



Grupo regional de **Salud Internacional**
y **Soberanía Sanitaria** - **CLACSO**

II DOSSIERS DE SALUD INTERNACIONAL SUR SUR



LA SALUD INTERNACIONAL SUR SUR: HACIA UN GIRO DECOLONIAL Y EPISTEMOLÓGICO

Autor: Gonzalo Basile



Il Dossiers
Salud Internacional Sur Sur

**La salud internacional sur sur:
Hacia un giro decolonial y epistemológico**

Autor: Gonzalo Basile

II Dossiers
Salud Internacional Sur Sur

**La salud internacional sur sur:
Hacia un giro decolonial y epistemológico**

INDICE

Prólogo	5
Resumen	6
Abreviaturas	7
Introducción	8
Desarrollo	9
La Salud Pública Internacional: un devenir entre los trópicos, la colonialidad, y la enfermología pública del panamericanismo	9
Dimensiones Internacionales del panamericanismo Salud Pública Internacional	14
La instalación de la Salud Global: el camino entre globalización, hegemonía neoliberal y mercantilización global de la vida.....	16
Bases epistémicas de una Salud Internacional de geopolítica Sur Sur	24
Hacia una Salud Internacional Sur Sur: epistemología del Sur y giro decolonial como aproximaciones en la construcción a una nueva geopolítica sanitaria emancipatoria	29
Los 5 principios de la Salud internacional Sur Sur	31
Aproximaciones a una Agenda de Salud Internacional emancipatoria: coordenadas Sur Sur y de soberanía sanitaria	34
A modo de aportes finales	35
Bibliografía consultada y referencias bibliográficas	36



PRÓLOGO

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

Este es un trabajo conjunto de FLACSO RD (Programa República Dominicana) y el Área de Salud de IDEP (Argentina).

Los Dossiers buscan ser un aporte en la producción y difusión de conocimientos e innovación hacia una nueva Salud Internacional Sur Sur, contribuyendo a desarrollar esta perspectiva conceptual, metodológica y de política 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 y organizaciones de sociedad civil, organismos regionales como así en la gestión pública y Gobiernos de América Latina y el Caribe especialmente.

El objetivo central de estas ediciones de los Dossiers es fortalecer un proceso descolonial, emancipatorio e intercultural en el desarrollo de una nueva Salud Internacional Sur Sur.

Editaremos estos Dossiers según una agenda de publicaciones de trabajos y artículos inéditos de destacados investigadores y equipos de trabajo referidos a la Geopolítica colonial del Sistema Internacional de Cooperación, la Salud Internacional Sur Sur y el Giro descolonial, Migraciones y SISS, Agenda global de Reformas a Sistemas y Políticas de Salud, Seguridad Social y Protección Social en el Siglo XXI, las Emergencias socioambientales y Capitalismo del Desastre, Militarización y Acción Humanitaria, Ambiente y Extractivismo, Epidemiología Internacional, Complejo Médico Industrial Farmacológico y Medicamentos, entre otros temas que iremos incorporando con el desarrollo de producciones de este espacio abierto.

Esperamos sean de vuestro interés y difusión.

Ediciones Dossiers de Salud Internacional Sur Sur /Centros miembros CLACSO:

Director Daniel Godoy

* Área de Salud Instituto de Estudios de Participación y Estado (IDEP-ATE)

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

RESUMEN:

El presente artículo realiza una revisión conceptual sistemática y análisis de contenidos crítico caracterizando desde dónde fueron pensadas y desarrolladas las corrientes de la Salud Internacional y la Salud Global en tanto campo de conocimiento, de gestión y gobierno y de acción geopolítica. Este análisis caracteriza y describe a la salud internacional del panamericanismo y salud global liberal como aparatos de reproducción de una geopolítica de poder del sistema-mundo contemporáneo en las diversas etapas y ciclos del capitalismo global: colonial, industrial, y líquido-financiero.

Sistema-mundo asimétrico, depredador, excluyente y reproductor de colonialidad de

Centro-Periferia con aceleración deshumanizante para la salud y la vida de los pueblos. A partir de esta caracterización, se esbozan dimensiones centrales para la deconstruir de estos conceptos dominantes y asimismo se fundamentan aproximaciones de una búsqueda epistemológica desde el Sur con el objetivo de producir una nueva trama e interrelación entre emancipación, autonomía y soberanía en el campo sanitario hacia el desarrollo de una naciente Salud Internacional Sur Sur.

Palabras claves: Salud Internacional - Salud Global - Epistemologías del Sur - Cooperación Internacional - Colonialidad

Cita: **Basile, G.** *Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico.* En **II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.**

Fecha: Diciembre 2018

Autor: Gonzalo Basile (gbasile@flacso.org.do)

Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO

ABREVIATURAS

ADPIC - Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
ALAMES - Asociación Latinoamericana de Medicina Social
ALBA - Alternativa Bolivariana de los Pueblos
AOD - Ayuda Oficial al Desarrollo
BID - Banco Interamericano de Desarrollo
BM - Banco Mundial
CAN - Comunidad Andina de Naciones
CELAC - Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños
CEPAL - Comisión Económica para América Latina
CLACSO - Consejo Latinoamericana de Ciencias Sociales
CMIFF - Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero
CSS - Cooperación Sur Sur
CUS - Cobertura Universal de Salud
DC - Desarrollo de Capacidades
DFID - Department for International Development UK / Departamento de Desarrollo Internacional de Reino Unido
ETN - Enfermedades No Transmisibles
FESP - Funciones Esenciales de Salud Pública
FMI - Fondo Monetario Internacional
OCDE - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM - Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS - Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA - Organización Estados Americanos
OMC - Organización Mundial de Comercio
OMS - Organización Mundial de la Salud
ONG - Organización no gubernamental
ONGN - Organizaciones no gubernamentales del Norte
ONU - Organización de Naciones Unidas
OPS - Organización Panamericana de la Salud
PNUD - Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SGI - Salud Global Liberal
SICA - Sistema de Integración Centroamericano y República Dominicana
SIP - Salud Internacional Panamericana
SISS - Salud Internacional Sur Sur
UNASUR - Unión Suramericana de Naciones
UNICEF - Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
USAID - Agencia de Cooperación al Desarrollo de Estados Unidos

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de este artículo es realizar una revisión conceptual sistemática y análisis de contenidos que permitan caracterizar desde dónde fueron pensadas y desarrolladas las corrientes de la Salud Internacional y la Salud Global en tanto campo de conocimiento; de gestión y gobierno; y de acción. Este texto buscará trabajar bases de comprensión para deconstruir estos conceptos dominantes y asimismo promueve una búsqueda epistemológica desde el Sur hilando una nueva trama e interrelación entre emancipación, autonomía y soberanía en el campo sanitario Sur Sur.

Realizar una revisión conceptual sobre las dimensiones de lo internacional en el campo de la salud, cómo la geopolítica de las relaciones internacionales influyen en la agenda sanitaria y cómo la salud se inserta en las relaciones internacionales en el actual sistema-mundo (WALLERSTEIN, I. 1995) implica trabajar en primer lugar la genealogía de dos conceptos que prominentes y repetidos aparecen como ejes disciplinadores y vertebradores de las reflexiones, estudios, agendas y acciones en este campo. Lo que en este trabajo denominamos salud internacional del panamericanismo (SPI) y salud global liberal (SGI).

Una hipótesis que asume este artículo es que inmediatamente nos adentrarnos en la genealogía y devenir histórico de la salud pública internacional (CUETO, M. 2015)- expresada hoy como panamericanismo- y su continuo postmoderno de la propia salud global (BROWN, TH. M; CUETO, M Y FEE, E. 2006) actual, nos sumergirnos de alguna manera en el corazón de la razón y relación colonial y sus viejos-nuevos lenguajes como vasos comunicantes de reproducción y relaciones de poder (MIGNOLO, W. 2016). Nuestra tesis determina que estas denominaciones no son simplemente dispositivos de dos modelos de abordaje y comprensión histórica, conceptual y metodológica de lo internacional y la salud. Ni la Salud Internacional del panamericanismo (SIP) ni la Salud Global liberal (SGI) son una metáfora estrictamente geográfica o de la salud fuera de las fronteras; sino que ambos son instrumentos de geopolítica que cristalizan, representan, reproducen relaciones de bloques de poder global. Se transformaron en aparatos de reproducción de poder del sistema mundo actual.

Asimismo, estos dispositivos SIP y SGI ¿lograron producir y moldear diplomacias en salud latinoamericanas y caribeñas, profesionales de universidades y centros de estudios como instituciones de formación sanitaria en reproductores y administradores de lógicas, agendas y enlatados que expresan sus intereses geopolíticos de poder y conocimiento?

Podríamos asumir que determinados actores globales del vigente sistema-mundo construyeron por décadas un conjunto de tramas simbólicas, culturales y políticas que en tanto "hegemónicas" (GRAMSCI, A. 1978) reproducen narrativas totalizantes logrando instalar un conjunto de ideas, creencias, valores e intereses que son internalizados como supuestas grandes "verdades" de la salud pública internacional y la novedosa salud global.

El proceso político-social abierto en las últimas décadas en la región latinoamericana y caribeña, sin duda, intentó quizás con sumas dificultades, errores y limitaciones poner al descubierto la necesidad de dismantelar y desnaturalizar esas falacias de estas matrices conceptuales-epistémicas como un ejercicio colectivo estratégico para darle centralidad a un debate clave sobre la producción de una nueva salud internacional Sur Sur para la soberanía sanitaria.

Cualquier discusión sobre la construcción intelectual y política de la salud internacional panamericana y su continuo de salud global debe tratar dos ejercicios simultáneos: la crítica interna de las lógicas hegemónicas de "Occidente" sobre estos conceptos, y la formulación de intereses y estrategias del Sur basados en la autonomía, geopolítica, emancipación, historia y cultura. El primero es un proyecto de deconstrucción y dismantelamiento del campo dominante; el segundo, de construcción y creación. Estos proyectos -el primero funcionando de forma negativa y el segundo de forma positiva- parecen contradictorios, pero es necesario realizar estas labores respectivas en este texto de forma simultánea.

DESARROLLO

Para el presente artículo se realizaron búsquedas de información científica en los países de Centroamérica, Suramérica y el Caribe en bases de datos como: Pub-med, ISI Web of Science, Ebsco Host, Science Direct, SciELO, Redalyc y Latindex. Se localizaron artículos científicos, documentos y textos publicados, artículos en revistas indexadas; para ello se utilizaron palabras claves como: Salud Internacional, Salud Global, Salud Pública Internacional. Las búsquedas

fueron con sus respectivos nombres y se realizó en 3 idiomas (español, inglés y portugués). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) Idioma de la literatura española, inglés y portugués. 2) Publicaciones entre el 2006 a 2016. 3) Artículos científicos, estudios analíticos y informes, documentos y textos de instituciones sanitarias regionales y globales. 4) Publicaciones de los Países de Centroamérica, Suramérica y el Caribe.

La Salud Pública Internacional: un devenir entre los trópicos, la colonialidad, y la enfermología pública del panamericanismo

Algunos autores como Anne Emmanuel Birn consideran a la salud internacional basada en una tradición ligada al pasado de las potencias coloniales desde el siglo XVIII y XIX. Cuando empiezan a generar mecanismos para asumir la salud en sus colonias bajo las preocupaciones de los propios colonizadores (BIRN, AE. 2009).

En general, la salud pública internacional, conocida como salud internacional (GODUE, C.1999) en matriz del panamericanismo, se define como un campo de conocimiento, investigación y acción-práctica interdisciplinaria siendo un concepto que analiza la situación de salud poblacional o de la comunidad internacional como un todo. En particular se tratan de manera preferencial los temas relacionados con las enfermedades que traspasan las fronteras de los países y el rol de los Estados-Nación. Aunque década tras década se fue complejizando el campo, asumiendo una perspectiva de los desafíos de la salud desde los determinantes supranacionales, incluyendo en esto al comercio y el desarrollo económico.

Al ámbito de las relaciones internacionales concebida como una superestructura política, económica, militar, que regula la relación entre las naciones es que se denomina a la salud como asunto internacional. Por eso se analizan los reglamentos, usos y costumbres de lo sanitario en lo internacional, los flujos financieros y de bienes y servicios que circulan

de un lado al otro, la expansión de la estructura explicativa de los procesos de salud-enfermedad de los países hacia lo internacional o la salud como un área importante de las relaciones internacionales. Desde aquí surge un modo explicativo del campo.

Ahora bien, la relación entre colonialismo, enfermedades y comercio (DE LA FLOR GOMEZ, JL. 2005) es quizás donde encontremos los antecedentes y bases conceptuales-metodológicas de lo que luego se denominará salud internacional panamericana (o salud pública internacional). La preocupación colonial recurrente por la enfermedad no tan sólo sobre el "colono" sino en términos de propagación de enfermedades-muertes permitieron el desarrollo de medidas de control sanitario con matrices de segregación racial, cordones y aislamiento médico en las ciudades coloniales, entre otras acciones. Obviamente que la preocupación sobre lo sanitario tenía que ver con el punto de vista de los colonizadores, y la necesidad del estudio como campo de conocimiento permitió a posteriori la aparición de las escuelas de medicina tropical en las metrópolis siendo la más significativa las creadas en Gran Bretaña a partir de 1898: la Liverpool School of Tropical Medicine y la London School of Tropical Medicine.

De ahí que el objetivo central y excluyente que permite comprender las bases fundantes de la salud internacional, es la recurrente geopolítica colonial. La relación metrópoli-periferia. En la historia colonial aparecen las necesidades económicas y problemas de la colonización debido a la epidemiología de las enfermedades especialmente infecciosas en las Américas y en África (tifoidea, malaria, cólera, peste, otras). La medicina colonial británica será un ejemplo paradigmático en tanto prácticas médicas desde el conocimiento europeo central(Norte) pero además como un recurso de los gobiernos coloniales de "control social" ya que la medicina era aplicada recurrentemente por personal médico del ejército colonial británico. Aunque esta perspectiva tendrá sus bases en siglos anteriores, utilizamos un ejemplo del Comité Consultivo para el Desarrollo Colonial de Gran Bretaña que señaló en 1939:

"Si se quiere desarrollar completamente la productividad de los territorios de África Oriental y, con ello la capacidad potencial de estos territorios para absorber bienes manufacturados del Reino Unido, es esencial que el nivel de vida de los nativos aumente, y para ello la erradicación de enfermedades es una de las medidas más importantes".

