

Epistemologías insurgentes: Pensamiento crítico en salud y las batallas por la soberanía sanitaria en América Latina

Marcela Beatriz Belardo¹

María Belén Herrero²

Resumen: Este artículo analiza las trayectorias del pensamiento crítico en salud en América Latina y su influencia en la agenda sanitaria regional desde el siglo XX hasta el período postpandemia. Examina cómo actores y saberes disputan sentidos sobre la salud, la enfermedad y la reparación en contextos marcados por la fragmentación regional y la crisis de los organismos multilaterales, recuperando tradiciones como la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva. Mediante un enfoque cualitativo que articula entrevistas con actores clave, análisis documental y reconstrucción histórica, este trabajo contribuye a la comprensión de las complejas intersecciones entre ciencia, política y luchas por la reparación en el tiempo presente, desde una perspectiva situada en las experiencias latinoamericanas.

Palabras claves: Medicina Social Latinoamericana; Regionalismo en salud; Salud Internacional; Epistemologías del Sur.

¹ Instituto de Estudios Sociales en Contexto de Desigualdades IESCODE-UNPAZ/CONICET; Buenos Aires, Argentina; E-mail: marcelabelardo@yahoo.com.ar

² Área de Relaciones Internacionales, FLACSO Argentina/CONICET; Buenos Aires, Argentina; E-mail: bherrero@flacso.org.ar

Epistemologías insurgentes: Pensamiento crítico en salud y las batallas por la soberanía sanitaria en América Latina.

BELARDO, M.B.

HERRERO, M.B.

Insurgent Epistemologies: Critical Health Thinking and the Battles for Health Sovereignty in Latin America

Abstract: This article analyzes the trajectories of critical health thought in Latin America and its influence on the regional health agenda from the 20th century to the post-pandemic period. It examines how actors and knowledge systems contend over meanings of health, illness, and repair in contexts marked by regional fragmentation and crises in multilateral organizations, recovering traditions such as Latin American Social Medicine and Collective Health. Through a qualitative approach that combines interviews with key figures, document analysis, and historical reconstruction, this work contributes to understanding the complex intersections between science, politics, and struggles for repair in the present, from a perspective rooted in Latin American experiences.

Palavras-chave: Latin American Social Medicine; Health Regionalism; International Health; Epistemologies of the South.

Introducción

Las fronteras entre salud y política han sido históricamente porosas y controvertidas, configurando un campo de batalla donde se disputan no solo modelos de atención, sino también proyectos de sociedad, visiones de desarrollo y formas de producción de conocimiento. Desde principios del siglo XX, América Latina ha sido escenario de estas disputas en torno a la salud, la enfermedad y el saber, donde diversos actores —Estados, organismos internacionales, movimientos sociales, corporaciones y comunidades específicas— han confrontado visiones sobre qué cuerpos importan, qué vidas merecen ser protegidas y bajo qué lógicas de poder.

En estas disputas se configuraron redes epistémicas y entramados institucionales que han desafiado los paradigmas hegemónicos biomédicos, proponiendo concepciones alternativas de la salud como proceso social e históricamente determinadoⁱ. La Medicina Social Latinoamericana (MSL) y la Salud Colectiva (SC) emergieron como expresiones de este pensamiento crítico, articulando una crítica radical tanto a las desigualdades en el acceso a la salud como a las bases epistemológicas del conocimiento médico dominante, revelando la colonialidad del poder y del saber que ha caracterizado la producción de conocimiento en el campo sanitario.

Este pensamiento crítico no se limitó al ámbito académico, sino que buscó incidir en políticas y proyectos nacionales y regionales, especialmente durante los gobiernos progresistas de principios del siglo XXI, cuando referentes de estas corrientes ocuparon posiciones estratégicas en ministerios y organismos regionalesⁱⁱ. Estas experiencias permitieron ensayar formas de institucionalización de perspectivas contrahegemónicas, vinculando la salud con horizontes de justicia social, soberanía sanitaria y reparación histórica frente a las desigualdades estructuralesⁱⁱⁱ.

La pandemia de COVID-19 evidenció con crudeza estas tensiones, mostrando cómo, en ausencia de mecanismos regionales de cooperación, los países latinoamericanos quedaron expuestos a la lógica del mercado y a negociaciones bilaterales desventajosas, profundizando brechas históricas^{iv}. En este escenario pospandémico, resulta urgente interrogar las tradiciones críticas latinoamericanas en salud y su capacidad para articular respuestas emancipadoras frente a la mercantilización creciente de la vida y la captura de los organismos multilaterales.

Este artículo se propone analizar el devenir histórico del campo de la Salud Internacional con anclaje en América Latina, identificando las tramas institucionales y redes de poder que han configurado sus especificidades. Asimismo, sistematiza la tradición de pensamiento crítico latinoamericano en salud a partir de sus núcleos conceptuales, metodológicos y políticos, examinando su incidencia en los procesos de regionalización sanitaria y en la configuración de políticas orientadas a la equidad, la soberanía y el reconocimiento de la pluralidad de saberes.

Este estudio empleó una metodología cualitativa, basada en el relevamiento de datos primarios y secundarios. Para su desarrollo, se adoptó un enfoque histórico-interpretativo que permitió reconstruir las trayectorias del pensamiento crítico en salud en América Latina y su influencia en la agenda sanitaria regional desde inicios del siglo XX hasta el período postpandemia.

Se realizaron 20 entrevistas en profundidad a referentes clave del campo de la salud internacional y del pensamiento crítico latinoamericano en salud durante el período 2019-2022. Los criterios de selección de informantes incluyeron: (a) trayectoria académica y/o política relevante en el campo de la MSL/SC; (b) participación en espacios de toma de decisión a nivel nacional o regional; (c) representatividad geográfica dentro de América Latina; y (d) diversidad de

perspectivas teóricas y políticas. Las entrevistas, de una duración promedio de 90 minutos, fueron realizadas siguiendo un guion semiestructurado, grabadas, desgrabadas y analizadas. El material completo se encuentra disponible en formato audiovisual en www.pelssi.flacso.org.ar. La primera parte de cada entrevista aborda la trayectoria biográfica de los informantes —pioneros/as en este campo—, mientras que la segunda parte se centra en sus intervenciones en la agenda regional y su lectura del devenir de la salud internacional.

Entre los datos secundarios se analizaron documentos de acceso público (revistas científicas, notas periodísticas, reportes institucionales), literatura gris (informes, publicaciones técnicas) y documentos oficiales (resoluciones, medidas implementadas, informes de organismos regionales), priorizando aquellos materiales producidos o referenciados por los propios informantes.

La sistematización del corpus se orientó por una doble dimensión analítica: por un lado, una lectura diacrónica, orientada a rastrear filiaciones intelectuales, núcleos temáticos, formaciones teóricas y trayectorias disciplinares; por otro, una lectura sincrónica, que buscó reconstruir las interlocuciones con actores sociales, gobiernos e instituciones, y su vinculación con políticas públicas concretas.

