

Tahina Ojeda Medina
y María Villarreal Villamar (eds.)

Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo



SERIE DESARROLLO Y COOPERACIÓN
DIRIGIDA POR JOSÉ ÁNGEL SOTILLO Y TAHINA OJEDA MEDINA



ILUSTRACIÓN DE CUBIERTA: PAVEL EGUÉZ, *CRISOL ANTINEOLIBERAL*

© DE LOS TEXTOS, SUS AUTORES Y AUTORAS, 2020

© LOS LIBROS DE LA CATARATA, 2020
FUENCARRAL, 70
28004 MADRID
TEL. 91 532 20 77
WWW.CATARATA.ORG

© INSTITUTO UNIVERSITARIO DE DESARROLLO Y COOPERACIÓN
(IUDC), 2020
DONOSO CORTÉS, 63
28015 MADRID
TEL. 91 394 64 09
IUDCUCM@UCM.ES

PENSAMIENTO CRÍTICO LATINOAMERICANO SOBRE DESARROLLO

ISBN: 978-84-1352-007-0
DEPÓSITO LEGAL: M-15.362-2020
THEMA: GTP/1KL

ESTE LIBRO HA SIDO EDITADO PARA SER DISTRIBUIDO. LA INTENCIÓN DE LOS EDITORES ES QUE SEA UTILIZADO LO MÁS AMPLIAMENTE POSIBLE. QUE SEAN ADQUIRIDOS ORIGINALES PARA PERMITIR LA EDICIÓN DE OTROS NUEVOS Y QUE, DE REPRODUCIR PARTES, SE HAGA CONSTAR EL TÍTULO Y LA AUTORÍA.

ÍNDICE

PRÓLOGO. DE LAS TEORÍAS DE LA DEPENDENCIA
AL BUEN VIVIR. REFLEXIONANDO PARA SALIR DE LA TRAMPA
DEL 'DESARROLLO', por Alberto Acosta 11

INTRODUCCIÓN. ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DEL PENSAMIENTO CRÍTICO
LATINOAMERICANO SOBRE DESARROLLO 29
Tahina Ojeda Medina y María del Carmen Villarreal Villamar

PARTE 1. IMAGINARIOS, VISIONES POSDESARROLLISTAS
Y PERSPECTIVAS DECOLONIALES SOBRE DESARROLLO 53

CAPÍTULO 1. IMAGINARIOS SOBRE EL DESARROLLO EN AMÉRICA
LATINA: ENTRE LA EMANCIPACIÓN Y LA ADAPTACIÓN
AL CAPITALISMO 55
Breno Bringel y Enara Echart Muñoz

CAPÍTULO 2. UNA MIRADA DECOLONIAL AL CONCEPTO
DE DESARROLLO 74
Tereza M. Spyer Dulci

CAPÍTULO 3. POSDESARROLLO Y *SUMAK KAWSAY* 87

Eduardo Paz Rada

**CAPÍTULO 4. GÉNERO, FEMINISMOS Y DESARROLLO
EN AMÉRICA LATINA 105**

Karina Bidaseca

**PARTE 2. MIRADAS MULTIDISCIPLINARES
SOBRE DESARROLLO 119**

**CAPÍTULO 5. AMÉRICA LATINA:
ECONOMÍA Y DESARROLLO 121**

Gregorio Vidal

**CAPÍTULO 6. DESARROLLO Y APORTES DE LA TEORÍA
DE COMERCIO INTERNACIONAL PARA LA INTEGRACIÓN:
REFLEXIONES DESDE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 140**

Maribel Aponte-García

**CAPÍTULO 7. LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS:
UNA PROPUESTA DEL SUR EN TIEMPOS DE EXTRACTIVISMO
INFOCOGNITIVO 155**

René Ramírez Gallegos

**CAPÍTULO 8. EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN
Y DESARROLLO: RELACIONES Y CONTRIBUCIONES
DESDE AMÉRICA LATINA 172**

Alexandra Agudelo y Alejandra Boni

**CAPÍTULO 9. HACIA UNA VISIÓN CONTRAHEGEMÓNICA
DE LA RELACIÓN DIALÉCTICA ENTRE MIGRACIÓN
Y DESARROLLO 185**

Raúl Delgado Wise

**CAPÍTULO 10. LA SALUD COLONIZADA POR EL DESARROLLO:
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE ENTRE EL PANAMERICANISMO
Y LA SOBERANÍA SANITARIA REGIONAL 203**

Gonzalo Basile

**CAPÍTULO 11. AMBIENTE Y DESARROLLO: DE LA OPOSICIÓN
A LA CONFLUENCIA 222**

Javier Surasky

**LA SALUD COLONIZADA POR EL DESARROLLO:
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE ENTRE EL PANAMERICANISMO
Y LA SOBERANÍA SANITARIA REGIONAL**

GONZALO BASILE*

INTRODUCCIÓN

El campo de la salud ha estado presente en el cuerpo epistémico y operativo del desarrollo desde la segunda mitad del siglo XX (Prats, 2006). En concreto, en América Latina y el Caribe, tomando como hito la Alianza para el Progreso en la década de los sesenta, el concepto de salud también reproducirá el ideario del desarrollo.