Podríamos expresarlo en dos coordenadas: la necesidad de salubridad para la gobernabilidad de la acción colonial, junto al higienismo sanitario y posterior medicina tropical para fortalecimiento de las capacidades de la colonialidad.

Unos párrafos detallados merecen la revisión y análisis de la concepción de Medicina Tropical como el encuentro entre la investigación biológica y las ciencias médicas occidentales, en la búsqueda de curas para las enfermedades del trópico (TILLEY, H. 2004). Aunque múltiples ejemplos en Latinoamérica y Caribe analizan en el control vertical de las enfermedades infecciosas que afectaban la productividad económica especialmente a la fuerza del trabajo en zonas agrícolas, lo trascendente a considerar de la medicina tropical es que asume y reproduce una epistemología en sus conocimientos y prácticas: los "trópicos" (léase el Sur) son los que producen enfermedades, epidemias, muertes en la periferia

(luego subdesarrollo), y es el Norte el que debe investigar y dar repuesta a partir de su conocimiento técnico-científico occidental de la medicina moderna.

El trópico o los trópicos son categorías relacionadas con distintos elementos culturales, sociales, históricos, anatómicos y geográficos, su base parte de la denominación climática, pero su carga simbólica referirá a la experiencia eurocéntrica en el proceso de colonización y explotación de las regiones periféricas al centro mundial que representaba Europa. En estos términos, Trópico suele acoplarse a la exterioridad o a la periferia, parte de patrones etnocéntricos interpretativos que sedimentan el concepto con representaciones y experiencias ideológicas complejas, las cuales pueden ser interpretadas como proyecciones sociales, étnico-raciales, culturales o geográficas; es un concepto que acopló en sí fines expansivos y que condujo a la mistificación abstracta del espacio social colonizado. Así, trópico fue Argelia o el norte de África para los franceses, aunque su posición geográfico-climática se encontrara fuera de la zona intertropical (CURTIN, PD. 1989).

La categoría contendrá experiencias y explicaciones dirigidas a dirimir y resolver las contradicciones materiales que la empresa colonizadora encontraba, sedimentando y adjuntando a la categoría trópico nuevos significados. Tal proceso se significó en la estructuración de mitos relacionados con la necesidad material de la Colonia, que en términos dialécticos presentaban contradicciones materiales para los europeos, por así decir, problemáticas técnicas, como el tratamiento de los problemas de salud-enfermedad y sus impactos. Entonces, la Medicina tropical debemos considerarlo como un conjunto de prácticas o campo epistemológico de especialización que experimenta, acumula y comprende, a partir de la idea del trópico (NAVARRO ALVARADO, G. 2016). Además, reproduce mitologías y constituye un amplio proceso de captura de saberes y conocimientos, del que participan activamente las poblaciones llamadas "tropicales" y no solo los "occidentales".

Estas perspectivas tendrán un claro efecto de internacionalización a partir de 1851 con la Conferencia Sanitaria Internacional, siendo el marco histórico de las discusiones por la cooperación para enfrentar las enfermedades infecciosas como cólera, fiebre amarilla, la peste bubónica, malaria, entre otras. El 19 de Enero de 1852 terminó esta Conferencia habiendo empleado casi seis meses. Después de celebrar cuarenta y ocho sesiones plenarias y numerosas reuniones de sus Comisiones, el resultado fue un proyecto de Convenio Sanitario Internacional al que se adjuntó el texto de otro proyecto para elaborar un Reglamento Sanitario Internacional, que comprendía 137 artículos (MATEOS JIMENEZ, J. 2006).

En México, enero de 1902, tuvo su origen la posterior Resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos, y en Washington el 4 de diciembre también de 1902 es que se estableció un consejo directivo permanente. La Quinta Conferencia Internacional de Estados Americanos denominó a las Conferencias Sanitarias Internacionales y a la Oficina Sanitaria Internacional como Conferencias Sanitarias Panamericanas y Oficina Sanitaria Panamericana, respectivamente en 1923. A este organismo que conocemos como Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Desde sus albores y nacimiento, y más intensamente desde los años treinta del siglo XX se estará extendiendo la prerrogativa de erradicar las enfermedades tropicales, por las afectaciones a la transnacionalización del comercio y del capital. Con un mandato de cooperación estatal en el control de enfermedades infecciosas, los Estados -Nación es desde donde se impulsa el surgimiento del panamericanismo de la salud pública (FERRERAS, O. 2014).

Las recordadas campañas verticales sobre fiebre amarilla, tifoidea, malaria, u otras enfermedades vectoriales con uso de DDT, la propagación de programas de inmunizaciones, los intereses de las transnacionales en la producción de materia prima y el tema del higienismo(GUEREÑA, JL.. 2012) para abordar enfermedades en los enclaves productivos

y cordones urbanos, con un rol destacado de la Comisión Sanitaria Rockefeller de la Fundación Rockefeller(FRANCO, S. 2012) con los iniciáticos ministerios de salud pública en Latinoamérica, entre otros aspectos y procesos. La "verticalidad" y el autoritarismo que acabaron adoptando estas campañas y acciones de salud internacional panamericana fueron resultado de un proceso en que se ensayaron diferentes formas de control y eliminación de enfermedades.

Entonces desde sus inicios como "campo"(BOURDIE, P. 1989), la salud internacional panamericana estuvo condicionada por los intereses económicos y geopolíticos de los países autodefinidos como centrales o desarrollados(ARAGÓN L. 2006), que implica de alguna manera visibilizar o invisibilizar en la agenda global según el caso los procesos de salud-enfermedad que genera el propio sistema social imperante en el mundo, las determinaciones globales de la salud, entre otros temas.

En Estados Unidos, por el contrario, el origen se encuentra en la preponderancia económica y militar que alcanzó desde mediados de siglo pasado, hasta llegar a ser el centro mundial de estudio de enfermedades emergentes y tropicales que se encuentra suscripto al Departamento de Defensa del país. Con el auge de la "Guerra Fría", la salud internacional también será un campo de disputa geopolítica. Además de la Fundación Rockefeller, médicos militares norteamericanos promovieron y participaron en campañas similares en algunos países del continente latinoamericano y caribeño (STEPAN, N. 2011). Claro que la Guerra Fría marco dos concepciones de la salud internacional: la salud determinada por la dialéctica de las condiciones sociales y económicas de vida(bloque comunista), y la salud vinculada a la expansión biomédica flexneriana y la atención a las enfermedades basada en medicamentos y tecnologías(bloque capitalista). Aunque esto no fue del todo así lineal, y en ambos bloques de poder se enlazaron una concepción de salud internacional de corte vertical.

La creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 entre los pactos de post-guerra con el ideario del control sanitario que se expresa en el Reglamento Sanitario Internacional, termina de construir un conjunto de reglas para controlar las enfermedades infecciosas buscando disminuir la afectación al comercio y las migraciones de mercancías.

Los procesos de rupturas y continuidades de la medicina colonial a la salud pública internacional y de ahí a la salud internacional panamericana; con la nueva realidad de post Segunda Guerra Mundial (CHOSSUDOVSKY, M. ET AL. 2002), las metrópolis se adaptarán a la nueva atmosfera ideológica a través de un concepto a ser utilizado para sus (ex) colonias: el "desarrollo".

La irrupción de la teorización del desarrollo conllevó intervenciones sobre la planificación estatal para salud, educación, protección social, democracia. Esta segunda etapa en el transcurrir de la salud internacional se desenvuelve en pleno proceso de descolonización especialmente de África (MALDONADO TORRES, N. 2008), comenzando una nueva readecuación epistémica y simbólica con la instalación del concepto del desarrollo (SUNKEL, O. 1999). También ligado a una lógica eurocéntrica, se producen reemplazos progresivos de la lógica de la "ayuda" o "socorro" por la cooperación al desarrollo que estarán sustancialmente basados en la exportación del conocimiento técnico occidental (CUETO, M. 1996).

A diferencia de lo sucedido en Europa, con el escenario de la post- Segunda Guerra Mundial donde el proceso de integración surgió como un mecanismo para asegurar la paz y construyen Estados sociales de bienestar (HAAS, E. 1948), en América Latina el objetivo de la integración regional siempre giró en la hipótesis y teoría del desarrollo en especial el económico (PREBISCH, R. 1948). De ahí la expansión de las tesis del pensamiento cepalino (CEPAL), que sostuvo que el logro del desarrollo de los países de la región, dependía de superar el deterioro en los términos de intercambio

y para ello, la meta sociopolítica de un Estado planificador como promotor capitalista del desarrollo, entre otras prerrogativas. Este modelo desarrollista latinoamericano asumió con esperanza las tesis del desarrollo (DOS SANTOS, T. 2000); y hasta los '70 fue la hoja de ruta donde se movió y expandió la salud internacional del panamericanismo bajo estas premisas del clima de época desarrollista (Ej: Oficinas de Planificación en Salud, expansión salud pública vertical, otros).

En esta etapa, se terminará de estructurar el campo de la salud Internacional panamericana con sus coordenadas conceptuales, metodológicas y político-sanitarias. La estructuración tendrá como características centrales:

- La genealogía de un sanitarismo internacional panamericano desde una perspectiva de lo que Edmundo Granda define como enfermología pública (GRANDA, E. 2004): Centralidad de la enfermedad en los problemas poblacionales de salud.
- Centralidad sobre enfermedades infecciosas y en control vertical basado en tesis de medicina tropical especialmente las que se producen en las colonias y periferia (donde se "investiga", se ensaya, se prueba). Formación en Escuelas de medicina tropical, vigilancia de enfermedades infecciosas y control de fronteras. Reglamento Sanitario Internacional como horizonte.
- Primacía de intereses comerciales y migratorios de los países centrales.
- Predominio Técnica Biomédica y de la cooperación médica en una mirada biomédica (MENÉNDEZ, E-2005), es decir, de la biomedicalización de los problemas de salud internacional.
- Ayuda Técnica y científica como relación entre países industrializados centrales y los países dependientes en subdesarrollo periféricos, con la dinámica de "expertos".

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

- Políticas de salud pública vinculadas a la expansión de sistemas de salud y de protección social del capitalismo industrial

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

- La Salud es parte de la "teorización" del Desarrollo

- Modelo de SIP será inherente al régimen internacional de Cooperación al Desarrollo.

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

Un párrafo especial implica enunciar la trayectoria de la SIP al convertirse (domesticación mediante) en parte del engranaje en la expansión del régimen internacional de cooperación al desarrollo (DE LA FLOR GOMEZ, JL. 2005). Para varios autores, este sistema internacional de cooperación será estructurado como un instrumento de política exterior de los países y bloques de poder centrales buscando reafirmar posiciones de poder desde sus decisiones geopolíticas(MORGENTHAU, 1986). Lo que se denominó inicialmente como "Ayuda Oficial al Desarrollo" (AOD) hoy conocido como Cooperación al Desarrollo naturalizó la promoción de intereses económicos, políticos, culturales e incluso ideológicos de política exterior y relaciones de poder globales del Norte al Sur. Este proceso resultó más una imposición de una única direccionalidad de relación entre países industrializados centrales y los países dependientes en subdesarrollo periféricos, en general, redundando hasta la actualidad en un régimen de cooperación internacional al desarrollo basado en la fragmentación, imprevisibilidad, malas praxis, debilidad en la coordinación y generación de dependencia de los Estados-Sociedades de lo que tradicionalmente se enunciaba como AOD (BASILE,

G. CLACSO 2018). Varios autores y literatura de revisión y de análisis de contenidos como impacto de la AOD, redundan en resaltar la relación asimétrica de imposición, jerarquización, de transferencia pasiva de conocimientos, con preeminencia de tecnologías, productos y supuestas "expertises".

Como Paulo Buss lo plantea en sus textos, desde el punto de vista de la mayoría de los países donantes, agencias y actores individuales de los programas de "ayuda al desarrollo" existe una evidente simplificación de la realidad de los países subdesarrollados, receptores de esas medidas. La ignorancia de la complejidad y de los desafíos de las sociedades latinoamericanas, caribeñas y africanas son evidentes y se retroalimentan aún con cambio de denominaciones o nombres. Los programas verticales vinculados a enfermedades específicas, con nulos impactos en el fortalecimiento de los sistemas de salud pública y la ciudadanía saludable de las sociedades del Sur también se evidenció como ciertos legados.

Las miradas críticas a los enfoques de salud internacional panamericana reflejan:

"el reduccionismo biologicista de las "enfermedades tropicales", según el cual se ha llegado a pensar que los trópicos están enfermos, su concentración excesiva en el derecho, los códigos internacionales y el Reglamento Sanitario Internacional; algunos supuestos de que el enfoque de salud internacional es cuestión de países subdesarrollados y poblaciones pobres y marginadas, consideradas "fatalmente enfermas" y que impiden visualizar influencia de las relaciones sociales internacionales de producción y el comercio; la percepción de los problemas de salud como resultado de la relación Norte-Sur, algo que ha sido rebasado por el actual orden internacional de la globalización; y la dependencia excesiva de los círculos de poder, los intereses económicos y las alianzas comerciales" ... "algunos de los fracasos derivados de la salud pública internacional, agravados por la competencia en los mercados globales, se pueden mencionar: las enfermedades emergentes y reemergentes y las llamadas enfermedades olvidadas, que siguen llevando sufrimiento a cientos de millones de personas en las áreas tropicales y subtropicales del mundo, el incremento de la pandemia del VIH, el aumento de las inequidades en salud entre países y dentro de ellos, el insuficiente esfuerzo aplicado a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la falta de equidad en la orientación de los sistemas de salud; y la ausencia de acuerdo en las relaciones internacionales para enfrentar el cambio climático"

(FRANCO-GIRALDO A. y ALVAREZ-DARDET C. 2009)

En resumen, podemos decir que la salud internacional panamericana tiene como núcleo dos elementos fundantes:

1- Pertenece al campo de las relaciones coloniales e internacionales, que se mantuvo inserto en un sistema de relaciones de poder.

2- Pertenece al campo económico en términos de su significativa participación en la división internacional del trabajo.