El análisis se desarrolló de forma inductiva y retroalimentada, permitiendo que cada nueva entrevista reconfigure la interpretación del corpus total. Este proceso permitió por lo tanto un diálogo constante entre fuentes orales, escritas y experienciales, articulando marcos conceptuales provenientes de la salud colectiva, las relaciones internacionales y la epidemiología crítica.

Salud, poder y conocimiento en perspectiva latinoamericana

La historia de la salud en América Latina puede leerse como una continua disputa por la legitimidad de saberes. Como señala Aníbal Quijano^v, la "colonialidad del poder y del conocimiento" se ha manifestado claramente en el

campo sanitario, donde saberes producidos en los centros hegemónicos han sido presentados como universales, neutrales y superiores a los conocimientos locales. Esta geopolítica del conocimiento en salud ha determinado qué preguntas son relevantes, qué metodologías son válidas y cuáles voces son reconocidas como productoras legítimas de saber científico.

La Salud Internacional, inicialmente estructurada desde los centros de poder hegemónicos —como evidencia el accionar filantrópico de la *Fundación Rockefeller* o la temprana conformación de la OPS—, reprodujo estos patrones de colonialidad, privilegiando un conocimiento técnico-biomédico, universalista y descontextualizado. En contraposición, las tradiciones críticas latinoamericanas desarrollaron epistemologías situadas que reconocían la determinación social de la salud-enfermedad y cuestionaban la pretensión de universalidad de los modelos importados.

Esta tensión entre saberes hegemónicos y contrahegemónicos no es meramente teórica, sino que se materializa en modelos de intervención, políticas y estructuras institucionales concretas. Como señala Boaventura de Sousa Santos, la "sociología de las ausencias" permite visibilizar los conocimientos que han sido activamente producidos como no existentes o irrelevantes por la racionalidad hegemónica, entre ellos, las concepciones integrales y contextualizadas de la salud desarrolladas desde América Latina^{vi}.

Un hilo conductor esencial en este devenir es la constante tensión entre marcos técnicos y políticos para abordar la salud. Mientras la Salud Internacional/Global ha tendido a despolitizar los problemas sanitarios, presentándolos como desafíos técnicos abordables mediante soluciones estandarizadas, la MSL/SC ha insistido en repolitizar la salud, visibilizando su determinación social y las relaciones de poder que la configuran.

Esta despolitización se manifiesta en la reducción de problemas complejos a intervenciones técnicas, como evidencia el enfoque de programas por enfermedades específicas que ha predominado en la Salud Internacional clásica. Frente a esta mirada, el pensamiento crítico latinoamericano ha insistido en la dimensión política de la salud, entendiendo que las condiciones de salud-enfermedad están inseparablemente vinculadas a modelos económicos, relaciones de clase, opresiones de género y raza, y formas de organización social. Como sostiene Camargo Jr^{vii}, esta visión crítica cuestiona el paradigma biomédico hegemónico que se centra en enfermedades individuales, síntomas y tratamientos correctivos, para pasar a explorar las "causas de las causas", vinculándolas a las condiciones estructurales del capitalismo y las múltiples formas de desigualdad^{viii}. Esta perspectiva politizadora ha sido fundamental para comprender fenómenos como el acceso desigual a medicamentos, las inequidades en la distribución de recursos sanitarios o la imposición de agendas externas en las políticas nacionales de salud.

Regionalismo como espacio de construcción de alternativas

El regionalismo latinoamericano, particularmente en su expresión post años 2000, constituyó un espacio estratégico donde la MSL y la SC pudieron proyectarse más allá de fronteras nacionales y disputar sentidos en el campo de la salud internacional. Como señala Tussie^{ix} el regionalismo no es solo un proceso de integración económica, sino un proyecto político y estratégico que puede facilitar la construcción de alternativas a los modelos dominantes.

Espacios como UNASUR Salud, ORAS-CONHU o COMISCA operaron como interfaces entre lo nacional, lo regional y global, permitiendo que perspectivas críticas latinoamericanas cuestionaran los marcos dominantes de la salud global y promovieran enfoques basados en derechos, determinación social y soberanía

sanitaria^x. Estos organismos –durante ese período– no fueron meros mecanismos de coordinación técnica, sino laboratorios de institucionalización de principios de la MSL/SC que buscaban construir una agenda sanitaria con sello regional^{xi}.

El regionalismo ofreció así un terreno fértil para ensayar nuevas formas de cooperación sanitaria entre países con trayectorias y problemas comunes, basadas en principios de solidaridad, horizontalidad y reconocimiento mutuo^{xii}. Estas experiencias regionales representaron intentos de construir un gobierno alternativo en materia sanitaria, desafiando las lógicas verticales y asistencialistas que habían caracterizado históricamente las relaciones Norte-Sur en este campo. Una tensión conceptual clave que atraviesa tanto los debates teóricos como las propuestas políticas en salud es la que existe entre el enfoque de "determinantes sociales" promovido por la OMS y la perspectiva de "determinación social" desarrollada desde la MSL/SC^{xiii}. Esta diferencia no es meramente semántica, sino que refleja concepciones distintas sobre las causas de las desigualdades en salud y las formas de abordarlas.

Mientras el enfoque de determinantes sociales tiende a presentar factores aislados que "influyen" en la salud, manteniendo intactas las estructuras de poder y los modelos económicos dominantes, la perspectiva de determinación social enfatiza los procesos históricos que configuran dinámicamente los perfiles epidemiológicos de las poblaciones. Como señala Breilh^{xiv}, este enfoque devela las matrices de poder que producen y reproducen las desigualdades sanitarias, permitiendo identificar puntos de transformación estructural.

Esta distinción conceptual se ha manifestado en debates concretos sobre políticas sanitarias, tanto nacionales como regionales, evidenciando cómo las categorías teóricas no son neutrales, sino que orientan tipos específicos de intervención y legitiman ciertos actores e intereses por sobre otros.

Una periodización en las disputas por el poder y el saber en salud

Fase fundacional (1900-1960): Hegemonías biomédicas y resistencias incipientes

Los primeros sesenta años del siglo XX estuvieron marcados por la construcción de la arquitectura de la Salud Internacional bajo el liderazgo de actores hegemónicos como la *Fundación Rockefeller* y la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*. Como documenta Franco Agudelo^{xv}, este período se caracterizó por intervenciones verticales centradas en enfermedades específicas, particularmente aquellas que podían afectar el comercio internacional o la productividad de enclaves económicos estratégicos.

La *Fundación Rockefeller*, con su Comisión de Fiebre Amarilla y posteriormente su División de Salud Internacional, desplegó en América Latina un modelo de intervención sanitaria que, si bien logró avances en el control de algunas enfermedades, respondía principalmente a intereses geopolíticos y económicos de Estados Unidos^{xvi}. Sus campañas contra la fiebre amarilla, la malaria o la anquilostomiasis se desarrollaron con una lógica vertical, descontextualizada y tecnocrática que raramente consideraba las condiciones sociales subyacentes o los saberes locales. El caso emblemático de Carlos Finlay en Cuba ilustra esta dinámica de apropiación del conocimiento latinoamericano: su revolucionario descubrimiento del mosquito como vector de la fiebre amarilla, realizado décadas antes, fue inicialmente ignorado y posteriormente atribuido al ejército norteamericano, que se adjudicó el mérito sin reconocer adecuadamente su contribución fundamental^{xvii}.