La irrupción del desarrollo como concepto estructurante de la geopolítica del poder y del conocimiento sanitario (Basile, 2019) resultará primordial para comprender cómo, en el caso latinoamericano y caribeño, la relación entre salud y desarrollo tuvo gran impacto en la epidemiología de la clasificación de enfermedades; la transnacionalización de modelos de atención médica y hospitalaria; el diseño de políticas y sistemas de salud; la importación de tecnologías sanitarias; la compra y consumo de medicamentos; la economía del sector salud; la respuesta a epidemias y emergencias de salud pública, entre otras.

* Epidemiólogo argentino. Actual director e investigador del Programa de Salud Internacional de FLACSO República Dominicana y coordinador del Grupo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. Investigador de diversos institutos de salud pública en el Caribe y profesor en programas de doctorado y maestrías en salud pública en América Latina.

La salud no escapó a la impronta de los debates dominantes del desarrollo ni a su patrón de poder y conocimiento (Quijano, 1999) eurocéntrico y panamericano en la región. La teorización del desarrollo no es tan solo enunciativa, sino que, durante décadas, determinará la agenda global y regional de la salud pública. Por tanto, tendrá una multiplicidad de expresiones en la salud como asunto y dimensión internacional, tanto en el ámbito de las políticas públicas y de cooperación como en los acuerdos y declaraciones internacionales sobre la materia.

Bajo este marco, este capítulo analiza la relación entre salud y desarrollo en América Latina y Caribe. Parte de una revisión conceptual con perspectiva crítica de las corrientes desarrollistas de la Salud Internacional Panamericana y Salud Global Liberal, en tanto campo de conocimiento, de gestión y gobierno y de acción geopolítica sanitaria en la región, considerando cuatro aspectos para caracterizar su intersección: la geopolítica, la cooperación internacional, la epidemiología y los sistemas y políticas de salud. Finaliza esbozando el planteamiento de la naciente salud internacional Sur-Sur, con el objetivo de producir una nueva trama de emancipación, autonomía y soberanía en el campo sanitario.

GEOPOLÍTICA DE LOS “ISMOS” SANITARIOS: EL DESARROLLISMO Y EL PANAMERICANISMO

A través del lenguaje sanitario no solo se describen y transmiten conocimientos, sino que se delimitan las prácticas en el campo de la salud. Estas pueden transformar las subjetividades, condiciones sociales de vida o bien reproducir mecánicamente respuestas instrumentales de intervención técnico-normativa (Granda, 2004: 3).

Tanto la ciencia biomédica clínica como la salud pública vertical reproducen sustentos ideológicos, concepciones y acciones técnico-políticas que fueron proyectados sobre la sociedad (Granda, 2004: 8). Foucault, en *El nacimiento de la clínica* (1966), se refería a la medicina como la ciencia del individuo, como tratamiento del cuerpo enfermo, basando su éxito en el engarce de la enfermedad

con la muerte. Una metáfora de la máquina corporal con desperfectos en su estructura y función, por causas externas o internas, que hay que reparar.

Ante el éxito de la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual, a principios del siglo XX también se consideraba que era posible construir una *enfermología* pública, posteriormente denominada *salud pública*. Esta sería capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de control vertical desde los Estados sobre las poblaciones, empleando el método científico-positivista basado en la idea de la verdad universal. Este paradigma es el que se encuentra en la práctica.

Desde su nacimiento, el desarrollo será asimilado con una analogía biomédica al ciclo de la vida del ser humano, con una visión lineal de la evolución económica de las sociedades con las etapas naturales que Occidente se encargó de exportar y promover a modo de una cultura universal (Rist, 2002).

El esfuerzo por dotar de premisas de carácter científico a la teoría del desarrollo supuso una conceptualización donde todos los Estados se dedican a vivir en desarrollo que, para muchos, significará convertirse en naciones. En esta nomenclatura también ingresará el campo de la salud. La planificación del desarrollo incluirá a las políticas sanitarias, sus servicios y sistemas, las enfermedades a erradicar, la esperanza de vida a administrar, los años de vida ganados o perdidos, y las DALY (*Disability Adjusted Life Years*) QALY (*Quality Adjusted Life Years*) como unidades de medición de la salud. Se instalará así la adopción de normas de comportamiento, actitudes, medidas y valores identificados con la sociedad occidental y la racionalidad económica moderna como ideal a alcanzar y una meta sociopolítica a conquistar (Dos Santos, 2000: 67). El concepto del desarrollo que prima en el campo de la salud evitará sistemáticamente describir las relaciones de poder del sistema-mundo contemporáneo plasmadas en los modos vivir, enfermar y morir desiguales a partir del metabolismo entre la sociedad y la naturaleza (Breilh, 2013: 3).