Cuadro 1 - Bases de la Salud Internacional Panamericana

Campo	Marco conceptual
<i>Bases epistemológicas y conceptuales</i>	Colonialidad. Teoría del Desarrollo y Panamericanismo.
<i>Enfoque</i>	Trópicos - Control Sanitario - Enfermología pública - Técnicas biomédicas clínicas y poblacionales
<i>Actores</i>	*Metrópolis/Países centrales *Receptores: Estados periféricos y Ministerios de Salud * OMS/OPS * Fundación Rockefeller
<i>Financiamiento</i>	*Metrópolis colonizadoras *Estados centrales- Nacientes Agencias de cooperación y OMS(OPS); * Fundación Rockefeller
<i>Cooperación Internacional</i>	Vertical. Preeminencia Norte-Sur.
<i>Agenda de Prioridades</i>	Enfermedades tropicales/infecciosas. Transferencia técnica científica a Organismos públicos del Sur Campañas de vacunación Desarrollo de Servicios de Salud Pública
<i>Formación profesional diplomacias</i>	Residencia de Programa de Líderes de Salud Internacional OPS
<i>Participación sociedad civil</i>	No considera

Fuente: Elaboración propia

Dimensiones Internacionales del panamericanismo Salud Pública Internacional

En las conceptualizaciones contemporáneas, ahora más que antes se deben enfrentar los desafíos que trascienden las fronteras nacionales y los actores sociales y las relaciones de poder de las fuerzas locales y globales que afectan la salud internacional como pueden ser la urbanización, la migración, las poblaciones sin arraigo territorial, la gestión de

riesgos de desastres, las enfermedades epidémicas, la explosión de la tecnología de la información, como también la creciente mercantilización de la vida y la salud en el marco de la expansión global de los mercados en la salud, como la pérdida de rectoría e influencia de los Estados y las naciones.

Son varios los elementos y problemáticas que la Salud Internacional panamericana pone en estudio, entre ellos las endemias y epidemias y los movimientos poblacionales, y entre estos, lo que puede acontecer en las migraciones. Teniendo en cuenta este contexto se pueden enumerar algunas de las cuestiones:

-Epidemiología: La expansión, transmisión y vigilancia de las enfermedades infecciosas, de los patrones de resistencia microorganismos, abordaje de problemas de salud con alta carga de morbimortalidad, como son la tuberculosis, ébola, VIH, malaria, cólera, dengue, zika, fiebre amarilla, entre otras patologías. Es necesario el seguimiento y estudio de enfermedades consideradas emergentes y reemergentes.

-El estudio de procesos de salud-enfermedad y epidemiología poblacional en los movimientos migratorios en varios sentidos: desplazamientos profesionales o forzados, turismo, refugiados políticos o de guerra, migrantes por razones socio-económicas, otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) con los instrumentos del Reglamento Sanitario Internacional utiliza esta perspectiva para reducir transmisión de enfermedades infecciosas durante viajes internacionales y movimientos poblacionales migratorios.

-Análisis comparativos y diseño de políticas públicas para los sistemas de salud: sobre los modelos de protección social y de cobertura, acceso y calidad de la atención en salud, organización de servicios y de financiamiento y gestión de los sistemas sanitarios; especialmente cuando los cambios en las políticas y sistemas de salud se basan en acuerdos multilaterales o bilaterales o promoción de "políticas basadas en la evidencia".

-La invasión de ecosistemas vírgenes por multitud de actividades humanas que favorecen el contacto con vectores o microorganismos que se hallaban aislados.

-La degradación ambiental por la deforestación, industrias sucias, extractivismo depredador, las urbanizaciones descontroladas y inequitativas con pobres infraestructuras y provocando segmentación del espacio en las ciudades con viviendas precarias, carencias de agua y saneamiento adecuado, hacinamiento (brotes urbanos de fiebre amarilla, Dengue, Chikungunya, Cólera, otros). Sólo se aborda desde el punto de vista de los daños (morbi-mortalidad) y no de los procesos estructurantes.

-Los procesos vinculados al cambio climático y la producción de desastres (inundaciones, deslizamientos, huracanes, olas de calor, olas de frío, otros) que inciden a nivel global pero de manera más acentuada en países que por su nivel económico tienen escasa capacidad de respuesta a los mismos y dependen de la cooperación internacional.

-El crecimiento del turismo hacia países de renta baja que pueden implicar re-ingreso de enfermedades ya resueltas en su país de origen, o bien, las migraciones en sentido inverso.

-De Alma Ata en 1978 a Bellagio con la APS Selectiva, de la promoción de salud en Ottawa a los SILOS, entre otras cumbres y acuerdos de agenda del sanitarismo panamericano.

La instalación de la Salud Global: el camino entre globalización, hegemonía neoliberal y mercantilización global de la vida

Las radicales transformaciones producidas por las consignas del fin de la historia (FUKUYAMA, F., 1992) y profecías del Consenso de Washington (LECHINI, G. 2008) que muchos de los gobiernos (DUARTE, M. 2002) y países acompañaron sacramente durante la década de los '80 y '90 en América Latina con la oficiosa intervención de los organismos internacionales como el FMI (GIRÓN, A. 2008), Banco Mundial y el BID; no sólo tuvieron consecuencias directas sobre la financierización (VILAS, A. 1994) de la economía, la mercantilización de la vida (BREIL, J. 2009), la destrucción de derechos y de la naturaleza, la profundización de condiciones de vida malsanas e inequitativas (BREILH, J. 2010), la afectación a la soberanía económica y política entre otras dimensiones, sino que también trabajaron fervientemente en la construcción del nacimiento de nueva conceptualización: la salud global basada en la racionalidad liberal y economía neoclásica.

En primer lugar, es necesario enfatizar que las reflexiones sobre la globalización nunca fueron neutrales y que los puntos de vista de los teóricos de la globalización no están libres de valoraciones. Como plantea Vicens Navarro, no hay nada intrínsecamente bueno o malo en el flujo de capital, trabajo y conocimiento en torno a la mundialización; su bondad o maldad depende de quién gobierna el flujo, lo que determina quién se beneficia de ello, las dinámicas que se imponen, por tanto la globalización es una forma específica de internacionalización del capital, trabajo y conocimiento, caracterizados por un sistema sin restricciones, asimétrico y no regulado que responde a intereses financieros y económicos y búsqueda de maximización de beneficios, en gran medida reforzado por las políticas públicas existentes en el gobierno del Estado (NAVARRO, V. 1999).

Es en este contexto, como lo describe Antonio Ugalde, que las fundaciones filantrópicas, los grupos farmacéuticos y organizaciones financieras y de comercio como el Banco Mundial (BM), OCDE, OMC o el FMI pasarán a ser actores centrales de la agenda sanitaria global y en especial en las reformas en políticas y sistemas de salud (UGALDE, A., & HOMEDES, N. 2007). A medida que el ciclo desarrollista entraba en declive en la región latinoamericana, la salud internacional del panamericanismo perderá centralidad y poder global y regional a manos de un complejo político liberal donde los Estados pierden su injerencia como actores y se incorporan agentes extra-sanitarios tanto en el financiamiento como en la definición de la orientación de las políticas sanitarias. Esta centralidad radicará en la mundialización y mercantilización sanitaria. Ugalde y Homedes lo describen

"... una de las diferencias esenciales entre el colonialismo y el nuevo orden internacional que algunos han llamado neocolonialismo, es que el nuevo orden utiliza empresas transnacionales para la acumulación de capital en beneficio de la clase capitalista. Por su naturaleza, las empresas transnacionales, aunque están domiciliadas en un país, son apátridas. Funcionan a nivel mundial y transfieren sus centros de producción a lugares donde maximizan la acumulación del capital, ya sea por que los salarios son más bajos, los gobiernos les ofrecen incentivos fiscales, la legislación ambiental y de seguridad son menos estrictas, tienen infraestructuras adecuadas o profesionales competentes, o porque consideran que la producción en un país va a facilitar el incremento de ventas en ese lugar. En definitiva, ciertas funciones de producción se llevan a cabo en países desarrollados y otras en países menos desarrollados. La decisión no se base en las necesidades de un país sino en la de acumular de capital ... La segunda mitad del siglo XX ha presenciado, mediante fusiones y compras, la creación de gigantescas empresas transnacionales que han acumulado no solamente capital sino también un poder extraordinario. La consolidación continúa y resulta difícil predecir cuándo va a terminar. La mayoría de las transnacionales tienen su oficina central en los países occidentales/industriales, pero la ubicación no es especialmente importante, y vemos que un número cada vez mayor tienen sus sedes en países de ingresos medios (por ejemplo México y Brasil) y en países pobres (como India y China)..."

El desequilibrio internacional en la distribución de la riqueza, el poder y los recursos, se agravó en la década de los '80 y '90 a partir de lo que diversos autores llamaron globalización neoliberal (GUILLÉN A. 2007). Esta globalización estuvo asociada a la intensificación acelerada de procesos económicos y sociales que afectaron (y afectan) gravemente la salud colectiva de las sociedades debido a las condiciones constitutivas de generación de desigualdades que la acompañan hasta nuestros días (BREILH J. y YLONKA MUÑOZ 2009). Aunque la globalización se interpretó desde diversas perspectivas, una de sus aproximaciones desde una mirada cándida fue descrita como "un proceso histórico caracterizado por cambios en la naturaleza de la interacción humana a través de una variedad de esferas sociales (económicas, políticas, tecnológicas, culturales y ambientales)" (LEE K. 2000), gracias a que las fronteras "desaparecen". Los límites que nos separaban en las dimensiones espacial, temporal y cognitiva también cambian durante la globalización. Pero es importante destacar que las transformaciones supuestamente emparentadas a la globalización impactan en una amplia gama de aspectos de la vida humana y de las poblaciones (LABONTÉ R. 2007) en su mayoría de forma negativa.

Es en este clima de época, que en el año 1992, 31 miembros de la Dirección Ejecutiva de la Asamblea Mundial de Salud decidieron nombrar un "grupo de trabajo" para recomendar de qué manera la propia OMS podía ser más eficaz en el trabajo de salud en lo internacional a la luz de los cambios globales devenidos del propio escenario global en el mundo post-caída del Muro y bloque socialista (URSS), la hegemonía del sistema mundial de los Estados Unidos basadas en el Consenso de Washington, la mundialización liberal y el incremento de poder global de las corporaciones transnacionales, al Banco Mundial, UNICEF, agencias de cooperación bilaterales, ONGN y fundaciones filantrópicas por sobre la propia OMS como hacedoras de la salud internacional.

A la luz de este contexto globalizante, 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 AE 2011). Es así que el término salud global comienza a dominar el discurso político mundial en la salud articulando una supuesta nueva agenda y readequación epistémica. Aunque este concepto lo utilizan sobre todo en un primer momento agencias internacionales y fundaciones privadas, luego la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Sistema de Naciones Unidas lo asumirá como perspectiva propia. En general, el uso de dicha palabra no es neutral, y bajo la nueva denominación aparecen intereses contradictorios, conflictos y tensiones que determinan las agendas políticas en la salud y lo internacional.

Anne-Emanuelle Birn (BIRN AE 2011) lo plantea abiertamente expresando sobre la salud global:

"En medio de este embrollo, un rasgo característico de la nueva salud global es indudablemente la enorme oportunidad de inversión de capital privado, mantenido antes bajo control por las exigencias de la Guerra Fría. Las posibilidades de ganancias rentables en el campo de la salud global se han visto sancionadas implícitamente por la explosión de asociaciones público-privadas en los últimos decenios y fortalecidas por la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud durante el periodo 2000-2002, con el doble significado del exhorto a "Invertir en Salud" (que se hace eco del informe publicado por el Banco Mundial con un título idéntico en 1993) como forma de mejorar la productividad económica y acumular lucros privados" ... "Pese a esta realidad, las expresiones dominantes de la salud global excluyen debates sobre la mercantilización de la salud, los lucros privados y el papel del capitalismo de mercado en la salud" ...

Multiplicidad de autores y referencias bibliográficas intentan vincular a la salud global como una ampliación y actualización modernizante del supuesto viejo marco conceptual de la salud internacional panamericana estatal, vertical y enfermóloga; por un sanitarismo globalizante abierto que viene a incorporar la perspectiva de derechos humanos y de género del siglo XXI,

una participación activa de las comunidades y poblaciones en las soluciones a los problemas de salud globales (SANJUÁN, H., BAQUERO LATORRE, H., & NAVARRO LECHUGA, E. 2011), una matriz de metas globales plasmadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (hoy Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS).

También aparecen vinculaciones a las Iniciativas Globales en Salud (Global Health Initiatives-GHIS), la Comisión de Macroeconomía y Salud establecida por la Dra. Gro Harlem Brundtland durante su gestión en la OMS, la Comisión (2008) y posterior Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud (2011) instrumentalizando los DSS, la Cobertura Universal de Salud (CUS), la Conferencia de Atención Primaria de Salud en Astana 2018 (OMS); entre otros.

Ahora bien, un trabajo de Francisco Armada, Carlos Muntaner y Vicente Navarro; documenta detalladamente la convergencia de las decisiones de la propia OMS, el Banco Mundial y las corporaciones transnacionales de forma cada vez más evidente (ARMADA F, MUNTANER C, NAVARRO V. 2001). Sólo un acto de simplismo conceptual podría negar que en el mismo momento que se articula un profundo proceso de globalización de la hegemonía neoliberal (SADER. E et al 1999), se profundiza una despolitización de la agenda global sanitaria con la supuesta standarización de los requisitos mínimos para el Desarrollo; se aceleran regresivas reformas sectoriales de salud, se consolida una división funcionalista entre organismos internacionales y se produce el tránsito hacia parámetros tecnocráticos de las cuestiones sanitarias en lo internacional. Es el mismo momento que se consolida este nuevo dispositivo: la salud global "liberal" (SGI).

Así cabe destacar 3 procesos centrales que se consolidan con el nacimiento y apogeo de esta salud global liberal que se definen no desde sus loables enunciados sino de las agendas, políticas y acciones mundiales que operacionaliza:

1. Las reformas sociales al Estado y reformas sectoriales a los sistemas de salud de corte neoliberal.

2. La funcionalización de la salud pública (panamericanismo en lo internacional) a los mandatos del mercado, es decir a la mercantilización de la salud y la vida y el rol residual del Estado. A esto lo denominaron Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) con las confluencias de agenda complementaria entre OMS (OPS), Banco Mundial y corporaciones.