Sin embargo, este período también vio emerger las primeras perspectivas latinoamericanas que buscaban trascender estos modelos importados. Figuras destacadas como Salvador Allende en Chile, con su obra "La realidad médico-social chilena" (1939), y Ramón Carrillo en Argentina incorporaron la dimensión

social a la medicina, estableciendo claros vínculos entre la salud y las condiciones sociales de vida. Aunque minoritarias en su tiempo, estas voces sentaron las bases fundamentales para el posterior desarrollo de una robusta tradición crítica propia en el pensamiento sanitario latinoamericano.

La creación de la OPS en 1902 y, posteriormente, de la OMS en 1948, institucionalizó un modelo sanitario internacional que, si bien promovía la cooperación multilateral, seguía respondiendo principalmente a agendas definidas desde los centros de poder global. Como señala García, esta forma de "internacionalización sanitaria" reproducía dinámicas de dependencia, presentando soluciones técnicas para problemas que eran fundamentalmente políticos y estructurales.

Fase de emergencia crítica (1960–1984): Crisis del modelo clásico y surgimiento de alternativas

Entre finales de la década de 60 y mediados de los 80, el modelo clásico de Salud Internacional comenzó a mostrar sus limitaciones frente a la persistencia de problemas sanitarios estructurales y el surgimiento de nuevos desafíos. Simultáneamente, en América Latina emergía con fuerza una corriente crítica que cuestionaba tanto las desigualdades en el acceso a la salud como los fundamentos epistemológicos de la medicina hegemónica^{xviii}.

Este período estuvo marcado por intensos debates globales sobre desarrollo, modernización y salud, en un contexto de Guerra Fría donde los modelos sanitarios también reflejaban confrontaciones ideológicas más amplias^{xix}. La experiencia cubana posterior a la revolución, con su énfasis en la atención primaria y la medicina comunitaria, comenzó a ofrecer un contrapunto a los modelos dominantes, mostrando que eran posibles otras formas de organizar los sistemas

de salud (como afirma Mario Hernández "se llama Atención Primaria Integral, básica, que hace Cuba"). Como señala Mario Rovere:

"Mi impresión es que la medicina social ha labrado el concepto de solidaridad internacional, en términos de conceptos que nunca fueron demasiado bien analizados por la salud internacional como, por ejemplo, el internacionalismo cubano. Hay una especie de nervio de la medicina social latinoamericana, del estilo: "nos tocan a uno, nos tocan a todos"; o sea, que hay una sensación internacionalista, pero no está trasladado, probablemente por no tener una experiencia predominantemente de gobierno, no está trasladado al mundo de las relaciones Internacionales".

Paradójicamente, las dictaduras militares que asolaron la región durante estos años contribuyeron involuntariamente a la configuración de redes intelectuales críticas a través del exilio forzado de académicos y profesionales.

Como recuerda Asa Cristina Laurell:

"Cuando yo llego a México o algunos años después [...] tenemos aquí a todo el exilio latinoamericano después de los golpes en Chile, en Argentina, en Bolivia, etc. Y una buena parte de ese exilio sudamericano se estableció en México y entonces ahí había una corriente marxista muy fuerte que también se trasladó, por así decirlo, al área de salud".

México se convirtió en un polo de formación y articulación de esta corriente crítica, con la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco como epicentro, irradiando posteriormente su influencia a toda la región. Estos espacios académicos alternativos permitieron el desarrollo de marcos teóricos y metodológicos diferentes que cuestionaban los paradigmas dominantes y proponían nuevas formas de entender y abordar los procesos de salud-enfermedad-atención. Así lo relata, en una de las entrevistas, María Isabel Rodríguez:

"cuando yo llego [...] de que debemos hacer el Posgrado de Medicina Social, después de que en el año 73 se había creado ya en Río de Janeiro, es porque ya había un ambiente que yo había creado, con el apoyo de García lógicamente y de otros compañeros, en México. [...] El director de la Escuela de Salud Pública de México consideraba que era lo mejor del mundo. Entonces era un espacio para ir a insertar nuevas ideas en el campo de la Medicina Social. La primera actividad de la enseñanza de las ciencias sociales la hacemos en Guadalajara [...] Ahí empezamos el trabajo del abordaje de las ciencias sociales. Para mí fue un apoyo también para desarrollar ese campo en México. [...] En el caso de la UAM XOCHIMILCO, en ese programa que tuvimos, una de las primeras personas que inicia la coordinación de Medicina Social es Hugo Mercer de Argentina. Él había unido una serie de gente de la UAM, van creando ese ambiente y empiezan a identificar gente para que fuera a la Maestría. Por ejemplo, gente que ahora es líder del campo de Medicina Social, como Jaime Breilh. Jaime Breilh es alumno de la Maestría de Medicina Social, Cristina Laurell, que es una de las coordinadoras de la Maestría, que se formaron en el campo y siguieron ahí. Catalina Eibenschutz actúa como consultora, como profesora".

En el plano internacional, la Conferencia de Alma-Ata en 1978, con su llamado a la "Salud para todos en el año 2000" y su énfasis en la Atención Primaria de Salud, representó un momento de apertura donde algunas de las críticas y propuestas latinoamericanas encontraron eco en la agenda global. Sin embargo, como señala Cueto, esta visión integral pronto sería desplazada por enfoques selectivos y verticales que vaciaban de contenido político la propuesta original^{xx}.

Fase de consolidación y resistencia al neoliberalismo (1985-2000)

Las últimas décadas del siglo XX estuvieron marcadas por la implementación de ajustes estructurales neoliberales y reformas en los sistemas de salud que profundizaron la mercantilización y fragmentación de la atención

sanitaria. Estas reformas, impulsadas por organismos como el Banco Mundial bajo el Consenso de Washington, promovieron la reducción del rol del Estado, la focalización de servicios, la descentralización sin recursos y la introducción de lógicas de mercado en la provisión de servicios de salud. Refrendado estas afirmaciones, Oscar Feo Isturiz considera que:

"eso que hoy llamamos el complejo medico industrial, financiero y asegurador, no existía en los 50; eso existe fundamentalmente hoy. Hoy la industria farmacéutica, la industria tecno médica determinan las políticas de salud de los estados. [...] Entonces, vivimos un cambio fundamental, donde la salud pasa a ser un espacio de acumulación y reproducción de los capitales. Y eso, hace que las políticas que vienen desde los sectores empresariales, que es lo que vieron ya el filantropocapitalismo, cambia de fortalecer los sistemas nacionales, a la privatización y a la colocación de la salud en el mercado. Y es allí, donde surgen las propuestas de aseguramiento individual para los pobres, y privado para los que tienen recursos, y cambia totalmente la historia de las políticas de salud".