Según Theotônio dos Santos (2000), la propia caracterización del subdesarrollo está conectada con la expansión del capitalismo

del Norte global, actualmente conocido como “el” desarrollo. Dos Santos será uno de los autores que planteará que el subdesarrollo es un proceso conectado estrechamente con la expansión de los países centrales industriales, siendo el desarrollo y el subdesarrollo dos caras de un mismo proceso. La dependencia, dirá, no es tan “solo” un fenómeno “externo”, sino que se manifiesta también en formas y estructuras internas (sociales, ideológicas, políticas, de gobierno y gestión).

En definitiva, se termina construyendo una hoja de ruta de políticas públicas en salud como horizonte regional, junto a un tipo de inserción internacional y de valores socioculturales identificados con la sociedad occidental a perseguir como metas asumidas.

En la mejor de las acepciones de la fase desarrollista, la planificación al desarrollo implicará bienes públicos como salud y protección social para garantizar la rehabilitación de la fuerza de trabajo al ciclo productivo del capital, al mercado interno de consumo; entre otras prerrogativas que luego el neoliberalismo terminará incluso haciendo desaparecer.

La Salud Internacional Panamericana (SIP) y la Salud Global Liberal (SGL) serán las corrientes predominantes que responden a esta teorización del desarrollo antes descrita.

Analizar la *doctrina del panamericanismo* en América Latina y el Caribe es un ejercicio conceptual sustancial, porque esta geopolítica tendrá incidencia directa sobre el nacimiento y el crecimiento del regionalismo desarrollista en salud. El campo de la salud internacional en la región no puede comprenderse sin su matriz panamericana (Basile, 2019). Desde un punto de vista decolonial, es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemonizó la salud pública internacional en América Latina y el Caribe desde fines del siglo XIX y durante todo el XX (Godue, 1999).

La doctrina del panamericanismo (Rapoport, 2008) siempre estuvo atravesada por los intereses de política exterior de Estados Unidos y fue reforzada en 1904 con el ideario de la doctrina Monroe. Esta perspectiva panamericana visualiza la región como un territorio de explotación, dominio y expansión de intereses geoestratégicos, militares, comerciales y también sanitarios. Por tanto, a ojos de

Estados Unidos el panamericanismo siempre estuvo basado en sus intereses de hegemonía en la región.

Es válido resaltar que el panamericanismo (Martínez, 1957) siempre se (auto)describió como un mecanismo para lograr la confraternidad latinoamericana, en torno al reconocimiento del liderazgo de Estados Unidos. Será recurrente escuchar sus tesis sobre la solidaridad continental y la supuesta existencia de una comunidad de intereses de "las Américas". Estados Unidos y los países latinoamericanos y caribeños hermanados compartirían factores geográficos, el carácter complementario de sus estructuras económicas, la existencia de hermandad espiritual y de una comunidad cultural única en oposición a las culturas europeas, orientales y eslavas.

La matriz del panamericanismo sanitario se definió desde su nacimiento bajo este ideario. Su tesis, analizar la situación de salud poblacional o de la salud de la región como un todo, pero pensada y guiada desde Washington. En particular, se tratan de manera preferencial, como unidad de análisis, las enfermedades que traspasan las fronteras de los países y el rol de los Estados nación. Aunque en la superficie está el panamericanismo y los objetivos comunes, en la epidermis continuará muy viva la relación entre colonialidad, enfermedades y comercio.

El colonialismo sanitario, las enfermedades y el comercio es quizás donde se encuentran 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 solo 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, la intervención del ejército médico en el control de enfermedades, entre otras acciones. Obviamente, la preocupación sobre lo sanitario tenía que ver con el punto de vista de los colonizadores. La necesidad del estudio de estos procesos como campo de conocimiento permitió, a posteriori, la aparición de escuelas de medicina tropical en las metrópolis, siendo las más

significativas las creadas en Gran Bretaña a partir de 1898 (Liverpool School of Tropical Medicine y la London School of Tropical Medicine). De ahí que el objetivo excluyente que permite comprender las bases fundantes de la salud internacional es la antigua geopolítica colonial, que podríamos sintetizar en la necesidad de higienismo sanitario y la posterior medicina tropical para el fortalecimiento de las capacidades de gobernanza en la nueva colonialidad.

Unos párrafos detallados en este sentido merecen la revisión y el 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, 2004). Lo trascendente a considerar aquí es que la medicina tropical 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 respuesta a partir de su conocimiento técnico-científico occidental de la medicina moderna. Esta tesis guiará los programas de enseñanza de salud internacional en el Norte global hasta nuestros días.