3. La consolidación como actores hegemónicos del complejo médico industrial farmacéutico financiero y las corporaciones transnacionales (incluyendo filantropocapitalismo) con un rol estructurante de la agenda global de la salud.

En plena década de los '90, como explica Emir Sader y Pablo Gentili se busca instalar que el único proceso posible dentro de la esfera de lo público (FLEURY, S. 1999) era la necesidad del ajuste fiscal (BUSTELO, E. 1992) estructural y la contracción de los servicios públicos dando por terminada la etapa del Estado social proveedor (FLEURY, S. 1999) de servicios públicos. Así para América Latina y el Caribe los procesos de reforma en salud (ALMEIDA, C. 2001) no provinieron de la necesidad de disminuir el gasto social como ocurría en los Estados de Bienestar europeos (NAVARRO, V. 1998), sino de la excesiva contracción impuesta por estos ajustes económicos y por el vertiginoso incremento de las desigualdades sociales como consecuencia directa e indirecta del llamado Consenso de Washington (GIRÓN, A. 2008).

Y en este mismo periodo de instalación de la salud global, se producirá la primera etapa de reformas sectoriales de salud en el continente. Sonia Fleury la caracterizará resumidamente con un enfoque dominante de la política de salud -en el marco de políticas sociales de ciudadanía restringida (FLEURY, S. 2004) de la época- bajo el economicismo (ALVAREZ, J. 2005) de sus postulados y no el de satisfacer las necesidades de salud de la población. En un contexto restrictivo de las cuentas públicas y el financiamiento de los Estados, sumarse a la agenda de reformas en cada país fue también una forma de acceder a préstamos internacionales que permitirían financiar la aguda crisis de los servicios públicos y de la seguridad social en los países

latinoamericanos. Básicamente esta primera etapa de reforma sectorial, como lo expresan Alicia Girón y Laurell, es promovida con soporte de préstamos internacionales, y sirve de base para la elaboración de marcos jurídicos (leyes, decretos, resoluciones ministeriales, reformas constitucionales), que facilitaron la instalación en el plano simbólico y político en las sociedades latinoamericanas a partir de la crisis del Estado de Bienestar incompleto. Estos procesos según Michel Marmot profundizaron la mercantilización de determinantes sociales para la salud tales como el agua, los servicios de salud o la electricidad mientras la capacidad de control y de regulación del sector público iba disminuyendo (MARMOT, M. 2008). La salud como lo describe Asa Cristina Laurell dejó de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado era responsable (ONU, 1949), para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Esto produce un cambio de sentido fundamental, ya que la salud deja de ser un bien público para convertirse en un bien privado de mercado (LAURELL, AC 1995) (TESTA, M. 1997). Los sujetos transitan un camino de ser "ciudadanos" pasando a ser consumidores, clientes, usuarios como explica Ramón Rosales y Mario Testa.

Como bien lo ejemplifica Celia Almeida (ALMEIDA, C. 2002), "este proceso cuestionó el derecho a la salud como un derecho humano o un beneficio social. La inspiración conservadora de esta agenda y su forma más radical limitan la reforma a la provisión de cuidados médicos individuales, sin tener en consideración el sistema de salud como un todo y las necesidades de salud de la población, ni relacionar el proceso de reforma sectorial con estrategias multisectoriales para la salud, con el objetivo de superar las desigualdades". También se incluye la promoción de la descentralización del sector y privatización de los proveedores de servicios (HOMEDES, N. y UGALDE, A. 2005).

En esta etapa como también lo describe Ugalde los sistemas públicos de salud fueron fragilizados, desfinanciados, además progresivamente sufrieron embates de dismantelamiento: incorporación de la lógica privada en la esfera de lo público (Hospi-

tales de autogestión, gerenciamientos/tercerizaciones/privatizaciones), desarrollo de autofinanciamiento a través de organismos sin fines de lucro no estatales, progresiva mixtura de fondos públicos transferidos a sector privado (atención en discapacidad, otros), la descentralización de salud que implicó de hecho una desresponsabilización de la rectoría de los Estados nacionales, entre otras medidas.

Sobre este proceso autores como Celia Iriart y Emerson Merhy (IRIART, C.; MERHY, E. 2000) consideran en este contexto:

... "en el ámbito sanitario un importante número de los denominados "expertos" van a contribuir a la construcción de este nuevo sentido común, al sostener las siguientes ideas como los "fundamentos" desde donde repensar el sistema de salud: a) la crisis en salud obedece a causas financieras; b) el gerenciamiento introduce una "nueva" racionalidad administrativa indispensable para salir de la crisis; c) es imprescindible subordinar las decisiones clínicas a esta nueva racionalidad, si se quieren disminuir los costos; d) la eficiencia aumenta, si se separa el financiamiento de la prestación y se generaliza la competencia entre todos los subsectores (estatal, seguridad social y privado); e) se debe desarrollar el mercado de salud porque es el mejor regulador de la calidad y costos; f) no se debe subsidiar a la oferta sino a la demanda; g) la flexibilización de las relaciones laborales es el mejor mecanismo para lograr eficiencia, productividad y calidad; h) la administración privada es más eficiente y menos corrupta que la pública; i) los pagos a la seguridad social son propiedad de cada trabajador; j) la desregulación de la seguridad social permitirá al usuario la libertad de elección, para poder optar por el mejor administrador de sus fondos; k) el pasaje del usuario/paciente/beneficiario al de cliente o consumidor es la garantía para que exija que sus derechos sean respetados; l) la garantía de la calidad está dada por la satisfacción del cliente" ...

La agenda sobre reformas a los sistemas sanitarios latinoamericanos estuvo signada así por los postulados del Banco Mundial, BID, agencias de cooperación como USAID y acompañados por la OMS. Para Sonia Fleury se basaron en el diseño de políticas en lo que se conoce como asistencialismo focalizado y ciudadanía restringida. Los dispositivos del antiguo modelo de asistencia social liberal (FLEURY, S. 2002) como lo explica Asa Cristina Laurell, son la base para que estos organismos internacionales propiciaran en los '90 las políticas focales o asistencialismo focalizado, operaciones sociales asistenciales que debían dirigirse a los focos de pobreza extrema y grupos vulnerables más profundos (FLEURY, S. 2004).

En la última década, Asa Cristina Laurell describe una segunda etapa de la reforma social al Estado (BID, 2003) y en este marco relanzamiento de las reformas al sector salud, lo detalla de esta manera: "Los fracasos sociales de la Reforma del Estado en los años '80 y '90 llevaron a los organismos financieros supranacionales a plantear una segunda reforma o Modernización del Estado para atenuar los problemas causados por la primera y recuperar la legitimidad cuestionada. En una interpretación inexacta se ha creído que la segunda reforma significa el reconocimiento de que el mercado no resuelve la "cuestión social" y, por ello, es necesario reintroducir al Estado como garante de los derechos sociales. Sin embargo, la lectura de los textos programáticos de esta reforma aclara que esta no debe infringir los cánones de la nueva economía, o sea, el mercado como principio rector de la economía, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal, la apertura externa, o causar la competencia desleal del Estado con el sector privado. La reforma solo debe centrarse en lograr una mayor eficiencia del Estado, la cohesión social y la gobernabilidad".

En este marco, en el 2013 los ministros de salud de las Américas en el 53° Consejo Directivo del Comité Regional de la OMS para las Américas, aprobó por unanimidad la "Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud" (ReF CD53/5). En general, exceptuando algún caso

particular como Cuba, el de Brasil o los intentos de Bolivia, los países de la región se plegaron desde 2013 a esta iniciativa global de Cobertura Universal de Salud/Salud Universal que viene acoplándose a la prerrogativa de extensión de pluralismo estructurado (LONDOÑO y FRENK, 1997) con sistemas de "aseguramiento" en salud (HSIAO, W. y SHAW, P. 2007) en el marco de la nueva oleada basada en el gerenciamiento del riesgo social (HOLZMANN, R y JORGENSEN, S. 2001). Traducción: cobertura sanitaria a través de seguros por estrato social, separación de funciones, modulación financiera y provisión de servicios privados y públicos en competencia regulada. Se puede mencionar como precursores el caso de Chile de Augusto Pinochet en el '82 creando el modelo FONASA-ISAPRES y la reforma neoliberal de Colombia en los '90 con la Ley 100 (ALMEIDA, C. 2002), o actualmente el aseguramiento de Perú (WILSON, L. y PONCE, C. 2009), la reforma de 2003 de República Dominicana, o las más recientes de Uruguay y Argentina; son casos en este camino. El sistema financiero comprendió que hay espacios de acumulación de capital también en las coberturas de salud; ya no sólo en el complejo médico industrial farmacéutico de equipamiento, medicamentos e insumos-tecnología.

El segundo aspecto, demarcador de la SGI es la instalación del funcionalismo de la nueva salud pública asimilada por universidades, centros de formación, gestores de gobierno. Si en el siglo XX, la salud pública del panamericanismo fungía bajo las premisas primero del capitalismo colonial a posteriori del capitalismo industrial y por momentos desarrollista en sus tesis centrales, en el capitalismo del siglo XXI la institucionalidad y agenda de la salud internacional panamericana pasará a ocuparse solamente de las funciones esenciales de la salud pública, en función de un mandato de los actores globales y nacionales del mercado y sus agencias y organismos que representan estos intereses (ARMADA F, MUNTANER C, NAVARRO V. 2001). Las funciones esenciales no tendrán relación con una dinámica de mayores o mejores respuestas colectivas, integrales,

interdependientes de las determinaciones globales de la salud para el bienestar de las sociedades. Las FESP según Oscar Feo será la función que los bancos le asignarán a una salud pública residual, ocupada en funciones mínimas de rectoría, regulación, atención de enfermedades de altas externalidades y bajo lucro (endemias, epidemias, ciertas vacunas) o en evaluación sanitaria y compras públicas. Funcionalizan la salud pública al mercado (FEO, O. 2004). Por qué? Porque el diseño de las agendas, políticas y las reformas estructurantes quedaron a cargo de los bancos, o sea del sistema financiero, expresado en las tecnocracias del BID, Banco Mundial y otros actores extra-sanitarios.

Por último, el tercer aspecto característico de la SGI será la maximización y expansión inusitada de procesos de fusiones y desarrollo de un complejo médico industrial farmacéutico financiero que hoy nuclea compañías y grupos transnacionales con intereses y geopolítica no sólo en el mercado farmacéutico sino en un intrincado entramado productivo, financiero, alimentario y generador de demanda consumista en salud con tasas de ganancias extraordinarias incluso para el Siglo XXI.

Sólo la industria y el consumo de medicamentos en el mundo implican un mercado de aproximadamente US\$1.430 millones de millones de dólares al año. Altamente concentrado en los países denominados centrales y "desarrollados", que son los que a su vez lideran las actividades de investigación científica, innovación y desarrollo de nuevos fármacos y productos farmacéuticos según las tendencias de mercantilización de la medicina basada en las evidencias de la propia industria y no en las necesidades sanitarias de la humanidad (UGALDE, A., & HOMEDES, N. 2009). En efecto, sólo Estados Unidos y Canadá representan el 43,4 por ciento(%) del consumo mundial medicamentos, que se eleva al 69,7 por ciento(%) si se incluyen también los consumos de Europa y Japón. En 2017, el mercado farmacéutico de América del Norte, Asia Pacífico y Europa Occidental representó aproximadamente el 79 por ciento (37 %, 22% y 20%) de la cuota de mercado mundial, respectiva-

mente.¹ La industria farmacéutica mundial sigue siendo uno de los sectores más prometedores para los negocios del gran capital y garantía de tasas de ganancias extraordinarias, con una alta concentración. El mundo farmacéutico es un pastel de gran valor sectorial que es liderado por 17 "big pharma" (valor global del 51% de mercado distribuido entre estas mega empresas), seguido de 277 pequeñas empresas farmacéuticas (de especialidad farmacéutica), con 23% de participación, seguido de China y el sector genérico; que son casi iguales en tamaño. Estos son seguidos por Japón Pharma (6%) y Biotecnología (3%).

Este complejo mundial de negocios de la enfermedad y salud, tuvo como bases las desregulaciones globales impulsadas por la OMC cuando se presentó el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) en 2002 y en los debates que siguieron reveló el poco interés por el derecho a la salud de la geopolítica del comercio mundial; y mucho interés en la extensión del período de exclusividad para los negocios, es decir de garantías de monopolio, de un nuevo producto en el mercado a 20 años (UGALDE, A., & HOMEDES, N. 2009).

Un segundo componente de este tercer aspecto, es la sofisticación del denominado filantropocapitalismo sanitario (BIRN, A. E., & RICHTER, J. 2018). La ya conocida geopolítica de la filantropía empresarial y los intereses de mercado fue célebremente estudiado en las campañas sanitarias anti-maláricas, de extensión de vacunación, de incremento de capacidades de los nacientes ministerios de salud pública y otras políticas de la Fundación Rockefeller en el siglo XX.

El término filantropocapitalismo, fue acuñado por el editor de negocios estadounidense de The Economist, y se refiere tanto a infundir en la filantropía los principios y prácticas de lucro, como a demostrar la potencial beneficencia del capitalismo a través

1 <https://www.aimfa.es/top-10-companias-farmaceuticas-2018-nivel-mundial>.

de innovaciones que supuestamente "benefician a todos, tarde o temprano, a través de nuevos productos, mayor calidad y precios más bajos." (BISHOP, M., & GREEN, M. F. 2009).

En este siglo XXI, la estrategia de ayudar, dar, sumarse a temas de agenda global de salud no es gratuita. Son inversores en cuestiones sociales y sanitarias que consideran y calculan maximizar lucro y ganancias para ciertas causas de interés como la ampliación de vacunas(usando incluso el GAVI), investigaciones medicamentosas para enfermedades huérfanas, programas verticales sobre infecciosas como Malaria, propagación del paquete transgénico para respuestas a crisis alimentarias. En general se utiliza el ejemplo de la Fundación Bill y Melinda Gates como paradigma. Aunque en realidad es más complejo la cartografía actual del filantropocapitalismo: el poder exponencial de la Fundación Carlos Slim, Fundación Clinton, Berkshire Hathaway (Walt Mark, Nestlé, Sanofi-Aventis, otras), Grupo Bilderbeg, Bayer-Monsanto, entre otros.