Paralelamente, en el ámbito internacional se producía una transición conceptual desde la "Salud Internacional" hacia la "Salud Global", reflejo de nuevas configuraciones geopolíticas y económicas. Como analizan Brown et al., esta transición no fue meramente terminológica, sino que representó cambios profundos en actores, agendas e intereses^{xxi}. La Salud Global emergente se caracterizaba por el protagonismo creciente de nuevos actores (fundaciones filantrópicas, alianzas público-privadas, ONGs transnacionales) y por enfoques que, aunque reconocían la dimensión transnacional de los problemas sanitarios, frecuentemente lo hacían desde lógicas securitizadas y alineadas a intereses específicos de países centrales y corporaciones.

En este contexto adverso, la MSL/SC logró consolidarse académicamente, desarrollando sus principales núcleos conceptuales y metodológicos. Instituciones

como la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) en Brasil, el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) en Ecuador o la Universidad Autónoma Metropolitana en México, entre otras, se convirtieron en espacios de producción y difusión de este pensamiento crítico. La creación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) en 1984 y el desarrollo de revistas científicas especializadas como "Saúde em Debate" o "Medicina Social" contribuyeron a la institucionalización de esta corriente. "Si algo se puede decir de ALAMES" – dice José León Uzcátegui – "es que ALAMES se ha dedicado en su vínculo con la sociedad a la lucha por la defensa del derecho a la salud".

Este período vio también importantes articulaciones entre academia y movimientos sociales en salud. Luchas por el derecho a la salud, movimientos contra la privatización de servicios públicos y redes de solidaridad internacional encontraron en la MSL/SC marcos teóricos que legitimaban sus demandas y propuestas. Estas alianzas permitieron que el pensamiento crítico, aunque marginalizado de las políticas oficiales durante la hegemonía neoliberal, mantuviera su vitalidad y capacidad propositiva. En efecto, Mario Hernández recuerda que en Colombia "nosotros tuvimos la oportunidad de participar con un grupo que venía vinculado a ALAMES y al Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, participamos en el peor momento del conflicto con Álvaro Uribe". A través de la sistematización de los principales núcleos teórico-conceptuales de estas trayectorias de pensamiento, se pueden identificar contribuciones fundamentales de la MSL/SC durante este período: la reformulación del concepto de salud como proceso social, el desarrollo de metodologías participativas de investigación-acción, la crítica a la medicalización y mercantilización de la vida, y la propuesta de sistemas de salud universales basados en principios de equidad y derecho.

Fase de institucionalización regional (2000-2015)

El cambio de siglo trajo consigo un nuevo escenario político en América Latina, con el ascenso de gobiernos progresistas en varios países de la región que abrieron posibilidades de institucionalización para perspectivas críticas en salud. Este "giro a la izquierda" coincidió con un momento de reconfiguración del regionalismo latinoamericano, que transitaba desde formas abiertas orientadas a la liberalización comercial hacia modelos post-liberales o post-hegemónicos más centrados en agendas sociales, políticas y estratégicas. Al respecto ha señalado Mario Hernández:

"la oportunidad que se abrió con ese momento de gobiernos alternativos -digámoslo así-, progresistas, que gobernaron en algún momento, en Venezuela, en Brasil con Lula, los Kirchner... todo esto que se dio en un momento dado, ahí encontramos una interlocución más fácil obviamente. Ahí surgió toda una posibilidad de empezar a armar un campo de salud y protección social -o salud y seguridad social- en UNASUR y se logró avanzar con varias iniciativas, incluso creo que Argentina tuvo muchas propuestas. Si hablas con Juan Canella y con el mismo Mario Róvere, se hizo una sesión para tratar de armar una especie de escuela internacional de salud, con una perspectiva regional".

En este contexto, referentes históricos de la MSL/SC encontraron espacios en posiciones de decisión política, tanto en ministerios nacionales de salud como en organismos regionales emergentes. Casos como los de Brasil con el fortalecimiento del Sistema Único de Salud (SUS), Bolivia con la incorporación de la interculturalidad y la medicina tradicional en el sistema público, o El Salvador con su reforma de salud basada en principios de universalidad y participación comunitaria, evidencian cómo estas ideas críticas conformaron políticas concretas.

La creación de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) en 2008 y particularmente de su Consejo de Salud, constituyó un hito en este proceso de institucionalización regional. Como señalan Herrero y Tussie^{xxii}, UNASUR Salud desarrolló una agenda alternativa centrada en la promoción de la salud, las determinaciones sociales, el acceso universal y la construcción de sistemas de salud universales, en clara contraposición a los enfoques verticales promovidos por organismos internacionales tradicionales.

Otros espacios como el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) o el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) también incorporaron, en mayor o menor medida, perspectivas críticas en sus agendas y acciones. Como afirma Oscar Feo Istúriz:

"Hubo la posibilidad de impregnar las agendas políticas con este pensamiento [a través de propuestas concretas como] los sistemas universales de salud, acceso universal a los medicamentos, participación social, determinación social de la salud".

Estas plataformas regionales facilitaron una cooperación sanitaria más horizontal y basada en principios de solidaridad y soberanía, como lo evidencia la creación del Banco de Precios de Medicamentos en 2016, orientado a fortalecer la capacidad de negociación regional frente a la industria farmacéutica^{xxiii}. Asimismo, permitieron articular posiciones comunes en foros multilaterales, disputando los marcos dominantes de la Salud Global y promoviendo perspectivas latinoamericanas en debates sobre acceso a medicamentos, sistemas de salud, recursos humanos y financiamiento sanitario.

Este período representó un momento excepcional donde las tradiciones críticas latinoamericanas en salud lograron trascender los espacios académicos y de militancia para influir efectivamente en políticas y agendas nacionales y regionales. Mario Rovere señala al respecto:

"En la agenda de UNASUR, los 5 puntos de UNASUR, son 5 puntos que podría ser perfectamente la agenda de la medicina social en UNASUR Salud: sistemas de salud universales, escudo sanitario, recursos humanos, medicamentos, determinantes sociales. Así que en cierta forma allí sí hay una experiencia internacional de cuadros de la medicina social."

Sin embargo, esta institucionalización enfrentó límites y tensiones, tanto por resistencias externas como por contradicciones internas de los propios procesos de integración y el cambio político posterior.

Fase de fragmentación y resistencia (2015-actualidad)

El ciclo político progresista en América Latina comenzó a revertirse hacia mediados de la década de 2010, con la llegada de gobiernos conservadores que debilitaron o desmantelaron espacios regionales clave. La salida de países como Brasil, Argentina, Colombia y Chile de UNASUR y la creación de organismos alternativos como el Foro para el Progreso de América del Sur (PROSUR), con agendas más alineadas a intereses comerciales que a perspectivas de derechos, marcaron un punto de inflexión en la integración sanitaria regional.

Simultáneamente, en el ámbito global se profundizaba una crisis del multilateralismo y un avance de lógicas corporativas en salud. El debilitamiento de la Organización Mundial de la Salud, los recortes al financiamiento global en salud y el creciente protagonismo de actores privados como la Fundación Bill y Melinda Gates configuraron un escenario poco favorable para perspectivas críticas y transformadoras.