El *trópico* o los *trópicos* son categorías relacionadas con distintos elementos culturales, sociales, históricos, anatómicos y geográficos. Parte de 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, el trópico suele vincularse 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 asumió 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, 1990a y 1990b). La *medicina tropical*, por tanto, debemos considerarla como un conjunto de prácticas o un

campo epistemológico de especialización que experimenta, acumula y comprende, a partir de la idea del *tropico* (Navarro, 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 las occidentales. Gran cantidad de profesionales sanitarios serán formados en estas teorías y cosmovisión en el Norte y luego retornarán al Sur a reproducirlas.

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 el cólera, la fiebre amarilla, la peste bubónica, la malaria, entre otras. El 19 de enero de 1852 terminó esta Conferencia tras seis meses desde su inicio. Después de celebrar cuarenta y ocho sesiones plenarias y numerosas reuniones de sus Comisiones, el resultado fue el proyecto de un Convenio Sanitario Internacional al que se adjuntó el texto de otro proyecto para elaborar un Reglamento Sanitario Internacional, que comprendía 137 artículos (Mateos, 2006).

En México, durante enero de 1902, tuvo su origen la Resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos, mientras que en Washington, el 4 de diciembre del mismo año, 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, para llamarse posteriormente Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Dadas las consecuencias de la transnacionalización del comercio y el capital, a partir de 1930 los Estados nación tendrán la responsabilidad de erradicar las enfermedades tropicales. Es a partir de entonces cuando, haciendo uso de la cooperación estatal, se impulsará el panamericanismo de la salud pública en América Latina y el Caribe (Ferrerías, 2014). En la práctica, esto derivó en campañas y acciones de salud panamericana donde el control y la

eliminación de enfermedades se realizó empleando la verticalidad y el autoritarismo.

Las campañas verticales se llevaron a cabo con fiebre amarilla, tifoidea, malaria u otras enfermedades vectoriales con uso del insecticida DDT (Dicloro-Difenil-Tricloroetano), la propagación de programas de inmunizaciones, los intereses de las transnacionales en la producción de materia prima y el tema del higienismo (Guereña, 2012) para abordar enfermedades en los enclaves productivos y cordones urbanos, donde tuvo un rol destacado la Comisión Sanitaria Rockefeller de la Fundación Rockefeller con los iniciáticos ministerios de Salud Pública en Latinoamérica, entre otros aspectos y procesos.

Por tanto, desde sus inicios como campo (Bourdieu, 1989), la salud internacional panamericana estuvo condicionada por los intereses económicos y geopolíticos de los países autodefinidos como *centrales* o *desarrollados* (Aragón, 2006), lo que implica 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, es decir, las determinaciones globales de la salud y la vida en el planeta (Breilh, 2013).

Posteriormente, la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, entre los pactos de posguerra, mediante el ideario del control sanitario que se expresa en el Reglamento Sanitario Internacional, promoverá un conjunto de reglas para controlar las enfermedades infecciosas buscando disminuir la afectación al comercio y las migraciones de mercancías.

Habrán 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 tras la Segunda Guerra Mundial (Chossudovsky *et al.*, 2002). 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 las que se muestran en la siguiente tabla:

TABLA 1

BASES DE LA SALUD INTERNACIONAL PANAMERICANA

CAMPO	MARCO CONCEPTUAL
Bases epistemológicas y conceptuales	Colonialidad Teoría del desarrollo y panamericanismo
Enfoque	Trópicos Control sanitario Enfermología pública Técnicas biomédicas clínicas y poblacionales
Actores	Metrópolis/países centrales Receptores: Estados periféricos y ministerios de salud OMS/OPS Fundación Rockefeller
Financiamiento	Metrópolis colonizadoras Estados centrales Nacientes agencias de cooperación y OMS (OPS) Fundación Rockefeller
Cooperación internacional	Vertical Preeminencia Norte-Sur
Agenda de prioridades	Enfermedades tropicales/infecciosas Transferencia técnica científica a organismos públicos del Sur Campañas de vacunación Desarrollo de servicios de salud pública
Formación profesional diplomacias	Residencia del programa de líderes de salud internacional OPS
Participación sociedad civil	Sin consideración

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 1 sufrió reemplazos progresivos en sus términos, en sus códigos de ética, en sus manuales de procedimientos y operacionalización, como es el caso del concepto de *ayuda* o *socorro* a la cooperación al desarrollo, a la promoción de derechos humanos, al desarrollo de capacidades. A pesar de esos cambios, siguió vinculado sustancialmente en la exportación vertical de modelos e intereses de monoculturalidad occidental (Escobar, 1998) hacia el Sur en el sentido geopolítico. El discurso de los mínimos del desarrollo hoy utilizado de forma reiterada hará propios los conceptos de *democracia*, *diálogo*, *consenso*, *capacidades locales*, *bienestar social*, *empoderamiento*, *participación*, *equidad de género*, *pertinencia cultural*, *rendición de cuentas*, *derechos* o *basada en la comunidad*. La salud es parte central en esta readecuación del lenguaje del desarrollo.

LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y LA EXPANSIÓN DE LA SALUD GLOBAL LIBERAL

Un apartado especial implica enunciar la trayectoria de la salud panamericana y, a posteriori, la salud global como partes del engranaje de la expansión del régimen internacional de cooperación para el desarrollo (De la Flor Gómez, 2005). Para varios autores, el sistema internacional de cooperación al desarrollo 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). La cooperación internacional para el desarrollo naturalizó la promoción de intereses económicos, políticos, culturales e incluso ideológicos de política exterior y relaciones de poder globales del Norte al Sur. La salud no quedará fuera de esta dinámica geopolítica del sistema internacional de cooperación (Basile, 2018b: 3). Algunos ejemplos de este proceso son los programas verticales por enfermedades (Fondo de Malaria, VIH, TBC, vacunas, Enfermedades No Transmisibles, etc.), el desarrollo de capacidades con transferencia y dependencia sanitaria o la importación de recetas de políticas sanitarias para el desarrollo.

Es en este contexto, como lo describen Ugalde y Homedes (2007), se conforma un complejo político liberal entre los Estados donantes, las fundaciones filantrópicas, los grupos farmacéuticos y organizaciones financieras y de comercio como el Banco Mundial (BM), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la Organización Mundial del Comercio (OMC) o el Fondo Monetario Internacional (FMI). Estos organismos, junto a las Organizaciones No Gubernamentales del Norte (ONGN), pasarán a ser actores centrales de la agenda sanitaria global y, en especial, los organismos extrasanitarios en las reformas en políticas y sistemas de salud. 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, 2011).

Cabe destacar tres 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 (Basile, 2018a: 10):

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 un naciente filantropocapitalismo sanitario) con un rol estructurante de la agenda global de la salud.
4. El nacimiento de nuevas diplomacias y tecnocracias globales de la salud que, a la hora de actuar e intervenir en esta geopolítica internacional del desarrollo, incluso las latinoamericanas y caribeñas, son implementadores, operacionalizadores y ejecutores de las agendas de supuestos “consensos” de salud global y cooperación internacional Centro-Norte.

EPIDEMIOLOGÍA Y DESARROLLO

El esfuerzo por generar premisas con respecto al carácter científico del desarrollo supuso también la conceptualización donde el progreso se podría medir cuantitativa y sincrónicamente. Esta noción que comienza a universalizarse en 1945 estará asociada a la teoría de los estadios. Presupone que las unidades individuales, las sociedades nacionales, se desarrollan todas de la misma manera pero a ritmo distinto. Tarde o temprano, todos los Estados terminarán siendo más o menos lo mismo. Como Wallerstein (2005) plantea: “Este

truco de ilusionismo implicaba que el Estado más desarrollado podía ser modelo para los Estados menos desarrollados”.

Esta teoría de los estadios será la que atraviere particularmente la epidemiología hacia finales del siglo XX, a través del concepto de *transición epidemiológica*, publicado por primera vez por Abdel Omran en 1971. Esta transición supone que, a medida que las sociedades y naciones se hacen “más” desarrolladas, modifican sus patrones de enfermar y morir: “[...] la transición epidemiológica... abarca tres procesos básicos a: la sustitución entre las primeras causas de muerte de las enfermedades infecciosas comunes por enfermedades no transmisibles y lesiones; b) el desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad desde los grupos más jóvenes a los grupos de edad avanzada; y c) el cambio de una situación de predominio de la mortalidad en el panorama epidemiológico a otra en la que la morbilidad es lo dominante [...]” (Frenk, 1991: 1).

Los cambios en la salud y en el patrón de enfermedad que caracterizan la transición epidemiológica están estrechamente asociados con las transiciones demográfica y económica que constituyen la compleja modernización del desarrollo (Omran, 1971: 527). La premisa en esta teoría es que la mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población. La indicación más clara del papel dominante de la mortalidad en la dinámica de la población está implícita en la teoría de ciclos de población en términos del rango de variación en la fecundidad y la mortalidad (Omran, 1971: 511).

La teoría postulará la transición de un patrón de causas de muerte dominado por enfermedades infecciosas con muy alta mortalidad, especialmente en las edades más jóvenes, a un patrón dominado por enfermedades degenerativas en edades de creciente envejecimiento y afecciones producidas por la acción del ser humano, como las formas más importantes de morbilidad y causa de muerte.