En resumen, la Salud Global liberal(SGI) actualmente se expresa en las siguientes coordenadas y contenidos programáticos:

- Se desarrolla en el mismo contexto que la hegemonía de un tipo de globalización de preeminencia neoliberal.
- Se construye en el marco de reformas regresivas y reconfiguración del Estado y los Sistemas de Salud.
- Se extienden globalmente las determinaciones negativas a la salud y la vida.
- Actores de grupos económicos privados y filantropía empresaria tienen un peso fundamental, se definirá como "filantropocapitalismo".
- Mientras incorpora una perspectiva de derechos humanos en la salud, migraciones, desastres y emergencias, género, esto convive con la naturalización e incorporación de las prerrogativas de acumulación de capital y ganancias aceleradas del complejo médico industrial farmacéutico financiero,

la mercantilización de la vida y actores financieros globales en el sector salud.

- Continúa primando prioridades sobre las enfermedades pero también de las tecnologías, la asociación público-privada y la financierización de los bienes públicos y de la vida.
- Despolitización y preeminencia de un tipo de diplomacia tecnocrática para las cuestiones globales de la salud ("administradora-gestora" de la agenda global de la hegemonía), aunque técnicamente con limitadas capacidades.
- Consolida el poder del complejo político liberal de los Estados donantes del Norte, agencias de cooperación bilaterales, organismos internacionales, y las ONGs del Norte(ONGN) y opinión pública del Centro-Norte.
- División internacional del trabajo en el sector salud donde Banco Mundial y sistema financiero pasan a ser responsables de las políticas de reformas de los sistemas de salud, y la OMS(OPS en la región) junto a los ministerios de salud de las funciones esenciales salud pública(FESP). Funcionalización de la salud pública al mercado de la salud.
- UNICEF tiene un rol preponderante en los programas verticales sobre indicadores sensibles de ODS (antes ODM): salud materno-infantil, en agua y saneamiento ambiental, nutrición.
- Mantiene lógicas de cooperación vertical Norte-Sur, aunque también se instrumentaliza el uso de la cooperación Sur Sur.
- Aparece muy presente la cuestión de la Seguridad y el Desarrollo en todo su léxico en cuanto a Salud.
- Crea la apariencia de escenarios de pensamiento y políticas "únicas" sin posibilidades de innovación, rupturas o cambios. Todo lo que surja como contrahegemónico a esto será rápidamente catalogado de inexistente y marginal.
- Quien expresa mejor esta agenda y conceptuali-

zación en la región es especialmente ALASAG (Alianza Latinoamericana de Salud Global). Sus congresos son financiados desde GLAXO hasta participaciones destacadas del Banco Mundial.

- La salud global coloniza los programas de posgrados, maestrías y departamentos universitarios en las líneas de formación, investigación y producción académica sanitaria.

Cuadro 2 - Bases de la Salud Global Liberal

Campo	Marco conceptual
<i>Bases epistemológicas y conceptuales</i>	Globalización Mundialización Neoliberal Postmodernidad occidental
<i>Enfoque</i>	Asociaciones público-privado (PPP; Public Private Partnerships) - Derechos humanos - Género - Factores de Riesgo - Técnica Biomédica tecnológica por cada enfermedad
<i>Actores</i>	*Estados donantes del Norte, agencias de cooperación bilaterales, * Organismos internacionales (BM, UNICEF, OMC, etc), *Corporaciones, Big Pharma y fundaciones filantrópicas * ONGs del Norte(ONGN) y opinión pública del Centro-Norte
<i>Financiamiento</i>	* PPP (Estados/Agencias ONU - Mercado) *Corporaciones transnacionales * Fundaciones filantrópicas
<i>Cooperación Internacional</i>	Vertical. Triangular, Norte-Sur, y Sur Sur
<i>Agenda de Prioridades</i>	Enfermedades no transmisibles Emergencias globales de salud APDIC (TRIPS) GAVI (Alianza de la Vacunación) Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición(GAIN; Global Alliance for Improved Nutrition) - Fondo Global Malaria/VIH/TB - Cobertura Universal de Salud(CUS)
<i>Formación profesional diplomacias</i>	ALASAG (Asociación Latinoamericana de Salud Global) - programas de Salud Global EE.UU. Canadá Europa
<i>Participación sociedad civil</i>	Incorpora a ONGs, especialmente ONG del Norte.

Fuente: Elaboración propia

Bases epistémicas de una Salud Internacional de geopolítica Sur Sur

La tesis de análisis planteada y desarrollada en la primer parte del texto radica en caracterizar a la salud internacional del panamericanismo y salud global liberal como aparatos de reproducción de la geopolítica de poder del sistema-mundo en sus diversas etapas y ciclos del capitalismo global: colonial, industrial, y líquido-financiero. Sistema-mundo profundamente asimétrico, depredador, excluyente y reproductor de colonialidad de Centro-Periferia (PRECIADO, J. 2008) con aceleración deshumanizante dejando cada vez menos espacios para la salud y la vida.

Tanto la SIP como SGI, siendo dispositivos de racionalidad tecnocrática con pretensiones totalizantes, mantuvieron hegemonías contingentes. Y aunque algunos autores intentan armar una trama o especie de "periodización", devenir histórico evolutivo de estos conceptos, en realidad estos procesos implican rupturas y continuidades entre el panamericanismo salud internacional y salud global liberal.

Es decir, nos armaron una periodización de la salud con el pensamiento, intereses y políticas del Norte global. Por lo cual, no debería prestarse tanta atención a sus teorías, periodizaciones y enunciados sino a lo que hacen: sus agendas, políticas, acciones, intereses e impactos.

El sistema-mundo vigente, globalización mediante, es resultado de un proceso de pliegues que en nuestra región tienen que ver con la propia constitución histórica de América, del capitalismo colonial/moderno y eurocentrado (MIGNOLO, W. WALSH, C. 2002) como patrón de poder mundial. Uno de los ejes fundamentales de ese patrón de la geopolítica del poder es la propia racionalidad del eurocentrismo. Aníbal Quijano definirá fundamentalmente algunas de estas características.

En este trabajo se asume la idea que es imprescindible un primer ejercicio de deconstrucción, lo cual implica trazar un objetivo metodológico primario en la necesidad de descolonización de la

salud internacional hacia una geopolítica Sur Sur. El marco explicativo desde donde se buscará producir este nuevo abordaje decolonial estará basado en un modelo que enmarca y define a la SISS atravesada por los pliegues y engranajes del sistema mundo:



Fuente: Elaboración propia

Este gráfico busca aproximarse a dar un marco explicativo que llama a repensar y preguntarse: ¿cómo identificar de qué necesita descolonizarse el campo de la salud internacional? Lo cual implicaría plantear: ¿Cuál es el problema colonial en la salud internacional panamericana y salud global liberal? En gran medida estos interrogantes se buscaron caracterizar en la primer parte del artículo. En esta segunda parte, se profundizará en el marco teórico de la propuesta SISS.

Ahora bien, para asumir estos interrogantes, a decir de Boaventura de Sousa Santos es clave profundizar la comprensión de cómo nuestro conocimiento aún tiene bases coloniales que no nos permite "reconocer" (GROSFOGUEL, R. 2011) nuestra dependencia epistémica en este caso en la salud internacional/salud global basadas en gran medida en la teoría de 5 países (EE.UU., Inglaterra, Alemania, Francia, Italia), donde las universidades y centros de formación enseñan y asumen una perspectiva del Centro-Norte, occidentalizada, monocultural y eurocentrada (DE SOUSA SANTOS, B. 2010).

Por eso, para realizar este ejercicio de deconstrucción, la Salud Internacional Sur Sur buscará basar sus tesis sobre 3 dimensiones contra-hegemónicas indispensables que ayuden a pensar y problematizar nuevas bases fundantes de una geopolítica sanitaria emancipatoria:

1. La primer dimensión: **La colonialidad del poder y del conocimiento** como primer elemento constitutivo (QUIJANO, A. 1999). Como se describió, este trabajo considera que ambos conceptos SIP y SGI tienen sus cimientos en lo que Aníbal Quijano denomina colonialidad del poder. Junto a Walter Mignolo (MIGNOLO, W. 2002) definen a esto como el dispositivo que produce y mantiene asimetrías de poder (la diferencia colonial) ubicando a los países, las sociedades y las personas en distintos escalones de una supuesta jerarquía, donde unas son superiores a otras. Este sistema clasificatorio aparece con el capitalismo en el siglo XV y se consolida en siglos posteriores (MIGNOLO, W. 2003). La colonialidad del poder, produce la cristalización de un Sistema-Mundo (PRECIADO, J. 2008) asociado a un patrón de poder hegemónico con coordenadas muy claras, instituidas, establecidas y aceptadas como inexorables: la unidireccionalidad de las coordenadas geopolíticas Centro-Norte como patrón de poder y conocimiento global. Allí se sitúa el bloque de poder y hacia allí debiera dirigirse la mirada, aprendizajes, subjetividad y mestizaje colonial. Esa colonialidad es instalada y difundida tanto por actores del Norte global pero también es reproducida por actores y agentes del Sur profundo que la asimilan como patrón propio.

Asociándolo a esta matriz geopolítica de poder, Quijano desarrolla la idea de colonialidad del conocimiento. Planteando como el dominio eurocéntrico sobre el mundo implicó la subordinación de los "otros conocimientos" y de las maneras de acercarse a la comprensión monocultural del mundo y la reproducción enciclopedista del conocimiento (literatura científica se basa en autores de Francia, Alemania, Estados Unidos, Gran Bretaña, Italia). Este proceso va asociado al despojo y negación de identidades y saberes/conocimientos históricos de las sociedades y pueblos (Ej: Afros,

Indígenas-Originarios, Mujeres), que implica la instalación que las coordenadas geopolíticas del saber-conocimiento son siempre "externas", que vienen de fuera. La hipótesis de: el Norte global tiene los saberes, el Sur tiene los problemas. En este sentido, Boaventura de Sousa Santos viene planteando la epistemología del sur como respuesta emancipatoria (DE SOUSA SANTOS, B. 2008). Al respecto de las ideas de colonialidad del conocimiento hay que destacar las aportaciones que realizaron Enrique Dussel, Orlando Fals Borda, Ramón Grosfoguel, Eduardo Lander y Arturo Escobar (GROSFOGUEL, R. 2016).

En este mismo sentido, resulta clave los aportes del feminismo decolonial. Chandra Mohanty trae la crítica interna de los feminismos hegemónicos de "Occidente", y permite visualizar como la producción de "la "mujer del tercer mundo como sujeto monolítico singular en algunos textos feministas (occidentales)" es un aparato homogenizador y disciplinador. La definición de colonización que propone Mohanty "es predominantemente discursiva, y se refiere a una cierta forma de apropiación y codificación de la "producción académica" y del "conocimiento" acerca de las mujeres en el tercer mundo por medio de categorías analíticas occidentales" (MOHANTY, C. T. 1988).

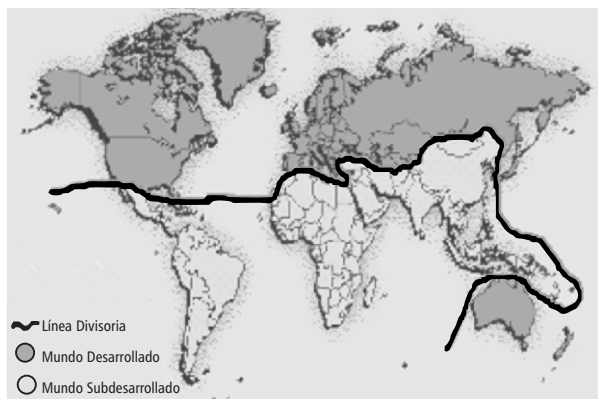
Ejemplos en la geopolítica del conocimiento y del poder en la salud hay muchos y variados. Tales son fácilmente identificados en la generación de las "evidencias científicas" del Centro aplicadas a la periferia. Un caso reciente podría ser la situación de Zika Virus. También son visibles en el rol de investigación y desarrollo del Complejo Médico Industrial Farmacológico (Medicina Basada en la Evidencia) en sus tropelías de medicalización, mercantilización y "patologización" de la Vida.

La segunda dimensión, es la **teorización del desarrollo y su carácter reproductor de dependencia.**

La teorización sobre el Desarrollo (Teoría del Desarrollo), clasificando a la geopolítica global entre países desarrollados o subdesarrollados (o en vías

de desarrollo), es una readecuación epistémica y simbólica con la instalación del concepto del "desarrollo"(GUDYNAS, E. 2011) que evita sistemáticamente describir las relaciones de poder del sistema mundo actual ni visualiza que el "subdesarrollo" estuvo y está conectado de manera estrecha con la expansión del capitalismo del Norte global actualmente conocido como "él" desarrollo. Esta concepción del desarrollo nos instala la adopción de normas de comportamiento, actitudes, y valores identificados con la sociedad occidental y la racionalidad económica moderna como ideal a alcanzar y una meta sociopolítica a conquistar.

Cuadro 3 - Geopolítica del Desarrollo



Fuente: Katz, C. (2016).

La salud internacional panamericana y la salud global liberal en general responden a esta teorización del desarrollo y mirada como se describió.

Es importante dimensionar una lógica que por supuesto sufrió reemplazos progresivos en sus formas diplomáticas, en su vocabulario y léxico, en sus códigos de ética, en sus manuales de procedimientos y operacionalización: del concepto de "ayuda " o socorro" a la cooperación al desarrollo, cooperación humanitaria, a la promoción de derechos humanos, al desarrollo de capacidades. A pesar de esos cambios, siguen sustancialmente basados en la exportación vertical de modelos e intereses de monoculturalidad occidental(ESCOBAR, E. 1998) hacia el Sur en el sentido geopolítico.