La pandemia de COVID-19 sorprendió a América Latina en este contexto de fragmentación regional y crisis global. Como han señalado Herrero y Nascimento^{xxiv}, la pandemia encontró a la región sin mecanismos colectivos robustos de respuesta sanitaria, a pesar del proceso de institucionalización

acumulado en años anteriores. La desaparición de UNASUR significó el fin de una experiencia inédita en diplomacia sanitaria regional y dejó a los países a merced de negociaciones bilaterales, muchas veces desventajosas, con la industria farmacéutica y los países centrales.

Esta situación exacerbó problemáticas estructurales como la dependencia tecnológica y productiva en insumos sanitarios estratégicos. América Latina evidenció su vulnerabilidad frente a disrupciones en cadenas globales de suministro y acaparamiento de recursos por parte de países centrales. La distribución inequitativa de vacunas, tratamientos y equipamientos reveló cómo, en momentos de crisis, los mecanismos de solidaridad global resultan insuficientes frente a lógicas nacionalistas y mercantilistas^{xxv}.

Sin embargo, el pensamiento crítico latinoamericano en salud no ha desaparecido en este escenario adverso, sino que se ha persistido en espacios académicos, en prácticas comunitarias y en algunos intentos institucionales aún en pie. Como advierte Mauricio Torres, si bien esta tradición ha logrado permear parcialmente las agendas públicas, aún enfrenta limitaciones: "[...] la lucha del campo de la Medicina Social, sin duda, puede ser contrahegemónica, disputar la hegemonía y disputar la agenda internacional, pero claramente la incidencia es muy limitada y por eso es tan difícil rastrearla".

La crisis sanitaria global también ha puesto en evidencia la persistente validez de muchas de las críticas y propuestas formuladas desde la MSL/SC: la necesidad de sistemas de salud universales y robustos, la importancia de la determinación social en los perfiles epidemiológicos, las consecuencias de la mercantilización de la salud, y los límites de abordajes verticales y tecnocráticos para problemas complejos. Estas evidencias han abierto espacios para reposicionar algunas de estas perspectivas en debates actuales sobre la necesaria transformación de los sistemas sanitarios y el gobierno en salud.

Dimensiones clave de las disputas epistémicas y políticas en salud

Soberanía sanitaria vs. dependencia estructural

Una dimensión central en las disputas por el poder y el saber en salud se relaciona con la tensión entre soberanía sanitaria y dependencia estructural. América Latina ha enfrentado históricamente limitaciones para definir autónomamente sus políticas sanitarias, lo que la coloca en una posición vulnerable frente a actores externos.

La dependencia tecnológica y productiva en medicamentos, vacunas, equipamientos y otros insumos esenciales ha sido un factor limitante para la implementación efectiva de políticas de salud soberanas. Como quedó dramáticamente evidenciado durante la pandemia de COVID-19, la limitada capacidad regional de producción expone a los países latinoamericanos a dinámicas de mercado desfavorables y a decisiones tomadas en función de intereses externos^{xxvi}.

Frente a esta realidad, desde la MSL/SC y desde espacios como UNASUR Salud se han impulsado propuestas orientadas a fortalecer la soberanía sanitaria regional. Iniciativas como el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), el mapeo de capacidades productivas regionales, o estrategias de negociación conjunta de medicamentos buscaban incrementar la autonomía regional y reducir asimetrías en el campo de la salud global^{xxvii}.

Las disputas en torno a la propiedad intelectual y el acceso a medicamentos constituyen un ejemplo paradigmático de esta tensión. Mientras actores hegemónicos promueven regímenes de propiedad intelectual restrictivos, desde perspectivas críticas latinoamericanas se ha insistido en la primacía del derecho a la salud sobre intereses comerciales, abogando por el uso de flexibilidades previstas en acuerdos como ADPIC, la producción pública de medicamentos y el desarrollo de capacidades científico-tecnológicas propias.

La cooperación Sur-Sur en salud se ha consolidado como una estrategia alternativa que promueve la solidaridad y la horizontalidad en América Latina. Casos emblemáticos como la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), fundada por Cuba en 1999 para formar gratuitamente a estudiantes de países periféricos con compromiso de retorno a sus comunidades, o el Programa Mais Medicos, lanzado en Brasil en 2013 para ampliar el acceso a atención primaria mediante la incorporación de médicos nacionales y extranjeros en zonas vulneradas^{xxviii} evidencian una apuesta regional por modelos no tradicionales de desarrollo. Iniciativas como Misión Milagro (Cuba-Venezuela) han ofrecido cirugías oftalmológicas gratuitas desde 2004 a personas de bajos recursos. En materia farmacéutica, países como Brasil y Argentina lideraron una red de producción de antirretrovirales genéricos^{xxix}. La gestión de desastres también ha sido ámbito de cooperación efectiva: México envió rescatistas a Chile (2010) y Ecuador (2016), y Chile compartió su modelo de reconstrucción con Ecuador^{xxx}. Brasil, pionero en bancos de leche humana, transfirió tecnología a más de 15 países, logrando impactos como la reducción de la mortalidad neonatal en zonas rurales^{xxxi}.

Universalidad vs. focalización

Otra dimensión clave en estas disputas ha sido la tensión entre enfoques universalistas y focalizados en la organización de sistemas de salud y en el diseño de políticas sanitarias. Mientras organismos como el Banco Mundial han promovido históricamente modelos de atención focalizados en poblaciones específicas y paquetes mínimos de servicios, desde la MSL/SC se ha defendido la construcción de sistemas universales, integrales y equitativos. "Si algo caracteriza hoy al pensamiento de la medicina social y de la salud colectiva, es la universalidad. Y si algo caracteriza al pensamiento neoliberal, son las políticas

focalizadas dirigidas a poblaciones vulnerables y a pobres", en palabras de Oscar Feo Isturiz.

Esta disputa conceptual entre "sistemas universales" y "cobertura universal" no es meramente semántica, sino que refleja visiones distintas sobre el rol del Estado, el estatus de la salud como derecho o mercancía, y las formas de abordar desigualdades estructurales. Como ha argumentado consistentemente la tradición crítica latinoamericana, la universalidad no puede reducirse a esquemas de aseguramiento que mantienen intactas las inequidades fundamentales, sino que requiere transformaciones profundas en la organización y financiamiento de los sistemas sanitarios. En palabras de Oscar Feo Istúriz:

"Hoy la batalla fundamental está alrededor del concepto de universalidad. Bueno, la propuesta del capital, ¿Cuál es? La cobertura universal, que de universal no tiene nada, roban el concepto de universalidad, lo disfrazan para camuflar sus políticas. Entonces, nosotros tenemos que defender el concepto de sistemas universales contra el de cobertura universal, y es parte de la disputa ideológica y de la directiva fundamental del momento. Hoy la confrontación cobertura universal-sistemas universales, es el centro de la directiva de las políticas de salud".

El Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil representa un caso emblemático de institucionalización de principios universalistas impulsados desde la SC brasileña. Su consagración constitucional como derecho ciudadano y responsabilidad estatal, su estructura descentralizada pero integrada, y su énfasis en la participación social reflejan muchos de los postulados teóricos desarrollados por esta corriente crítica, como ha señalado Sonia Fleury: "Yo creo que fuimos muy innovadores, por ejemplo, desde el campo de la salud, en términos de construcción de instituciones democráticas en el país. El SUS fue un nuevo modelo, por ejemplo, de arquitectura democrática, con introducción de consejos, conferencias, que son instrumentos muy potentes, importantes de control social". A pesar de sus

limitaciones y desafíos de implementación, el SUS sigue siendo un referente de cómo ideas contrahegemónicas pueden materializarse en políticas concretas.

Otros países como Bolivia, Venezuela o El Salvador también han implementado, con diferentes alcances y resultados, reformas inspiradas en principios de universalidad, integralidad y derecho a la salud promovidos desde la MSL. Estas experiencias nacionales encontraron en espacios como UNASUR Salud plataformas para compartir aprendizajes y articular posiciones comunes frente a propuestas reduccionistas impulsadas por organismos internacionales.

Saberes plurales vs. saber biomédico

Una tercera dimensión fundamental en estas disputas epistémico-políticas se relaciona con el reconocimiento o negación de la pluralidad de saberes en salud. Frente a la saber biomédico, que ha tendido a desvalorizar y excluir conocimientos producidos desde matrices culturales diversas, el pensamiento crítico latinoamericano ha buscado establecer diálogos con saberes ancestrales, comunitarios y feministas. Como ha señalado Nila Heredia,

"esa es la política de medicina social: que incorpora el tema de la medicina tradicional, la interculturalidad, como ejes transversales. Que es difícil. Es difícil incorporar la magnitud de lo que es la interculturalidad [...] teniendo una universidad que sigue formando médicos con la mirada muy biologicista, muy de hospital".

Por su parte, Mario Hernández ha destacado, a partir de su práctica, cómo ha tratado:

"de entender las enfermedades populares, los saberes populares [...] cómo eran las enfermedades populares: el "mal de madre", el "descuaje", el frío en el pecho, una cantidad de cosas que yo percibía que había que tratar de entender. No me gustaba mucho la visión muy funcionalista y me acerqué justamente a toda esa otra ruta que se estaba construyendo

en Medicina Social con el tema cultural [...] justamente la Medicina Social estaba aportando nuevas discusiones".

La incorporación de perspectivas interculturales en sistemas y políticas de salud ha sido particularmente significativa en países con fuerte presencia indígena. Bolivia, por ejemplo, ha desarrollado una política de medicina social que incorpora la medicina tradicional como eje transversal, integrando prácticas y saberes indígenas al sistema público. Como señala la exministra de salud de Bolivia, Nila Heredia, el país

"tiene un porcentaje de población indígena importante, de procedencia indígena, pero además orgullosamente indígena. Entonces, eso ha obligado a ver el tema indígena como un tema de suma importancia. No es la participación popular sola sino con un entorno, o con una población que, además de participar, exige reconocimiento de su propia identidad".

Durante su gestión como presidenta del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), destaca que los seis países miembros "aprobaron la política de salud intercultural, y ese es un referente. Parte del plan, por ejemplo, es el plan de salud materna con enfoque intercultural", estableciendo así lineamientos regionales para implementar estas perspectivas en los sistemas sanitarios.

Este diálogo entre saberes no se ha limitado a la interculturalidad, sino que también ha incorporado perspectivas feministas y de género que desafían visiones androcéntricas tanto en la biomedicina como en ciertas tradiciones populares. El movimiento feminista latinoamericano, con sus luchas por la autonomía corporal y los derechos sexuales y (no) reproductivos, ha enriquecido el pensamiento crítico en salud, cuestionando la patologización de procesos naturales como la menstruación o el parto, y denunciando la violencia obstétrica y otras formas de control biomédico sobre los cuerpos de las mujeres. En este punto cabe destacar

la trayectoria de Débora Tajer quien, como ha referido al ser entrevistada, ha sido una de las fundadoras en el '97 de la Red de Género en ALAMES.

Los movimientos ambientales y territoriales también han aportado perspectivas valiosas sobre la relación entre salud y naturaleza, impulsando debates sobre extractivismo, contaminación y sus efectos en los perfiles epidemiológicos de comunidades vulneradas. Al respecto Jaime Breilh ha destacado cómo "se ha globalizado el extractivismo [...] que no es el extractivismo minero o petrolero, es el extractivismo agrícola y ahora el extractivismo cibernético, es decir, todo se ha tornado escenario de extracción brutal e inclusive mercantilizando nuestra vida íntima y nuestra seguridad íntima". Estos diálogos han permitido ampliar la noción misma de "determinación social" para incluir las dimensiones de género, etnia, territorio y relación con la naturaleza como elementos constitutivos de los procesos de salud-enfermedad-atención^{xxxii}.

La institucionalización de estos saberes alternativos en las políticas ha enfrentado limitaciones y resistencias. Sin embargo, algunas de estas experiencias muestran que es posible construir sistemas más inclusivos cuando existe voluntad política y participación activa de las comunidades.

Reflexiones finales

El recorrido histórico y conceptual presentado en este artículo permite comprender cómo se han configurado las disputas por el poder y el saber en el campo de la salud en América Latina, y cómo las tradiciones de pensamiento en salud críticas han buscado desafiar paradigmas hegemónicos y construir alternativas de poder popular.

El pensamiento crítico latinoamericano en salud ha sido y sigue siendo una herramienta fundamental para disputar los sentidos dominantes en torno a la salud, el cuerpo y la vida. A lo largo de su historia, esta tradición ha generado

conceptos, prácticas y políticas que han desafiado el modelo biomédico y mercantilizado, aportando marcos alternativos anclados en la justicia social, la soberanía sanitaria y la pluralidad epistémica.

Su evolución ha estado marcada por la capacidad de diálogo con diversas corrientes teóricas y movimientos sociales, incorporando gradualmente dimensiones como género, interculturalidad, territorio y ambiente que han enriquecido su marco analítico inicial, más centrado en las relaciones de clase y la crítica al capitalismo. Esta ampliación conceptual ha permitido que la MSL/SC mantenga su relevancia en contextos cambiantes, adaptándose a nuevas problemáticas sin perder su horizonte transformador.

Aunque su institucionalización en políticas ha enfrentado retrocesos, especialmente con el fin del ciclo progresista y la fragmentación regional, su persistencia como corriente intelectual, política y ética sigue siendo clave para imaginar otras formas de cooperación. Como señala Mauricio Torres: "[...] es más un fortalecimiento de las comunidades, es tomar la salud en sus propias manos para generar propuestas autónomas y, desde ahí, tener un posicionamiento ante el Estado que le disputa y le demanda respuestas".

En el escenario pospandémico, América Latina enfrenta el desafío de reconstruir espacios de cooperación regional en salud que permitan enfrentar colectivamente problemáticas compartidas. La fragmentación política, la desconfianza entre gobiernos de signos ideológicos opuestos y la priorización de agendas económicas por sobre las sociales dificultan esta reconstrucción.