En la teoría de la transición epidemiológica el desarrollo histórico de la mortalidad está caracterizado por tres fases, las cuales reciben el nombre de la causa de muerte dominante: la edad de la peste y el hambre, la edad de las pandemias retraídas y la edad de enfermedades degenerativas y las causadas por el ser humano (Omran, 1971: 516-521).

La creación de categorizaciones en el crecimiento de tipos de morbilidades recogen denominaciones tales como *enfermedades de la riqueza, de la civilización y occidentales*. Por ejemplo, el concepto de *enfermedades occidentales* es el más investigado, pero básicamente está referido a enfermedades cuya importancia aumentó cuando las poblaciones “no occidentales” adoptaron modos de vida “occidentales”. Aunque el proceso de incremento de esas enfermedades quizá no sea ajeno a los cambios ocurridos en las poblaciones de los países industrializados hace cien o doscientos años, no es necesariamente idéntico (Mackenbach, 1994: 331). Un estudio de Powles realizado en 1992 señala que la discusión relativa a la selección de causas de muerte en transición por el desarrollo incrementó su importancia durante el descenso de las enfermedades infecciosas en Europa Occidental y Norteamérica.

Los conceptos *transición epidemiológica, transición de la mortalidad y transición en salud* fueron puestos en operación al igual que el de transición demográfica de una manera generalizada, homogeneizante y acrítica. No obstante, a pesar de lo difundido de su uso, son pocos los autores que se ocupan de revisar estos conceptos, siendo el resultado que los hallazgos de investigación se apoyan en diferentes aspectos de este mismo marco teórico aceptado de antemano como verdadero y como un proceso irreductible (Mackenbach, 1994: 329).

Esta teorización sobre el desarrollo asociado a la epidemiología en la distribución de enfermedades y causas de muerte se expandió a su vez clasificando con tipologías del Norte a la geopolítica global e incluso a la epidemiología de las enfermedades (Basile, 2019: 12):

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

Estas y otras clasificaciones de la modernidad y el desarrollo son categorizaciones producidas históricamente como parte de una

historia del poder (Quijano, 2000), reflejadas en los modos de vivir, enfermar y morir.

EL DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD BAJO LOS MODELOS EUROCÉNTRICOS

Desde la creación de los primeros ministerios de Salud Pública, pasando, a posterior, por una progresiva expansión de servicios públicos de salud, varias premisas planteadas en el siglo XX asociaron los sistemas de salud al desarrollo y la modernidad.

En general, hoy, la tipología de estudio y clasificación de los modelos de protección social y sistemas de salud continúa siendo eurocéntrica en los centros de enseñanza. Repitiendo una y otra vez los tres modelos teóricos que fueron desarrollados para categorizar sus reformas y procesos de protección, que respondían a la cuestión social del capitalismo central: *modelo liberal residual anglosajón*, *modelo bismarkiano de seguro social atado al empleo* y *modelo Beveridge universal* (Reino Unido). Dichos modelos fueron replicados por los países de América Latina y el Caribe, a modo de copia del capitalismo periférico.

Así se institucionalizó desde una perspectiva eurocentrada la desigualdad sanitaria en la región, estableciendo la segmentación, la estratificación y la fragmentación de los sistemas y servicios de salud que naturalizará las inequidades sociales por género, clase social y territorio.

Tanto la importación del modelo *bismarkiano* como el ciclo de reformas estructurales promovidas por el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo resultaron determinantes en la fragilidad de los sistemas de salud y seguridad social en América Latina y el Caribe, al tiempo que contribuyeron a generar la "desciudadanización", entendida como la desvinculación de la materialidad de la vida de grandes grupos sociales de la esfera de lo público, de la trama de los asuntos políticos y colectivos (Fleury, 1997). Dos grandes tipos son claramente identificados por Fleury la desciudadanización por mercantilización y por desposesión.

COMENTARIO FINAL: HACIA UNA SALUD INTERNACIONAL SUR-SUR¹: EL HORIZONTE DE LA SOBERANÍA SANITARIA

La conceptualización de la salud vinculada al desarrollo produjo y mantuvo asimetrías de poder (*la diferencia colonial*), ubicando a los países, las sociedades, las personas y la comprensión de los procesos de salud-enfermedad en distintos escalones de una supuesta jerarquía y modelos ideales, donde unos son superiores a otros. Recetas que fueron copiadas o trasladadas del centro a la periferia.

Tras todo lo sustentado en este texto, resulta imprescindible un ejercicio de deconstrucción epistémica de la interrelación creada entre salud y desarrollo, lo cual implica trazar un objetivo metodológico primario en la necesidad de descolonización de la salud internacional hacia una comprensión geopolítica diferente.

En este sentido, actualmente en América Latina y Caribe se busca construir un marco teórico y de acción para producir un nuevo abordaje y un giro decolonial, basado en lo que se define como *salud internacional Sur-Sur* (SISS) (Basile, 2018a), y que está atravesada por los pliegues condicionantes y engranajes del sistema-mundo: geopolítica del poder, del conocimiento, las dependencias sanitarias en tecnologías, medicamentos, etc.