El discurso de los mínimos del desarrollo hoy utiliza de forma reiterada conceptos como "democracia", "diálogo", "consenso", "capacidades locales", "bienestar social", "empoderamiento", "participación", "equidad de género", "pertinencia cultural", "rendición de cuentas", "derechos", o "basada en la comunidad". Salud es parte central en esta teorización del desarrollo. Términos cuyos significados nos remiten a la emancipación social y que están, por otro lado, fuertemente anclados en la tradición y el lenguaje político occidental contemporáneo.

Esta narrativa discursiva supuestamente política del ideario del desarrollo(ESCOBAR, A. 1998), no cambia la imagen de la industria del "desarrollo" como la potente maquinaria despolitizadora caracterizada hace algunos años por Ferguson (FERGUNSON, J., 1994). Esa maquinaria es ejecutada por lo que se conoce como sistema internacional de cooperación "al desarrollo". Para Biekart (BIEKART, K y SAXBY, J. 1998) las consecuencias de este sistema internacional de cooperación muestra un fracaso evidente: desarrollaron un sistema de ayuda internacional donde las ONGN y agencias globales cooperantes se dedican casi exclusivamente en incrementar su presencia internacional, su personal expatriado, por las relaciones políticas, el clientelismo y la sobre-financiación para la ocupación territorial(Biekart 1999).

El vigente sistema de cooperación internacional (GÓMEZ GALÁN, M. y SANAHUJA, J. 1999) se define por ser productor de "dependencia", y hegemonía sociocultural(GRAMSCI, A. 1971) sobre la base de un triángulo de poder con 3 vértices fundantes de asimetrías(BASILE, G. 2018):

A. Monoculturalidad/Eurocentrismo
Poder Geopolítico Centro-Norte



B. Expatriados implementadores
Poder Técnico - Recursos humanos

**C. Management expansión Territorial
y Flujos Financiamiento**
Poder Financiero/operacional

A. En primer lugar, este régimen global de cooperación al desarrollo se valida y reproduce a sí mismo con un modelo de cooperación internacional vertical de coordenadas Centro-Norte, comprendiendo cuando caracterizamos "Centro" y Norte" no son una metáfora geográfica, sino de relaciones de poder global. Sus fundamentos se encuentran en la construcción de una geopolítica del poder que multiplicidad de autores denominan eurocentrismo y monoculturalidad occidental (MIGNOLO, W. 2000). Digamos que este vértice expresa el "poder" geopolítico cultural, la supremacía civilizatoria del Desarrollo eurocéntrico.

B. Un sistema y modelo de cooperación internacional, que lleva prácticas de intervención que aún reproducen las bases desarrolladas durante las relaciones de poder de la colonialidad (relación Colonia-Metrópoli), donde se enviaban a los "colonos" a la gestión e implementación de las políticas comerciales de la metrópoli. Las transiciones del colonialismo de mercado con su engranaje posterior al capitalismo global, llevó a que la propia dinámica de expansión de los mercados en la internacionalización de grupos económicos multinacionales implementara este modelo de entrenar y enviar recursos humanos internacionales expatriados para garantizar los objetivos y desarrollo de sus objetivos económicos/geopolíticos. En la cooperación internacional al desarrollo, los "expatriados" eurocéntricos² (sean profesionales asalariados o voluntarios vinculados a la caridad), gestionan, administran, implementan y por sobre todas las cosas reproducen (conscientemente o sin saberlo) una geopolítica del poder, del conocimiento, de la industria de la "ayuda". Este vértice

sobre la lógica de expatriación e internalización de recursos humanos expresa el "poder" técnico administrativo plasmado en los terrenos y territorios.

C. La enorme capacidad financiera y operacional que este sistema mantiene. Nos referimos a la economía política de la industria de la ayuda internacional o la industria del "desarrollo". Este régimen internacional de cooperación aunque tuvo una caída significativa por la crisis de la economía global, administra y captura flujos de financiamiento de las sociedades centrales (a través de "donantes" del filantropocapitalismo de las empresas multinacionales o de donantes de la ciudadanía del Norte); o bien fondos públicos de la geopolítica de las propias agencias de cooperación bilaterales (USAID, DFID, JICA, AFC, GTZ, otras) como multilaterales (UE, ECHO, otras). La industria de la ayuda al desarrollo o la multinacional humanitaria (sin importar las siglas de tal o cual ONGN en específico) a partir de estos financiamientos trabaja como un brazo ejecutor de la geopolítica del poder con otra cara y modales, utilizando prácticas de mercado a la hora de operacionalmente ocupar territorios, problemáticas y/o crisis porque saben que donde hay una crisis, hay fondos a capturar. Por último, este vértice expresa por supuesto el "poder" financiero económico que garantiza dominio territorial operacional (expansión territorial).

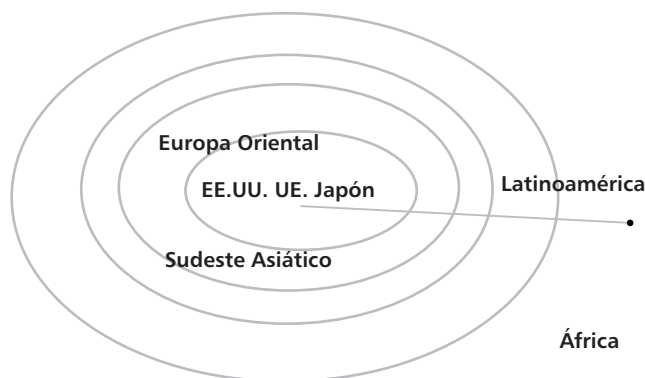
Bajo este apartado y segunda dimensión, a su vez es importante profundizar la comprensión del mentado "subdesarrollo" en sus conexiones estrechas con la expansión de los países industriales centrales y el capitalismo global, donde desarrollo y subdesarrollo son dos caras de un mismo proceso (DOS SANTOS, T. 2000).

2. NOTA: El eurocentrismo expatriado no se explica por "nacionalidades" sino por la cosmovisión del sistema-mundo, sus marcos conceptuales y metodológicos.

Para recuperar las tradiciones del pensamiento crítico latinoamericano y caribeño, tanto en las dimensiones teóricas y prácticas resulta sustancial la actualización de la teoría de la dependencia(DOS

SANTOS, T. 1968); es prioritario para pensar una geopolítica sanitaria basada en lecturas que trabajen a partir de una mirada Centro y Periferia.

Teoría Centro - Periferia



La dependencia no es tan sólo un fenómeno externo. Se manifiesta también a formas y estructuras internas(sociales, ideológicas, políticas). La agenda, geopolítica y acciones de salud a nivel internacional, regional y sus impactos nacionales y locales tienen implicancias en un nuevo carácter de la dependencia en el campo de salud. La dependencia financiera-tecnológica, la importación acrítica de innovaciones de medicamentos, tecnologías, conocimientos y tratamientos biomédicos, de las políticas basadas en evidencias de ese Norte global son algunos de los procesos generadores de dependencia sanitaria.

Conviene observar a la escuela dependientista, como un aporte específico en la indagación de la lógica del subdesarrollo. Quizás lo más interesante es retomar las tesis del ciclo dependiente como punto de partida para evaluar las enormes transformaciones registradas en el capitalismo del siglo XXI y la salud global, en comparación a la época de mediados del siglo pasado y la salud pública internacional. En una etapa neoliberal completamente distinta, luego del ocaso del periodo desarrollista y de salud pública vertical, se requiere conceptualizar el funcionamiento del capitalismo mundial de nuestro tiempo(KATZ, C. 2016). La dependencia sanitaria es una realidad. Fue acre-

centada la transnacionalización de los modelos de atención a la enfermedad, desde la propia organización y gestión hospitalaria a los sistemas de financiamiento sanitarios, el sector salud como comercializador de las tecnologías, insumos y prestaciones del CIMF.

La última dimensión de análisis será la geopolítica Norte-Sur y la producción de diplomacias sanitarias formadas para su gestión y administración.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que representa 30 naciones (la mayoría de los países europeos, los tres miembros del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, y Japón), provee apoyo analítico y normativo al FMI y al BM; o mejor dicho, las decisiones tomadas por estas instituciones están influenciadas por los mismos intereses y tienden a retroalimentarse mutuamente. Las políticas aprobadas por los bancos incluyendo el Banco europeo, los organismos bilaterales como USAID, el Departamento de Cooperación Internacional del Reino Unido(DFID), los programas de cooperación de la Unión Europea, y las fundaciones privadas, están, por lo general, en sintonía con las políticas aprobadas por el FMI y el BM. Las instituciones internacionales como la OMC tienen el objetivo específico de promover la acumulación de capital y defender los intereses de las transnacionales.

Este andamiaje funciona como sistema e instrumento de política exterior o es parte de un objetivo de política exterior de los países centrales, corporaciones desnacionalizadas y actores globales de lo que De La Flor Gomez caracteriza como complejo político liberal (DE LA FLOR GÓMEZ, J. 2005). Hay una interrelación y complejidad difícil de caracterizar, donde esta lógica busca reafirmar una posición de poder Centro-Norte, por lo cual parte de una decisión geopolítica (Morgenthau, 1986).



Fuente: Quique en Norte y Sur. Ed. PPC, Madrid, 1994

Un párrafo final merece el referirse a las diplomacias y tecnocracias globales de la salud a la hora actuar e intervenir en esta geopolítica internacional. Incluso las latinoamericanas y caribeñas. Implementadores, operacionalizadores y ejecutores de las agendas de

supuestos "consensos" de salud global y cooperación internacional Centro-Norte requieren de diplomacias y tecnocracias dispuestas a reproducir, administrar y no problematizar ni pensar alternativas.

De ahí la expansión de un fenómeno: la proliferación de "expertos" y de un tipo de técnicos de la diplomacia de salud, a los que hoy llamamos "tecnocracias sanitarias liberales". Sujetos profesionales rentados como consultores o diplomáticos de usinas de anclaje en paradigmas del Centro-Norte, por organismos como Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo (BID) o las nuevas generaciones de representantes y técnicos de OPS-OMS, las propias agencias de cooperación internacional bilaterales, las ONGN e incluso aquí podemos incorporar a consultores internacionales o los técnicos de muchas Oficinas de Relaciones Internacionales de los Ministerios de Salud Pública.

Estos actores lograron notoriedad global actual por el sólo efecto de estar dispuestos a reproducir una y otra vez las recetas, los enlatados y postulados, la banalización o espectacularización de ciertas suposiciones sobre la salud global, las epidemias, los desastres, las migraciones, las políticas basadas en "evidencias" (neoliberales) y sistemas de salud, la tecnologías sanitarias, la atención primaria y así podríamos continuar la lista.

Hacia una Salud Internacional Sur Sur: epistemología del Sur y giro descolonial como aproximaciones en la construcción a una nueva geopolítica sanitaria emancipatoria

Desde mitad de los años '80 se viene desplegando múltiples intentos de una conceptualización de salud internacional en Latinoamérica y Caribe que busca desarticular el etnocentrismo de los países centrales que ven la problemática de salud global desde su propia perspectiva, desde sus propios intereses y sus propias recetas de abordaje, análisis y respuestas conceptuales-metodológicas. Como alguna vez lo definiera la precursora Dra. María

Isabel Rodríguez (MINSAL, 2010), ex ministra de Salud de El Salvador y fundadora del Programa de Salud Internacional Edmundo Granda, "la salud de los otros en tanto nos afecte a nosotros". Los vasos comunicantes con la medicina social y salud colectiva latinoamericana son indudables, y este artículo se nutre de estas producciones y autores (PAIM, J. S., & ALMEIDA FILHO, N. M. D. 1999).

Qué significancias tiene reinterpretar este campo y si es necesario el desarrollo de una conceptualización de Salud Internacional Sur Sur? El primer desafío que plantea el desarrollo de este trabajo es asumir la descolonización del saber en el estudio, acción geopolítica y políticas públicas de la salud en lo internacional.

Asumiendo las bases del **pensamiento crítico latinoamericano** con la propuesta de las **epistemologías del Sur** (DE SOUSA SANTOS, B., & MENESES, M. P. 2014), es partir de un posicionamiento desde el Sur geopolítico. Boaventura de Sousa Santos lo define como "la búsqueda de conocimientos y de criterios de validez del conocimiento que otorguen visibilidad y credibilidad a las prácticas cognitivas de las clases, de los pueblos y de los grupos sociales que han sido históricamente victimizados", diría "desde los oprimidos" del Sur. En la práctica, significa **construir una nueva epistemología de la Salud Internacional desde el Sur**. Una nueva epistemología del mundo representada en una mirada de la salud desde el Sur.

Analizando los procesos constitutivos y reproductores de la SIP y SGI, un evidente impulso de giro descolonial (ESCOBAR, A. 2007) es necesario. El puertorriqueño Maldonado-Torres ayuda a definir y dimensionar de esta manera ese proceso y sus implicancias:

"...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..."

Los conceptos de giro descolonial y de giros descoloniales (MALDONADO-TORRES, N. 2008) dan cuenta de un carácter internacional y del significado de formas de pensamiento que se inspiran

simultáneamente en la crisis del pensamiento y del proyecto de civilización del Centro global (eurocentrismo) por un lado, y en la afirmación de posibilidades de ser, de poder, y de conocer que superen los límites constitutivos de la modernidad eurocéntrica, por otro. Se complementan con lo que Quijano y de Mignolo conceptualizan de la colonialidad del poder y del conocimiento, considerando necesario para analizar las implicancias directas e indirectas en el proceso de repensar y resignificar una salud internacional en clave Sur Sur. Diríamos: nada nuevo puede nacer del Norte global que por siglos estuvo enseñando y dando soluciones.

Varios autores latinoamericanos esquematizan enunciados detrás del debate epistémico sobre los conceptos y campos de "salud internacional panamericana" y "salud global liberal" que tratamos de considerar aquí en este artículo, también buscando permear las tensiones actuales sobre la salud entendida como bien público y derecho social de los pueblos, o la salud como mercancía privada para acumulación de capital con Estados residuales sólo para regulación y cierta rectoría en problemáticas de salud-enfermedad con altas externalidades para "grupos vulnerables". Estos dilemas del capitalismo del siglo XX, hoy parecieran mucho más complejos, difusos y sofisticados en su enunciación en el presente siglo.

