



FLACSO
2022

PENSAMIENTO LATINOAMERICANO EN SALUD Y SALUD INTERNACIONAL: DINÁMICAS DE LA AGENDA SANITARIA REGIONAL.

Dra. María Belén Herrero

FLACSO Argentina/CONICET

Dr. Martín Hernán Di Marco

CONICET/IIGG

Dra. Marcela Beatriz Belardo

UNPAZ/CONICET

Dra. Adriana Greco

CIECS; Buenos Aires

Eje temático 03: Relaciones Internacionales, Integración y Seguridad.

V Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales. *“Democracia, justicia e igualdad”*

FLACSO URUGUAY. www.flacso.edu.uy. Teléf.: 598 2481 745. Email: secretaria@flacso.edu.uy



Resumen

En América Latina es posible identificar tradiciones de pensamiento crítico en materia de salud, y salud internacional en particular, cuyos rasgos principales merecen ser sistematizados para dar cuenta de los modos en que se ha constituido una agenda y políticas de salud a nivel regional. Esto es particularmente relevante en el marco de la pandemia de Covid19, que ha llegado a América Latina en un contexto en el que sus mecanismos de cooperación están debilitados y sin un liderazgo regional claro. Esta ponencia se propone analizar el devenir histórico del campo de la Salud Internacional, identificando las especificidades propias de América Latina; sistematizar la tradición de pensamiento crítico latinoamericano en torno a sus núcleos políticos-conceptuales y teórico-metodológicos y sus alcances y limitaciones en el ámbito de la práctica política.; analizar la influencia del pensamiento latinoamericano en salud en la agenda local y regional. Se llevó a cabo un estudio cualitativo, basado en un análisis documental y en entrevistas individuales en profundidad. Hasta el momento han sido entrevistados 15 referentes claves de la MSL/SC de la región. La sistematización de sus principales núcleos teórico-conceptuales se estructuró en una periodización, dando cuenta de tres momentos: génesis (1960-1984), consolidación (1985-2000) y experiencias en los gobiernos (2000 en adelante). A pesar del dinámico avance de la salud en la agenda internacional, no ha habido aún un proceso de reflexión sobre la influencia latinoamericana en el campo de la salud internacional. Sin embargo, el análisis de las corrientes de pensamiento crítico en el campo de la salud en América Latina ha mostrado cómo dichas corrientes dieron sustento a perspectivas autónomas de y sobre la región, de manera tal que han incidido en la agenda sanitaria no solo a nivel local, sino también regional y global

Palabras claves. Medicina Social Latinoamericana, Salud Colectiva, Salud Internacional, Emergencias sanitarias, Organismos regionales, Agenda



Introducción

Existe una nutrida tradición intelectual denominada “pensamiento crítico latinoamericano” que fue desarrollándose durante el siglo XX, a partir de las reflexiones de una serie de intelectuales que reinterpretaron la historia de América Latina a la luz de sus rasgos particulares y distintivos. Estas reflexiones han sido una fuente de inspiración en la región, de carácter original, creativo e innovador. Estas tradiciones de pensamiento no sólo contribuyeron a la construcción de una idea de “lo regional”, sino que también orientaron los discursos y prácticas en torno a la formulación de políticas y de una agenda con características específicas -no libre de tensiones y conflictos- producto de una perspectiva latinoamericana identificable. Como señala Argumedo (1993), se trata de formas heterogéneas y diversas de pensar el mundo propio –Latinoamérica- de manera autónoma. En este devenir, se afianzó por lo tanto una manera de pensar a la región y de definir proyectos integracionistas, que se plasmó en una matriz latinoamericana de pensamiento, con perfiles autónomos y que podemos encontrar en distintos campos de acción. Si bien es posible hablar de una tradición de pensamiento crítico latinoamericano, su perfil es muy variado y ha evolucionado a lo largo de los años (Boaventura de Sousa Santos, 2011). Los cambios drásticos que ha vivido el mundo en las últimas décadas nos llevan a reflexionar entonces sobre esas tradiciones intelectuales críticas en el contexto actual ¿Cómo se presentan hoy? ¿Qué modificaciones sufrieron? ¿De qué tipo? ¿Cuáles son los núcleos temáticos que actualmente predominan? ¿Cómo opera en la realidad política y social?

Cuando afirmamos que existe una tradición de pensamiento crítico en salud nos referimos a la Medicina Social Latinoamericana o Salud Colectiva, corriente que ha venido desarrollándose en la región desde la década de 1970. Se considera a esta tradición de pensamiento como un campo científico donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto



FLACSO 2022

“salud” y donde operan distintas disciplinas (Paim y Almeida, 1998), desde la medicina hasta las ciencias sociales y humanidades. Esta corriente surgió en respuesta a la crisis que estaba atravesando la salud pública convencional, a partir de grupos académicos e investigadores en salud que se unieron a distintos movimientos sociales -opositores a las dictaduras militares reinantes en aquel entonces-, reivindicando el acceso universal a la salud como un derecho humano fundamental, con una fuerte convicción en sus determinaciones sociales y en el reconocimiento de que existe un vínculo estrecho entre el desarrollo de la ciencia y la acción política. Esta fuerte reacción se dirigió, no solo a la cada vez más evidente inequidad y acceso diferencial a los servicios de salud, sino también al pensamiento médico clásico, que básicamente concibe la salud como ausencia de enfermedad y cuya práctica está sustentada, por lo tanto, en una especie de “teoría de las enfermedades”, las cuales son consideradas exclusivamente como entidades biológicas, que se expresan en un conjunto de síntomas y lesiones en el organismo que deben ser corregidas por algún tipo de intervención concreta (Camargo Jr., 2013). Esta visión estrecha de la salud es lo que esta corriente de pensamiento intenta superar, procurando dilucidar las causas de las causas que determinan los procesos de salud y enfermedad, las inequidades del sistema capitalista y los desiguales modos de vida.