El primer desafío, por tanto, de la SISS es asumir una descolonización del saber en el estudio, en la acción geopolítica y en las políticas públicas de la salud en lo internacional y regional.

Se trata de asumir las bases del pensamiento crítico latinoamericano de la medicina social y salud colectiva (Granda, 2004), conjuntamente en su imbricación con la propuesta de las epistemologías del Sur (De Sousa & Meneses, 2014) y el feminismo decolonial (Lugones, 2011) para un posicionamiento sanitario desde el Sur geopolítico. Boaventura de Sousa Santos (2018: 303) define a las epistemologías del Sur como "nuevos procesos de producción, de

1. La propuesta ético-epistémica de la SISS actualmente se trabaja regionalmente en América Latina y Caribe desde el grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO, una red académica de 83 investigadoras/es y 21 centros de investigación en salud pública y ciencias sociales en salud.

valorización de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimiento, a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido, de manera sistemática, destrucción, opresión y discriminación causadas por el capitalismo, el colonialismo, el patriarcado y todas las naturalizaciones de la desigualdad en las que se han desdoblado”, teniendo en cuenta a los *oprimidos* del Sur. En la práctica, significa construir una nueva salud desde el Sur.

Esta reorientación epistémica tiene como horizonte de materialidad la soberanía sanitaria regional. Un concepto nacido de las entrañas de la teoría de la dependencia como respuesta a los desafíos del siglo XXI y de la teoría de la autonomía de Jaguaribe (1978), clave en la emancipación en el campo de la salud para repensar, conceptualizar y operacionalizar el concepto de soberanía sanitaria. Entendida como aproximación a la búsqueda de maximizar la capacidad de decisión en el contexto global imperante y contrarrestar las lógicas hegemónicas del panamericanismo y salud global liberal como premisa sustancial. Con ello se busca reconstruir una genuina capacidad regional para formular políticas, metas y estrategias emancipadoras basadas en nuestros propios actores, decisiones y necesidades.

Sin olvidar que las culturas y saberes de la mayoría de la humanidad, incluyendo las latinoamericanas y caribeñas, fueron excluidas y negadas por la modernidad eurocentrada (Dussel, 2004), se hace necesaria una transmodernidad intercultural que aporte las invenciones culturales y saberes, así como los conocimientos sanitarios y ambientales necesarios para la supervivencia de la humanidad, para una nueva definición de la relación y metabolismo de la sociedad-naturaleza desde el punto de vista ecológico.

En definitiva, a decir de Wallerstein (2005: 11), “es importante mirar de un nuevo modo, no solo cómo funciona el mundo en qué vivimos, sino cómo hemos llegado a pensar acerca de este mundo”. Analizar los modos en que conocíamos el mundo también implica considerar los modos en que creíamos conocer y hemos pensado el campo de la salud y lo internacional. La SISS es una opción más que una definición. Se construye en la reflexión epistémica, transdisciplinar,

creando una trama colectiva como una opción que no existía. Una opción epistémico-político-ética. Un camino de emancipación. Una nueva epistemología del mundo representada en una mirada de la salud desde el Sur.

BIBLIOGRAFÍA

- ARACÓN, L. (2006): "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, pp. 1143-1166.
- ARMADA, F., MUNTANER, C. y NAVARRO, V. (2001): "Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the world health organization, the world bank, and transnational corporations", *International Journal of Health Services*, núm. 31, vol. 4, pp. 729-768.
- BASILE, G. (2018a): "Hacia la salud internacional Sur Sur: giro decolonial y epistemológico", dossier núm. 2, Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, CLACSO.
- (2018b): "La colonialidad ética del sistema internacional de cooperación: el caso Haití", *Dossier de salud internacional Sur Sur*, Ediciones GT Salud Internacional, CLACSO.
- (2019): "La salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR salud ¿soberanía o dependencia sanitaria?", III Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional, CLACSO.
- BIEKART, K., SOGGE, D. y SAXBY, J. (1998): "Compasión y cálculo. Un análisis crítico de la cooperación no gubernamental al desarrollo", Barcelona, Icaria.
- BIRN, A. E. y RICHTER, J. (2018): "El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente", *Medicina Social*, vol. 3, núm. 11, pp. 135-152.
- (2011): "Rehacer internacionales de salud: perspectivas refrescantes de América Latina", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 30, núm. 2, pp. 101-105.
- (2009): "Las etapas de la salud internacional (global): historias de éxito o los éxitos de la historia?", *Global Public Health* vol. 4, núm. 1, pp. 50-68.
- BOURDIEU, P. (1989): "A gênese dos conceitos de habitus e de campo", *O poder simbólico*, Algés, Difel, pp. 59-73.
- BREILH, J. (2013): "Las tres 's' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud", en PASSOS, R. (ed.), *Determinação social da saúde e reforma sanitária*, Río de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, pp. 87-125.
- CENTER JOHNS HOPKINS FOR HEALTH SECURITY (2019): Evento 201, disponible en <http://www.centerforhealthsecurity.org/event201/> (última visita en 18 de marzo del 2020)
- CHOSSUDOVSKY, M. y STELLINO, B. (2002): "Globalización de la pobreza y nuevo orden mundial", Ciudad de México, Siglo XXI.
- CURTIN, P. D. (1990a): "The end of the 'white man's grave'? Nineteenth-century mortality in West Africa", *The Journal of Interdisciplinary History*, 21, vol. 1, pp. 63-88.
- (1990b): "The environment beyond Europe and the European theory of empire", *Journal of World History*, 1, vol. 2, pp. 131-150.
- DE LA FLOR, J. L. (2005): "El complejo político liberal en el régimen internacional de cooperación en salud".