Sin embargo, la experiencia de la pandemia ha dejado lecciones que podrían catalizar nuevos esfuerzos de integración sanitaria. La evidencia de vulnerabilidades comunes ante disrupciones globales, la conciencia de la dependencia estructural en insumos estratégicos, y la necesidad de fortalecer capacidades científico-tecnológicas regionales podrían servir de base para una

renovada agenda de cooperación, que deberán ser llevada adelante desde los espacios de resistencia y militancia político-social.

La salud es, y seguirá siendo, un campo de poder y lucha, donde se enfrentan actores, modelos y proyectos. El avance del capital sobre los organismos internacionales y la privatización y degradación de los sistemas públicos de salud dificultan la incidencia de visiones más justas y democráticas. Sin embargo, el pensamiento crítico latinoamericano en salud sigue vigente como horizonte ético y político, no solo como resistencia, sino también como fuente de propuestas concretas para construir otras formas de cooperación, atención y cuidado. La clave será encontrar puntos de convergencia que permitan avanzar en temas concretos como la producción de medicamentos y vacunas, la formación de profesionales en salud y la preparación ante futuras emergencias sanitarias.

En el escenario actual—marcado por la fragmentación regional, la disputa geopolítica entre potencias, el debilitamiento del multilateralismo y la profundización de las desigualdades—, el pensamiento crítico en salud puede y debe jugar un rol estratégico.

Notas

ⁱ NUNES, E; RODRIGUEZ, M; FRANCO, S. **Juan Cesar García: pensamiento social en salud en América Latina**. México DF: Organización Panamericana de la Salud/Interamericana, 1994. PAIM, J; ALMEIDA, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998. IRIART, C.; WAITZKIN, H.; BREILH, J.; ESTRADA, A; MERHY, E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. **Revista Panamericana de Salud**, 12(2), pp. 128-136, 2002. BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, 31(Supl 1), pp. 13-27, 2013.

ⁱⁱ HERRERO, M.B.; LOZA, J; BELARDO, M. **Collective health and regional integration in Latin America: An opportunity for building a new international health agenda**. Global Public Health, 2019.

ⁱⁱⁱ HERRERO, MB; LOZA, J. **Building a regional health agenda: a rights-based approach to health in South America**. Global Public Health, 2017.

- ^{iv} HERRERO, M.B.; NASCIMENTO, B. COVID-19 in Latin America and the Caribbean: The visible face of a health regional cooperation in crisis. **Revista Brasileira de Política Internacional**, 65(1), 2022.
- ^v QUIJANO, Anibal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In LANDER, E. (ed.) **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, pp. 201-246, 2000.
- ^{vi} DE SOUSA SANTOS, Boaventura. **Epistemologías del Sur: Utopía y praxis latinoamericana**, 16(54), pp. 17-39, 2011.
- ^{vii} CAMARGO, K. JR. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. **Revista Brasileira de História da Ciência**, 6(2), pp. 183-195, p. 2013.
- ^{viii} FEO ISTÚRIZ O; FEO ACEVEDO C; JIMÉNEZ P. Pensamiento contrahegemónico en salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, 38(4), 602-614, 2012. BREILH, J. Medicina social ("salud colectiva") y medio ambiente. Entrevista a Jaime Breilh realizada por Miguel Ortega Cerdá. *Revista Ecología Política*, (enero-abril 2009): 47-57, 2009.
- ^{ix} TUSSIE, D. Latin America: Contrasting motivations for regional projects. **Review of International Studies**, 35(1), pp. 169-188, 2009.
- ^x BELARDO M, LOZA J.; HERRERO MB. Trayectorias de pensamiento, integración regional y soberanía sanitaria en Suramérica. **RevIISE**, Vol 12, Año 12 (octubre 2018 - marzo 2019) Artículos Dossier, pp. 75-89, 2018.
- ^{xi} HERRERO, MB; NASCIMENTO, B. ¿Qué pasa con la cooperación latinoamericana en salud?; **Fundación Friedrich Ebert**, Nueva Sociedad 12(1-10), 2020.
- ^{xii} HERRERO, M.B.; LOZA, J; BELARDO, M. Op. Cit., 2019.
- ^{xiii} ALMEIDA FILHO, N. A problemática metodológica da determinação social da saúde. Nota breve sobre Desigualdades em Saúde como objeto de conhecimento. **Seminário Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde**. CEBES, Rio de Janeiro, 2011. Disponible en: <http://desigualdadesemsaude.blogspot.com.ar/2011/12/problematica-metodologica-da.html>. BENACH DE ROVIRA J, MUNTANER BONET C, TARAFÁ G, VERGARA M. Impacto del Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. **Revista Cubana de Salud Pública**, V. 38(5), p. 794-802, 2012.
- ^{xiv} BREILH, Op. Cit., p. 2013.
- ^{xv} FRANCO AGUDELO, S. La Rockefeller y las filantropías afines. In: FRANCO AGUDELO, S. **El paludismo en América Latina**. México: Editorial Universidad de Guadalajara, pp. 125-227, 1990.
- ^{xvi} GARCÍA, J.C. La enfermedad de la pereza. In: CÉSAR GARCÍA, JUAN. **Pensamiento social en salud en América Latina**. México: Interamericana, Mc Graw Hill, pp. 150-171, 1994.
- ^{xvii} SACCHETTI, L. Y ROVERE, M. **La salud pública en las relaciones internacionales**. Cañones, mercancías y mosquitos. Buenos Aires: Editorial El Ágora, 2011.
- ^{xviii} IRIART; WAITZKIN; BREILH; ESTRADA; MERHY. Op. Cit., 2002.
- ^{xix} HERRERO, M. B; BELARDO, M. Salud Internacional y Salud Global: Reconfiguraciones de un campo en disputa. **Relaciones Internacionales**, 95(2), pp. 63-91, 2022.
- ^{xx} CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, 94(11), pp. 1864-1874, 2004.

