcelo Firpo de Souza. (2017). Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017, vol. 22, p. 3149-3159.

Prigogine, Ilya. (1997). La fin des certitudes, Edition Odile Jacob, París, 1996. (Edición en español: El fin de las certidumbres, Taurus, Madrid, 1997)

Prigogine, Ilya, et al. (1996). *El fin de las certidumbres*. Andrés Bello, 1996.

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 Anibal. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América latina. In: Lander E, editor. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2000. p. 241-6.

- Raffestin, C. (1993). *Por uma geografia do poder*. Ed. Hucitec. São Paulo. 1993 1ra edición 1980
- Rapoport, M. (2008). UNASUR, contracara del panamericanismo. *América Latina en Movimiento*. Quito, jun.
- Rezapour, Aziz, Azar, F. E., Aghdash, S. A., Tanoomand, A., Shokouh, S. M. H., Yousefzadeh, N., & Asiabar, A. S. (2015). Measuring equity in household's health care payments (Tehran-Iran 2013): technical points for health policy decision makers. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 29, 246.
- Rojas Ochoa, Francisco. (2009). *Salud Pública. Medicina Social*.
- Samaja, Juan. (2002). *Reproducción social y salud*. Buenos Aires. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Samaja Juan. (2003). "Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología Miltoniana)". *Brazilian Journal of Epidemiology*. Volume 6 - Número 2 – Junho 2003.
- Samaja, Juan. (2004). *Epistemología de la Salud: reproducción social. Subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial; 2004.
- Santos, Boaventura de Sousa. (2011). Epistemologías del sur. *Utopía y praxis latinoamericana*, Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social Año 16 (54), Pp.17-39. INSS: 1315-5216. CESA-FCESUniversidad de Zulia. Maracaibo-Venezuela.
- Santos, Boaventura de Sousa. (2010). *Para descolonizar Occidente: más allá del pensamiento abismal*. CLACSO, Prometeo Libros.
- Santos, Milton. (1985). *Espaço & Método*. São Paulo. Nobel. 1985.
- Santos, Milton. (1990). *Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1990. 236p.
- Santos, Milton. (1996). *A natureza do Espaço . Técnica e Tempo*. Razão e Emoção Editora Hucitc, São Paulo.
- Santos, Milton. (2000). *La naturaleza del espacio: Técnica y tiempo. Razón y emoción*. Editorial Ariel, Barcelona.
- Santos, Milton. (2022). *Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica* (Vol. 2). Edusp.
- Santos Madrigal, Odeth. (2024). *Hacia los feminismos descoloniales, negros y comunitarios para descolonizar los estudios de género y salud*. En Colección N95 "Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano", CLACSO.
- Segato, Rita Laura. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status en la etiología de la violencia*. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Antropología.
- Segrera, Francisco López. (2000). Abrir, impensar, y redimensionar las ciencias sociales en América Latina y el Caribe. *a colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*, 2000, p. 177.
- Serapioni, Mauro y Tesser, Charles Dalcanele. (2020). "O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável." *Saúde em Debate* 43 (2020): 44-57.
- Sigerist, Henry. (2006). Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. *Salud Colectiva*. 2006;2(3):269-279.
- Solíz Torres, María Fernanda. (2016). *Salud colectiva y ecología política: La basura en Ecuador*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; La Tierra, 2016.
- Soto, Edgar Carlos Jarillo, Cosme, José Arturo Granados, Arellano, Oliva López, Márquez, José Alberto Rivera, Andrade, María de los Ángeles Garduño, Henrion, Carolina Tetelboin, & Moreno, Sergio López. (2017). Origen, rumbo y desafíos actuales de la Maestría en Medicina Social de México. *Salud Problema*, (20), 84-99.
- Sousa Campos, Gastão Wagner de. (2021). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. 1a ed.; Ciudad de Buenos Aires, Lugar Editorial, Argentina.
- Starr P. (1991). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica.
- Tajer, Débora, et al. (2007). *Ruta Crítica de la Salud de las Mujeres: Integralidad y equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en la Ciudad de*

Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 2007, vol. 14, p. 00-00.