- DE SOUSA, B. (2018): "Introducción a las Epistemologías del Sur", *Construyendo las Epistemologías del Sur. Para un pensamiento alternativo de alternativas*, vol. 1, Buenos Aires, CLACSO, pp. 303-42.
- DE SOUSA, B. y MENESES, M. P. (2014): *Epistemologías del Sur*, vol. 75, Madrid, Akal.
- DOS SANTOS, T. (2000): *La teoría de la Dependencia. Balance y perspectivas*, Ciudad de México, Plaza y Janés..
- ESCOBAR, A. (1998): *La invención del tercer mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo*, Bogotá, Norma.
- FLEURY, S. (1997): *Un Estado sin ciudadanos, seguridad social en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- FRENK, J. et al. (1991): "La transición epidemiológica en América Latina", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, núm. 111 vol. 6, pp. 485-496.
- GODUE, C. (1990): "La salud internacional. un concepto en formación", documento de trabajo, Montreal.
- GRANDA, E. (2004): "A qué llamamos salud colectiva hoy", *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, núm. 2 [online].
- GUDYNAS, E. y ACOSTA, A. (2011): "La renovación de la crítica al desarrollo y el buen vivir como alternativa", *Utopía y praxis latinoamericana*, vol. 53, núm. 16, pp. 71-83.
- GUEREÑA, J. L. (2012): "Urbanidad, higiene e higienismo", *Áreas. Revista internacional de Ciencias Sociales*, núm. 20, pp. 61-72.
- JAGUARIBE, H. (1978): "La condición imperial", *El Trimestre Económico*, vol. 177 (1), núm. 45, pp. 21-50.
- LUGONES, M. (2011): "Hacia un feminismo descolonial", *La manzana de la Discordia*, vol. 2, núm. 6, pp. 105-117.
- MACKENBACH, J. P. (1994): "The epidemiologic transition theory". *J. Epidemiol Community Health*, núm. 48, pp. 339-331.
- MATEOS, J. (2006): "Nacimiento de la sanidad internacional", *Revista Española de Salud Pública*, vol. 80, núm. 6, pp. 647-656.
- MORGENTHAU, H. (1986): *Política entre las naciones: la lucha por el poder y la paz*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano.
- NAVARRO, G. (2016): "El mito del trópico y la medicina en la experiencia colonial europea del África tropical", *Humanidades*, vol. 6, núm. 1, pp. 1-25.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (2000): *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Ginebra, ONU.
- (2015): *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Ginebra, ONU.
- OMRAN, A. (1971): "The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change", *The Milbank Memorial Fund quarterly*, vol. 49, núm. 4, pp. 509-538.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2000): "Salud internacional. Un debate norte-sur", *Serie de desarrollo de recursos humanos*, núm. 95, Washington D.C. OPS.
- PRATS, J. O. (2006): "Teoría y práctica del desarrollo: cambios en las variables de la ecuación del desarrollo en los últimos 50 años", *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, núm. 36, pp. 1-17.
- QUIJANO, A. (1999): "Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina", *Dispositio*, vol. 24, núm. 51, pp. 137-148.
- (2000): "Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina", en LANDER, E. (comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, Buenos Aires, CLACSO, pp. 201-246.
- RAPOPORT, M. (2008): "UNASUR, contracara del Panamericanismo", *América Latina en movimiento*, Quito, Alainet.
- RIST, G. (2002): *El desarrollo: historia de una creencia occidental*, Madrid, Los Libros de la Catarata.

- 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. y HOMEDES, N. (2007): "América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales", *Salud Colectiva*, vol. 1, 3, pp. 33-48.
- WALLERSTEIN, I. M. (2005): *Análisis de Sistemas-Mundo: una introducción*, Ciudad de México, Siglo XXI.