- ^{xxi} BROWN, T.; CUETO, M.; FEE, E. The transition from 'international' to 'global' public health and the World Health Organization. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 13(3), pp. 623-647, 2006.
- ^{xxii} HERRERO, M.B.; TUSSIE, D. UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America. **Global Social Policy**, 15, pp. 261-277, 2015.
- ^{xxiii} HERRERO MB; LOZA J. Políticas regionales en medicamentos y la construcción de soberanía en salud (2009-2019). **Revista Estado y Políticas Públicas** 14: 181-200, 2020.
- ^{xxiv} HERRERO, M.B.; NASCIMENTO, B. Op. Cit., 2022.
- ^{xxv} HERRERO MB; BELARDO M. Diplomacia sanitaria y geopolítica: la guerra mundial por las vacunas. **Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social"**, Año 11, Nro. 21, 2021.
- ^{xxvi} BELARDO, M. Vacunas, patentes y producción pública. **Transiciones**, 1(9), pp. 17-22, 2021.
- ^{xxvii} HERRERO, M.B.; LOZA, J.; BELARDO, M. Op. Cit.; 2019.
- ^{xxviii} BELARDO, M. **Organización Panamericana de la Salud**: ¿un peón en el tablero de control del "Patio Trasero"? Nodal, 25 de julio, 2020.
- ^{xxix} OPS. Acceso a medicamentos antirretrovirales en América del Sur: impacto de la producción pública. Organización Panamericana de la Salud, 2019.
- ^{xxx} PNUD. Cooperación para la reconstrucción post-desastres en América Latina. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018.
- ^{xxxi} MINSA Perú. Informe anual de salud neonatal 2019-2020. Ministerio de Salud del Perú, 2020; FIOCRUZ. Red de Bancos de Leche Humana en América Latina y el Caribe. Fundación Oswaldo Cruz, 2022.
- ^{xxxii} BREILH J. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Observatorio Latinoamericano de Salud. Quito: CEAS - Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 2005; BREILH J. Extractivismo petrolero, crisis múltiple de la vida y los desafíos de la investigación. (Comentario del libro: Larrea, Carlos, coord. ¿Está agotado el periodo petrolero en Ecuador? Alternativas hacia una sociedad más sustentable y equitativa: un estudio multicriterio. Quito: La Tierra; Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2017). Ponencia presentada en Universidad Andina Simón Bolívar, Sala Manuela Sáenz, Quito, febrero 9 de 2017.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. A problemática metodológica da determinação social da saúde. Nota breve sobre Desigualdades em Saúde como objeto de conhecimento. **Seminário Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde**. CEBES, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://desigualdadesemsaude.blogspot.com.ar/2011/12/problematica-metodologica-da.html>

BELARDO M, LOZA J.; HERRERO MB. Trayectorias de pensamiento, integración regional y soberanía sanitaria en Suramérica. **ReviSE**, Vol 12, Año 12 (octubre 2018 - marzo 2019) Artículos Dossier, pp. 75-89, 2018.

BELARDO, M. **Organización Panamericana de la Salud**: ¿un peón en el tablero de control del "Patio Trasero"? Nodal, 25 de julio, 2020.

BELARDO, M. Vacunas, patentes y producción pública. **Transiciones**, 1(9), pp. 17-22, 2021.

BENACH DE ROVIRA J, MUNTANER BONET C, TARAFA G, VERGARA M. Impacto del Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. **Revista Cubana de Salud Pública**, V. 38(5), p. 794-802, 2012.

BREILH J. **Informe alternativo sobre la salud en América Latina**. Observatorio Latinoamericano de Salud. Quito: CEAS - Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 2005.

BREILH, J. Medicina social ("salud colectiva") y medio ambiente. Entrevista a Jaime Breilh realizada por Miguel Ortega Cerdá. *Revista Ecología Política*, (enero-abril 2009): 47-57, 2009.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, 31(Supl 1), pp. 13-27, 2013.

BREILH J. Extractivismo petrolero, crisis múltiple de la vida y los desafíos de la investigación. (Comentario del libro: Larrea, Carlos, coord. ¿Está agotado el periodo petrolero en Ecuador? Alternativas hacia una sociedad más sustentable y equitativa: un estudio multicriterio. Quito: La Tierra; Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2017). **Ponencia presentada en Universidad Andina Simón Bolívar**, Sala Manuela Sáenz, Quito, febrero 9 de 2017.

BROWN, T.; CUETO, M.; FEE, E. The transition from 'international' to 'global' public health and the World Health Organization. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 13(3), pp. 623-647, 2006.

CAMARGO, K. JR. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. **Revista Brasileira de História da Ciência**, 6(2), pp. 183-195, p. 2013.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, 94(11), pp. 1864-1874, 2004.

DE SOUSA SANTOS, Boaventura. **Epistemologías del Sur**: Utopía y praxis latinoamericana, 16(54), pp. 17-39, 2011.

FEO ISTÚRIZ O; FEO ACEVEDO C; JIMÉNEZ P. Pensamiento contrahegemónico en salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, 38(4), 602-614, 2012.

FIOCRUZ. **Red de Bancos de Leche Humana en América Latina y el Caribe**. Fundación Oswaldo Cruz, 2022.

FRANCO AGUDELO, S. La Rockefeller y las filantropías afines. In: FRANCO AGUDELO, S. **El paludismo en América Latina**. México: Editorial Universidad de Guadalajara, pp. 125-227, 1990.

GARCÍA, J.C. La enfermedad de la pereza. In: CÉSAR GARCÍA, JUAN. **Pensamiento social en salud en América Latina**. México: Interamericana, Mc Graw Hill, pp. 150-171, 1994.

HERRERO, M.B.; TUSSIE, D. UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America. **Global Social Policy**, 15, pp. 261-277, 2015.

HERRERO, M.B; LOZA, J. **Building a regional health agenda**: a rights-based approach to health in South America. *Global Public Health*, 2017.

HERRERO, M.B.; LOZA, J; BELARDO, M. **Collective health and regional integration in Latin America**: An opportunity for building a new international health agenda. *Global Public Health*, 2019.

HERRERO, M. B; NASCIMENTO, B. ¿Qué pasa con la cooperación latinoamericana en salud?; **Fundación Friedrich Ebert**, Nueva Sociedad 12(1-10), 2020.

HERRERO M.B; BELARDO M. Diplomacia sanitaria y geopolítica: la guerra mundial por las vacunas. **Revista "Debate Público"**. Re.flexión de Trabajo Social", Año 11, Nro. 21, 2021.

HERRERO, M.B.; NASCIMENTO, B. COVID-19 in Latin America and the Caribbean: The visible face of a health regional cooperation in crisis. **Revista Brasileira de Política Internacional**, 65(1), 2022.

HERRERO MB; LOZA J. Políticas regionales en medicamentos y la construcción de soberanía en salud (2009-2019). **Revista Estado y Políticas Públicas** 14: 181-200, 2020.

HERRERO, M. B; BELARDO, M. Salud Internacional y Salud Global: Reconfiguraciones de un campo en disputa. **Relaciones Internacionales**, 95(2), pp. 63-91, 2022.

IRIART, C.; WAITZKIN, H.; BREILH, J.; ESTRADA, A; MERHY, E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. **Revista Panamericana de Salud**, 12(2), pp. 128-136, 2002.

MINSA Perú. **Informe anual de salud neonatal 2019-2020**. Ministerio de Salud del Perú, 2020.

NUNES, E; RODRIGUEZ, M; FRANCO, S. **Juan Cesar García**: pensamiento social en salud en América Latina. México DF: Organización Panamericana de la Salud/Interamericana, 1994.

PAIM, J; ALMEIDA, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

QUIJANO, Anibal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In LANDER, E. (ed.) **La colonialidad del saber**: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: CLACSO, pp. 201-246, 2000.

SACCHETTI, L. Y ROVERE, M. **La salud pública en las relaciones internacionales**. Cañones, mercancías y mosquitos. Buenos Aires: Editorial El Ágora, 2011.

TUSSIE, D. Latin America: Contrasting motivations for regional projects. **Review of International Studies**, 35(1), pp. 169-188, 2009.

Recebido:10/06/2025

Aprovado:30/08/2025

Publicado:19/11/2025