Asumir los desafíos y tensiones desde el pensamiento crítico latinoamericano de construir una innovada Salud Internacional Sur Sur (SISS) definiéndola por la negatividad es un primer ejercicio práctico. Es decir ¿qué "no" es la SISS?:

- No puede ser ni es la domesticación ni la instrumentalización de lo "Sur Sur".
- No es una simple perspectiva ni parte de una especie de periodización, ni siquiera una perspectiva latinoamericana del panamericanismo que algunos autores intentan refundar o readaptar contemporáneamente.
- No es una consigna ni puede transformarse como diría Breilh en evidenciar sin revelar; informar sin movilizar; estructurar agendas o políticas aisladas sin dimensionar y visibilizar los procesos estructurantes.

- No es diversidad neoliberal. No es la sectorialización (Ej: Salud materna, Salud infantil, enfermedades reemergentes, medicamentos, ETN, etc etc), y en ella la comprensión de la Salud internacional por partes desconectadas.

En este sentido, en resumen, no alcanza con repetir consignas, ideas-fuerza, y relatos de rechazo a las propuestas, matrices, lógicas de la salud internacional panamericana ni de la salud global liberal, o bien, de la geopolítica del poder y conocimiento Centro-Norte.

Justamente el nacimiento y proceso asumido desde

Los 5 principios de la Salud internacional Sur Sur

Las discusiones conceptuales anteriormente descritas tienen ramificaciones variadas, pero centralmente implican desmenuzar cómo desde los conceptos se invisibilizan procesos determinantes de la salud colectiva, la calidad de vida en nuestras sociedades del Sur.

Desnaturalizar cómo la liberalización financiera, del comercio y las fronteras son generadoras de desigualdad e inseguridad social, o las radicales reformas al Estado (incluyendo salud y seguridad social) con condicionalidades de los organismos financieros internacionales junto al impulso de la privatización de bienes públicos como bien lo detalla Asa Cristina Laurell, la desregulación de mercado y destrucción acelerada del ambiente para crecimiento económico con decrecimiento ecológico, son todas dimensiones con clara orientación al lucro que tienen impactos directos y colaterales sobre procesos como los flujos migratorios, las epidemias y muertes injustas, los desastres y eventos climáticos extremos, la militarización y acción humanitaria, la mercantilización de la vida, entre otros.

Es en este sentido, redefinir y resignificar una nueva Salud Internacional de coordenadas Sur Sur resulta sustancial ver cómo se analizan los procesos sociales

el grupo de trabajo regional de salud internacional y soberanía sanitaria de CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Social)³ busca recrear un espacio público de construcción de pensamiento y acción sociopolítica para problematizar, desarrollar una comprensión y explicación conceptual-metodológica que permita ayudar a desmontar cuáles son las falacias de las propuestas hegemónicas y cuáles podrían ser propuestas contrahegemónicas para nuestras sociedades del Sur, en este caso enfocadas al ideario de una nueva Salud Internacional desde una geopolítica Sur Sur, decolonial, intercultural y de soberanía sanitaria.

y de salud-enfermedad resultantes de las intersecciones críticas entre las condiciones de vida, las determinaciones socioambientales de la salud (BREILH J. 2009) con los engranajes de la modernidad, capitalismo, patriarcado y colonialidad y sus consecuencias en cuanto a las desigualdades e inequidades imperantes en las sociedades de la periferia.

Se trata de construir una propuesta epistemológica de marcos conceptuales, de estudios e investigación, de prácticas metodológicas y de políticas públicas como de acción política sobre el entramado de una nueva Salud Internacional Sur Sur. No es algo donde no se cuente con frondosos antecedentes mediatos e históricos de la emancipación y autonomía.

Las bases de la Conferencia de Bandung en la India en 1955 condenando al colonialismo y las posturas de autonomía frente a los bloques dominantes de la Guerra Fría (URSS-EE.UU.), el surgimiento en 1961 del Movimiento de Países No Alineados (NOAL), el nacimiento del Grupo de los 77 (G77)

³ El Grupo Regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Social tuvo su nacimiento en el año 2014 como parte del ejercicio de debatir, incidir y desarrollar las experiencias de cooperación internacional Sur Sur que en ese momento de la Secretaría Técnica de la Unión Suramericana de Naciones (UNASUR) estaba llevando adelante en Haití.

en el marco de la Conferencia de Naciones Unidas de Comercio y Desarrollo del 1964, en 1978 en Buenos Aires la Conferencia de Naciones Unidas sobre Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD) con el Plan de Acción de Buenos Aires (PABA) en cooperación Sur Sur, el Plan de Acción de Caracas sobre CEPD en 1981, la primer Cumbre del Sur en La Habana en Cuba en 2000; son todos antecedentes históricos fundantes desde dónde pensar y hacer una salud internacional desde una geopolítica del Sur.

Más recientemente, en últimas décadas y con gran heterogeneidad y fragmentación, el Sistema Económico Latinoamericano (SELA), el Organismo Andino de Salud de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), los intentos de reimpulso del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Comisión de Ministerios de Salud del SICA (Sistema de Integración Centroamericano y República Dominicana), la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA) de la Comunidad del Caribe (CARICOM), el propio Consejo de Salud de la Unión Suramericana de Naciones (UNASUR), la Universidad de Ciencias de la Salud de la Alternativa Bolivariana de los Pueblos (ALBA-TCP) o la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), intentaron marcos, estrategias y resurgimientos de una perspectiva de cooperación Sur Sur (CSS), en momentos que el tradicional régimen internacional de cooperación internacional Norte-Centro de alguna manera tuvo un retiro progresivo de América Latina y Caribe. La frondosa experiencia y constitución en 1984 de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, o bien la creación de lo que luego dio en llamarse Residencia de Salud Internacional Edmundo Granda tuvieron estas coordenadas.

De allí puntualizar **5 principios estructurantes** en esta primer aproximación a la Salud Internacional Sur Sur:

1. Soberanía Sanitaria. Complementando la teoría de la dependencia a los desafíos del siglo XXI y la teoría de la autonomía de Helio Jaguaribe (JAGUARIBE, H. 2009), lo definiremos como:

buscar la máxima capacidad de decisión en el contexto global imperante y contrarrestar las lógicas hegemónicas de la SIP y SGI es quizás una premisa sustancial que permita una genuina capacidad de formular políticas, metas y estrategias emancipatorias basadas en nuestros propios actores y decisiones. A esto llamamos Soberanía Sanitaria.

2. Decolonialidad / Giro descolonial. Como detalla apartado de Maldonado Torres, Arturo Escobar y Chantra Mohanty, la dinamización de un cambio en las coordenadas del pensamiento emancipador a partir de los cuales se concibe a la modernidad liberal del Centro y se subvierten sus estructuraciones y reproducciones.

3. Interculturalidad. Si las situaciones epidemiológicas de nuestros pueblos son particulares, si el proceso de salud-enfermedad es un objeto históricamente construido y determinado en cada sociedad, si el concepto mismo de enfermedad es dependiente de la construcción sociocultural, por qué nuestros modelos, servicios y sistemas de salud siguen siendo en muchas acciones casi copiados y estandarizados? La interculturalidad asumida no tan sólo como medida instrumental comunicativa o de lenguaje o multiculturalismo asimétrico de creencias, sino desde una dimensión política donde la interculturalidad implica desoccidentalización, ecología de saberes y distribución de poder.

4. Sur Sur. Implica pensar y actuar como sujeto epistemológico del Sur geopolítico. Orientación geopolítica, cartografía y praxis contra-hegemónica en la perspectiva gramsciana.

5. Horizontalidad: tiene vasos comunicantes con el diálogo intercultural y la ecología de saberes. No es tan sólo relaciones no asimétricas entre personas, grupos y/o representaciones colectivas. Especialmente es el principio que consagra la limitación de relaciones jerárquicas, condicionantes, asimétricas entendiéndose que las perspectivas asumidas en la SISS debiera basarse en el reconocimiento del Otro, la reciprocidad, cooperación entre iguales y asociatividad solidaria.

Cuadro 3 - Bases de la Salud Internacional Sur Sur

Campo	Marco conceptual
<i>Bases epistemológicas y conceptuales</i>	Giro descolonial Teoría dependencia y autonomía Epistemologías del Sur
<i>Enfoque</i>	Horizontalidad Interculturalidad Soberanía Sanitaria Esfera pública universal
<i>Actores</i>	* Movimientos y actores sociedades del Sur * Organismos de integración regional y mundial del Sur * Movimiento feminista y decolonial * Naciones indígenas-originarias y Afros * Universidades y Escuelas de gobierno
<i>Financiamiento</i>	* Cooperación técnica y social Sur Sur * Iniciativas de solidaridad entre pueblos * Asociaciones triangulares con actores contra-hegemónicos del Norte global
<i>Cooperación Internacional</i>	Radicalidad de lo Sur Sur
<i>Agenda de Prioridades</i>	- Feminismo decolonial - Sistemas Universales de Salud Pública y SS - Economía política del CMIFF - Modelo de Desarrollo, Emergencias y Desastres socioambientales - Militarización y Salud - Migraciones y Salud de las Fronteras Otras dimensiones (ver Agenda)
<i>Formación profesional diplomacias</i>	ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) / Grupo de Salud Internacional CLACSO(Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales)
<i>Participación sociedad civil</i>	Basada en movimientos sociales sanitarios con participación en debates y decisiones.

Fuente: Elaboración propia

Aproximaciones a una Agenda de Salud Internacional emancipatoria: coordinadas Sur Sur y de soberanía sanitaria

Para nutrir las definiciones conceptuales en el camino hacia el desarrollo de una nueva Salud Internacional Sur Sur, es necesario abrir una búsqueda de reflexiones colectivas de cuáles pudieran ser sus ejes de agenda de investigación-acción, de preocupaciones geopolíticas, de debates invisibilizados, de las tensiones que la SIP y SGI evitan asumir, de producción, indagación, difusión de conocimiento desde una nueva perspectiva geopolítica emancipatoria de la salud.

En este sentido, la Salud Internacional Sur Sur no puede definirse "polite" ni condescendiente con parte del complejo político liberal inserto en la salud global y el panamericanismo actual. Una de las capturas más importantes de este entramado fue y es el debate y reflexiones sobre el para qué y por qué de una agenda de salud totalizante y su geopolítica para ser introducidas en lo nacional y local como dispositivos de captura diplomática, intelectual y programática.

Algunas de las prioridades que comienzan a aparecer en el horizonte de la SISS especialmente para América Latina y Caribe son:

1- Emergencias, Acción humanitaria y Militarización con sus impactos en la Salud de los pueblos. Ejemplos como Siria, Libia, Irak, Palestina, Sudán, y actualmente Venezuela entre otros casos que demuestran la geopolítica militar y sus impactos sanitarios y epidemiológicos.

2- Modelo de Desarrollo, Extractivismo Socio-ambiental y Capitalismo del Desastre (socioambiental). Estudios Sociales de Desastres y las Emergencias de Salud Colectiva.

3- Epidemiología Internacional y las determinaciones de la salud. Del urbanismo desigual a las morbimortalidades diferenciales por clase, étnia, género y geopolíticas.

4- Dimensión de la Interculturalidad y Centro-Periferia. Desconstruir la Monoculturalidad y Occidentalización

5- Sistema de Cooperación Internacional Sur Sur, asociado al análisis de del Sistema Internacional de Cooperación/ Régimen de Cooperación Internacional al Desarrollo en la salud latinoamericana y caribeña.

6- Agenda global de Políticas y Reformas a los Estados y Sistemas de Salud y Seguridad Social.

7- Economía política de la Salud. Impactos de la Mercantilización de la Vida y geopolítica del Complejo Médico Industrial Farmacológico Financiero: Los conocimientos, insumos, tecnologías y prácticas de consumo en el complejo de salud transnacionalizada, sus corporaciones, industrias, lógicas.

8. Migraciones, Fronteras, Geopolítica y Salud: La relación entre migraciones y la salud internacional ponen de manifiesto dimensiones sociales, económicas, ambientales, espaciales, culturales de lo demográfico que sin duda generan problemáticas sociales y sanitarias complejas, con la necesidad de configurar respuestas complejas.

9. Movimientos Sociales y la Salud desde el Sur.

10. Feminismo político y decolonial para las políticas de género y salud en el Siglo XXI.

11. Integración regional Sur Sur y Soberanía Sanitaria.

A MODO DE APORTES FINALES:

Aunque ambas perspectivas tanto de salud internacional(SIP) nacida del colonialismo, panamericanismo y enfrentamientos de la Guerra Fría como la salud global liberal(SGI) con la primacía del mercado en la globalización neoliberal, expresan intereses dominantes y hegemonías contemporáneas de sus tiempos, es imprescindible deconstruir las tensiones epistémicas (SAMAJA, J. 2004) como sus bases teóricas para comprender como operan y operaron en las agendas circundantes de la salud y el sistema mundo vigente.

Uno de los grandes legados quizás menos problematizados de la hegemonía neoliberal en sus vasos comunicantes con la salud global liberal en la década de los '80 y '90 y a partir de 2000, es la imposición de un cuerpo teórico-práctico sobre el análisis de los asuntos internacionales y la salud como las dimensiones internacionales de la salud. Un marco político-conceptual que focalizó en lo que denominamos "la tecnificación" acrítica y los mínimos del desarrollo. Fue y es generador de una homogeneización teórica con la preeminencia de un punto de vista cándido de abordajes, prioridades y agendas en el cual nadie puede estar en desacuerdo.

Los resabios de la colonialidad del poder y conocimiento aquí jugaron un papel fundamental.

Desde este análisis es que se instala la necesidad de impulsar procesos y espacios de construcción de conocimientos (organicidad intelectual) que resulten sustancial para la generación de otra Salud Internacional de hegemonía Sur Sur, decolonial, intercultural y transformadora capaz de comprender las coordenadas del debate, de la lucha de ideas y conocimientos sanitarios para la acción política regional y global emancipatoria.

Descolonización y nueva epistemología de la salud internacional en clave geopolítica Sur Sur.

Fortalecer capacidades de actores claves tanto en el Estado como en los movimientos de las sociedades civiles del Sur (movimientos sociales, feminismos, universidades, sindicatos, organizaciones de la sociedad civil, esferas de instituciones públicas, otros) puede ser una base operacional desde donde dinamizar esta nueva acción política emancipatoria de la salud colectiva y el vivir bien de los pueblos en lo internacional, regional, nacional y local. A eso llamamos Salud Internacional Sur Sur.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Almeida Filho, Naomar. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. Universidad Nacional de Lanús, 2006.