Terris, Milton. (1992). Tendencias actuales en la Salud Pública de las Américas. *la Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate*, Pub. Cient N, 540.

Testa, Mario. (1989). Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud. *Representación OPS/OMS Argentina*, (11), 1989.

Torres Goitia, Javier. (2008). Desarrollo y Salud: Historia de la medicina social y de la atención primaria de salud. In *Desarrollo y salud: historia de la medicina social y de la atención primaria de salud* (pp. 378-378).

Torres Tovar, Mauricio. (2007). ALAMES: Expresión organizativa de la medicina social en América Latina. *Medicina Social/Social Medicine*, 2(3), 139-144. 016).

Torres, Esteban, et al. (2020). *Hacia la renovación de la teoría social latinoamericana*. Editorial Librería Latinoamericana CLACSO, Buenos Aires.

Torres-Solis, Mauricio, y Ramírez-Valverde, Benito. (2019). Buen vivir y vivir bien: alternativas al desarrollo en Latinoamérica. *Latinoamérica. Revista de estudios Latinoamericanos*, (69), 71-97.

Turci, Silvana Rubano Barretto; Guilam, Maria Cristina Rodrigues; Camara, Maria Clara Coelho. (2010). Epidemiologia e Saúde Coletiva: tendências da produção epidemiológica brasileira quanto ao volume, indexação e áreas de investigação-2001 a 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010, vol. 15, p. 1967-1976.

Ugalde, Antonio; Homedes, Núria. (2007). América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud colectiva*, 2007, vol. 3, nº 1, pág. 33-48.

Vélez Cardona, Waldemiro. (2019). Decolonizar las Ciencias Sociales para el desarrollo de unos Estudios Generales Latinoamericanos y Caribeños. *Revista Umbral*, vol. 1, no 15, 84-115.

Viana, Ana Luiza D.Ávila; Elias, Paulo Eduardo. (2007). Saúde e desenvolvimento. *Ciência & saúde coletiva*, 2007, vol. 12, p. 1765-1777.

Vieira-da-Silva, Ligia Maria. (2018). *O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira*. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Vieira-da-Silva, Ligia Maria, Paim, Jairnilson, & Schraiber, Lilia Blima. (2014). O que é Saúde Coletiva. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 3-12.

Villela, Wilza Vieira, Monteiro, Simone Souza, y Barbosa, Regina Maria. (2020). A contribuição da Revista Ciência & Saúde Coletiva para os estudos sobre e gênero e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 25 (2020): 4803-4812.

Viveros Vigoya, Mara. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17.

Waitzkin, Howard. (1981). Los orígenes sociales de la enfermedad: una historia olvidada. *Servicio de Salud Int J*. 1981; 11: 77-103.

Waitzkin, Howard, et al. (2001). Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American journal of public health* 91.10 (2001): 1592-1601.

Waitzkin, Howard. (2006). One and a half centuries of forgetting and rediscovering: Virchow's lasting contributions to social medicine. *Social Medicine*, 1(1), 5-10.

Wallerstein, Immanuel. (2012). *Geopolitics and geoculture*. Ed KAIROS, 2012.

Walsh, Catherine. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula rasa*, 2008, no 9, p. 131-152.

Weber, Max. (1974). *Wirtschaft und Gesellschaft* Berlin: Köln.

Whitehead, Margaret. (1990). The Concepts and Principles of Equity and Health. EUR/ ICP/RPD 414.7734r. Copenhagen: World Health Organization.

Yu, Chai Ping, Whynes, David. K., & Sach, Tracey H. (2008). Equity in health care financing: The case of Malaysia. *International journal for equity in health*, 7(1), 1-14.



[*www.clacso.edu.ar*](http://www.clacso.edu.ar)



gtsaludinternacionalclacso@gmail.com



/gtsaludinternacionalclacso



@gtsaludinternacionalclacso



www.pensamientocriticoensalud.org