Almeida, C. M. "Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud." Cuadernos Médico-Sociales 79 (2001): 27-58.

Almeida, Celia Maria, et al. "A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante em saúde." Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde 4.1 (2010).

Almeida, Celia. "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from." Cad. Saúde Pública 18.4 (2002): 905-925.

Alvarez, Jairo Estrada. Intelectuales, tecnócratas y reformas neoliberales en América Latina. Univ. Nacional de Colombia, 2005.

Aragón, Luis E. "Fortalecimiento de la cooperación internacional horizontal en América Latina." La Educación Superior en el siglo XXI. Visión de América Latina y el Caribe, Colección Respuestas (2006): 1143-1166.

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

Banco Interamericano de Desarrollo. Modernización del Estado. Documento de estrategia. Washington DC: BID; 2003.

Barbeito, A.; Lo Vuolo, R.; Pautassi, L. y Rodriguez Enriquez, C. Asistencialismo focalizado vs. Ingresos básicos universales". Buenos Aires, Setiembre de 1998

Barthes, Roland. "La aventura semiológica." Editorial PAIDÓS - 2009.

Basile, Gonzalo. "La colonialidad ética del Sistema Internacional de Cooperación: el caso Haití". Dossier de Salud Internacional Sur Sur. En Ediciones de GT de CLACSO. www.clacso.org.ar 2018.

Berlinguer G. Globalización y salud global. Salud, Problema y Debate (Buenos Aires) 1999; p. 36-45.

Birn, A. E., & Richter, J. (2018). El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. Medicina Social, 11(3), 135-152.

Birn, AE. Canadá, Latin America and International health. Can J Public Health. 2006; 97(6): I-1.

Birn, Anne-Emanuelle "Filantropocapitalismo: ¿qué representa este término para la salud del mundo?". Revista RETS, año 6, 2015.

Birn, Anne-Emanuelle, Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. Hypothesis 2014, 12(1).

Birn, Anne-Emanuelle. "Rehacer internacionales de salud: Perspectivas refrescante de América Latina", Revista Panamericana de Salud Pública 30, no. 2(2011): 101-105.

Birn, Anne-Emanuelle. Las etapas de la salud internacional (global): historias de éxito o los éxitos de la historia ?." Global Public Health 4, no. 1 (2009): 50-68.

Bishop, M., & Green, M. F. (2009). Filantropocapitalismo: cómo los ricos pueden cambiar el mundo. Tendencias Editores.

Bourdieu, Pierre. "Un gèneses dos Conceitos de habitus correo de campo." O Poder simbólico 3 (1989).

Breilh, Jaime, y Ylonka Tillería Muñoz. Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Universidad Andina Simón Bolívar, 2009.

- Breilh, Jaime. "Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud." Ecuador, Universidad Simón Bolívar (2009).
- Brown, Th. M; Cueto, M y Fee, E. The transition from 'international' to 'global' public health and the World Health Organization. *Rev. História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 13, n. 3, Julio-Sept. 2006. pp. 623-47
- Bustelo, Eduardo. "La producción del estado de malestar. Ajuste y política social en América Latina." A. Minujin (comp.), *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*, Buenos Aires, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/Losada (1992).
- Chossudovsky, Michel, and Stellino, B. *Globalización de la pobreza y nuevo orden mundial*. No. HC79. P6. C4618 2003. Siglo Veintiuno, 2002.
- Cueto, Marcos. "Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940." *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas* 20 (1996): 179-citation_lastpage.
- Cueto, Marcos. La "cultura de la sobrevivência" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.255-273.
- Curtin, P. D. (1989). *Death by migration : Europe's encounter with the tropical world in the nineteenth century*. New York: Cambridge University Press.
- Curtin, P. D. (1990a). The End of the "White Man's Grave"? Nineteenth-Century Mortality in West Africa. *The Journal of Interdisciplinary History*, 21, (1), pp. 63-88.
- Curtin, P. D. (1990b). The Environment beyond Europe and the European Theory of Empire. *Journal of World History*, 1, (2), pp. 131-150. de la Flor Gómez, José Luis. "El complejo político liberal en el régimen internacional de cooperación en salud." (2005).
- de la Flor Gómez, José Luis. "El complejo político liberal en el régimen internacional de cooperación en salud." (2005).
- De Sousa Santos, Boaventura, and María Paula Meneses. *Epistemologías del sur*. Vol. 75. Ediciones Akal, 2014.
- De Sousa Santos, Boaventura. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ediciones Trilce, 2010.
- Declaration, Paris. "Paris declaration on aid effectiveness: Ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability." High level forum on joint progress toward enhanced aid effectiveness: Harmonization, alignment and results. 2nd High level forum on aid effectiveness. Paris, France. 2005.
- Declaration, Paris. "Paris declaration on aid effectiveness: Ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability." High level
- Dos Santos, Theotonio. "La teoría de la dependencia. Balance y perspectivas." (2000).
- Dos Santos, Theotonio. *La crisis de la teoría del desarrollo y las relaciones de dependencia en América Latina*. Universidad de Chile, Centro de Estudios Socioeconómicos, Boletín, 1968.
- Escobar, Arturo. *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Siglo del Hombre, 2007.
- Feo, Oscar. "La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 22.99 (2004).
- Ferreras, Norberto Osvaldo. "El Panamericanismo y otras formas de relaciones internacionales en las Américas en las primeras décadas del Siglo XX." *Revista Eletrônica da ANPHLAC* (2014): 155-174.
- Filho, Naomar Almeida, and Jairnilson Silva Paim. "LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA Y EL MOVIMIENTO DE LA SALUD COLECTIVA EN LATINOAMERICA." *Cuadernos médico sociales* 75 (1999).

II Dossiers

- Fleury, Sonia, y Carlos Gerardo Molina. "Modelos de Protección social." Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES (2002): 3-6.
- Fleury, Sonia. "Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad." *Revista Instituciones y Desarrollo* 16 (2004): 133-170.
- Fleury, Sonia. *Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad*. - Escuela Brasileña de Administración Pública y Empresas - Ebape. Fundación Getúlio Vargas. 1999.
- Fleury, Sonia. *Un Estado sin ciudadanos, Seguridad Social en América Latina*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1997.
- Franco, Saúl "La Rockefeller y las filantropías afines". Cap. VII.
- Franco-Giraldo, A., and Carlos Álvarez-Dardet. "Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A." *Rev. Panam Salud Pública* 25, no. 6 (2009): 540-7.
- Girón, Alicia. "Fondo Monetario Internacional: de la estabilidad a la inestabilidad. El Consenso de Washington y las reformas estructurales en América Latina." Lechini, G.: "La globalización y el Consenso de Washington: sus influencias sobre la democracia y el desarrollo en el sur". Buenos Aires, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (2008).
- Godue, C. "La Salud Internacional. Un concepto en formación". Documento de Trabajo. Montreal, enero de 1990.
- Gramsci, Antonio. "El concepto de Hegemonía en Gramsci." México: Ediciones de Cultura Popular (1978).
- Granda, Edmundo. "A qué llamamos salud colectiva, hoy." *Revista Cubana de salud pública* 30.2 (2004): 0-0.
- Grosfoguel, R. (2011). *La descolonización del conocimiento: diálogo crítico entre la visión descolonial de Frantz Fanon y la sociología descolonial de Boaventura de Sousa Santos*. Formas-Otras: Saber, nombrar, narrar, hacer, 97-108.
- Gudynas, Eduardo, and Alberto Acosta. "La renovación de la crítica al desarrollo y el buen vivir como alternativa." *Utopía y praxis latinoamericana* 16.53 (2011).
- Guereña, Jean-Louis. "Urbanidad, higiene e higienismo." *Areas*. *Revista Internacional de Ciencias Sociales* 20 (2012): 61-72.
- Guillén, Arturo. *Mito y realidad de la globalización neoliberal*. Universidad Autónoma Metropolitana; Miguel Ángel Porrúa, 2007.
- Haas, Ernest B. "The United States of Europe". *Political Science Quarterly* LXX (4). Diciembre 1948. Herrero, María Belén. "Moving towards South-South International Health: debts and challenges in the regional health agenda." *Ciência & Saúde Coletiva* 22.7 (2017): 2169-2174.
- Homedes, Nuria, y Antonio Ugalde. "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso; Neoliberal reforms in health services in Latin America: a critical view from two cases studies." *Rev. panam. salud pública* 17.3 (2005): 210-220.
- Iriart, Celia, Emerson Elias Merhy, y Howard Waitzkin. "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma Managed care in Latin America: transnationalization of the health sector." *Cad. Saude Publica* 16.1 (2000): 95-105.
- Jaguaribe, Helio. "La condición imperial." *El Trimestre Económico* 45.177 (1 (1978): 21-50.
- Katz, C. (2016). *Críticas y convergencias con la Teoría de la Dependencia*. *Revista Ciencias Sociales*, 1(38), 165-179.
- Kaufman, Robert. "Morgenthau's Unrealistic Realism." *Yale J. Int'l Aff.* 1 (2005): 24.

Labonté, Ronald, Chantal Blouin, Mickey Chopra, Kelley Lee, Corinne Packer, Mike Rowson, Ted Schrecker, and David Woodward. "Towards health-equitable globalisation: rights, regulation and redistribution: final report to the Commission on Social Determinants of Health." (2007).

Laurell, A.C. "La Salud-Enfermedad como proceso social". México, Revista Latinoamericana de Salud 2:7-25, 1982.

Laurell, Asa Cristina. La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social: concepciones y propuestas de los distintos actores sociales. Fundación Friedrich Ebert, 1995.

Lee, K. Globalization and Health policy: a conceptual framework and research and policy agenda. In: Bambas A, Casas JA, Drayton H, Valdés A, eds. Health and human development in the new global economy: the contributions and perspectives of civil society in the Americas. Washington, D.C.: PAHO; 2000. Pp. 15-41.

Londoño, Juan Luis, y Julio Frenk. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington ^ eDC DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.

Maldonado-Torres, Nelson. "La descolonización y el giro des-colonial." Tabula rasa 9 (2008).

Marmot M,; Friel S,; Bell R,; Houweling TA,; Taylor S,; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet 2008.

MATEOS JIMÉNEZ, Juan. Nacimiento de la Sanidad Internacional. Rev. Esp. Salud Publica vol.80 no.6 Madrid nov./dic. 2006

Menendez, Eduardo L. "El modelo médico y la salud de los trabajadores." Salud colectiva 1.1 (2005): 9-32.

Mignolo, Walter D. "La razón postcolonial: herencias coloniales y teorías postcoloniales." Revista chilena de literatura 47 (2016).

Mignolo, Walter, y Walsh, Catherine. "Las geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder." entrevista de Catherine Walsh, en Walsh, Schiwiy y Castro-Gómez, editores, op. cit (2002): 17-44.

Ministerio de Salud El Salvador. "Dimensión Internacional," Capítulo 14. Informe de Labores 2010-2011 (junio 2010-mayo 2011). San Salvador: MINSAL.

Mohanty, Chandra Talpade. "Under Western eyes: Feminist scholarship and colonial discourses." Feminist review 30 (1988): 61-88.

Morgenthau, H. (1986) "Política entre Naciones". GEL. Buenos Aires.

Naciones Unidas(ONU) - Declaración Universal de los Derechos Humanos - <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Navarro Alvarado, Guillermo A. El mito del trópico y la medicina en la experiencia colonial europea del África tropical. Universidad de Costa Rica, Escuela de Estudios Generales. Humanidades, vol. 6, núm. 1, 2016.

Navarro, Vicente. Neoliberalismo y Estado del bienestar. Ariel, 1998.

OMS - Reglamento Sanitario Internacional, 2005. Ver: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf [En Internet].

Organización Panamericana de la Salud(OPS-OMS) - "Salud Internacional. Un debate norte-sur". Serie de Desarrollo de Recursos Humanos. N° 95. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, D.C.EUA

Paim, Jairnilson Silva, and Naomar Monteiro de Almeida Filho. "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica." (1999).

Pibulsonggram, Nitya, et al. "Oslo Ministerial Declaration-global health: a pressing foreign policy issue of our time." Lancet 369.9570 (2007): 1373-8.

Prebisch, Raúl. Desarrollo económico en América Latina y sus principales problemas. Chile: CEPAL, 1948.

II Dossiers

- Preciado, Jaime. "América Latina no sistema-mundo: questionamientos e alianças centro-periferia." *Caderno CRH* 21.53 (2008).
- Quijano, Anibal. "Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina." *Dispositio* 24.51 (1999): 137-148.
- Rovere, Mario. "La producción pública de medicamentos en el UNASUR". *Voces en el Fénix*, N°41, 2014
- Sader, Emir, y Pablo Gentili. "La trama del neoliberalismo." *Mercado, crisis y exclusión social* (1999).
- Samaja, Juan. *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial, 2004.
- Sanjuán, Homero, Hernando Baquero Latorre, and Edgar Navarro Lechuga. "Global Health." *Revista Salud Uninorte* 27.1 (2011): 9-13.
- STEPAN, Nancy Leys. *Eradication, ridding the world of diseases forever?* Ithaca: Cornell University Press. 2011.
- Sunkel, Osvaldo, and Pedro Paz. *El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo*. Siglo xxi, 1999.
- Testa, Mario. *Saber en Salud: la construcción del Conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- Tilley, H. (2004). *Ecologies of Complexity: Tropical Environments, African Trypanosomiasis, and the Science of Disease Control in British Colonial Africa, 1900-1940*. *Osiris, 2nd Series*, (19), *Landscapes of Exposure: Knowledge and Illness in Modern Environments*, pp. 21-38.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2007). *América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales*. *Salud colectiva*, 3(1), 33-48.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2009). *Medicamentos para lucrar: La transformación de la industria farmacéutica*. *Salud colectiva*, 5, 305-322.
- Wallerstein, Immanuel Maurice. *La reestructuración capitalista y el sistema-mundo*. Fernand Braudel Center for the Study of Economies, Historical Systems, and Civilizations, State University of New York at Binghamton, 1995.



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

gtsaludinternacionalclacso@gmail.com

 GT Salud Internacional Clacso

www.clacso.org.ar