Concebir a la salud en un sentido amplio e integral, no sólo como un estado biológico sino como un proceso históricamente determinado, ha implicado que esta tradición sanitaria latinoamericana incorporara otros ejes en su análisis y por lo tanto dialogara con otros campos de conocimiento y práctica. Algunos ejes son pioneros en esta tradición como salud-trabajo o como las determinaciones sociales de la salud (Herrero, 2015a). Otros ejes se incorporaron más recientemente y están más ligados al desarrollo de esas problemáticas en otros espacios, impulsados por movimientos sociales que



FLACSO 2022

batallan en otras áreas específicas -pero transversales a salud- como género, interculturalidad o migración.

Al mismo tiempo, desde principios del siglo XX, se ha venido desarrollando lo que se conoce como “Salud Internacional”, que opera sobre la salud de las poblaciones más allá de sus fronteras nacionales (Almeida, 2013). La Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva no han estado ajenas a esta tendencia mundial de la salud y han desarrollado, al interior de esta tradición intelectual, un conjunto de saberes y conocimientos en este ámbito. En este sentido, han venido trabajando para superar la matriz exportada desde los países centrales (Iriart et al. 2002) que ven la problemática de la salud pública desde sus propias perspectivas, intereses y recetas: lo que Aníbal Quijano (2000) denominó la colonialidad del poder y del conocimiento, que se expresa a través de intereses económicos y geopolíticos. Sin embargo, en la última década hubo una pérdida relativa del peso de los principios rectores Norte-Sur y Este-Oeste, dando lugar a una nueva geografía y una reconfiguración y a una creciente visibilización de experiencias de acción colectiva transnacional, que no solamente toman a la región latinoamericana como una escala de acción, sino que participan cotidianamente de su construcción (Tussie, 2000), en el marco de una vertiente que, desde la década del '80, busca desarticular la visión etnocentrista de los países hegemónicos en torno a la salud pública.

Así las regiones se han convertido en espacios de oposición, articulación, competencia y creación de coaliciones entre Estados. El regionalismo se volvió tanto política como proyecto (Tussie, 2009), en una constante elaboración y reconfiguración de las relaciones internacionales. En este nuevo contexto, esas tradiciones de pensamiento crítico han influido de manera directa en el espacio regional, definiendo trayectorias de pensamiento propias de y para la región que, conformando una perspectiva latinoamericana, impactan en el proceso de definición y formulación de



FLACSO 2022

políticas públicas a nivel regional. En el campo de la salud ha implicado que otros actores políticos y sociales tengan mayor protagonismo, y fundamentalmente propició que los Estados financien con recursos propios la lista de temas prioritarios en salud que se fue definiendo en los últimos años, dando lugar a una novedosa cooperación más horizontal y democrática entre los países de la región.

En estudios previos (Belardo, 2011, 2012; Belardo y Camargo, 2016; Herrero 2015-b; Herrero y Tussie, 2015; Herrero, Loza y Belardo, 2019; Herrero et al 2020; Herrero y Loza, 2016; Loza y Herrero, 2020; Loza, 2017) hemos detectado que algunos principios y valores fundantes de esta tradición de pensamiento crítico influyeron en mayor o menor medida en las acciones de algunos organismos de integración como en los casos de UNASUR -específicamente su Consejo de Salud Sudamericano-, el ORAS CONHU, organismo subregional dedicado a la salud de los pueblos andinos y COMISCA, instancia política de los ministros de salud pertenecientes al Sistema de la Integración Centroamericana (SICA). En estas instancias de articulación entre países se vienen desarrollando iniciativas innovadoras en salud, posibilitadas por determinadas condiciones y factores políticos que abrieron una ventana de oportunidad para que eso fuera posible. Mencionaremos solo un ejemplo de este tipo de iniciativas: la creación de un Banco de Precios de Medicamentos en 2016, que funciona como una red de información sobre compras para apoyar la toma de decisiones de los gobiernos y pueda garantizar el acceso a los medicamentos a las poblaciones de los países miembro. Su objetivo a largo plazo es la construcción de políticas públicas regionales para la producción de medicamentos (pública y privada) de los Estados Miembros. Es por esto, como mencionamos anteriormente, que entendemos que el campo de la salud internacional se ha convertido en una política estratégica a través de una nueva diplomacia sanitaria que busca renovados objetivos colectivos, normas y prácticas. Se considera fundamental, en consecuencia, analizar



FLACSO 2022

justamente la profundidad y el alcance de la influencia de dicha corriente de pensamiento crítico en salud, en el escenario político socio-sanitario a nivel regional.

En esta línea, el objetivo de esta ponencia es, en primer lugar, analizar el devenir histórico del campo de la Salud Internacional, con anclaje en América Latina, identificando sus especificidades históricas y regionales. En segundo lugar, sistematizar la tradición de pensamiento crítico latinoamericano en torno a la reconstrucción de sus núcleos políticos-conceptuales, sus núcleos teóricos-metodológicos y sus alcances y limitaciones en el ámbito de la práctica política. A partir de identificar, en dicho corpus político-conceptual y teórico-metodológico, qué temas o problemáticas se incorporaron y cuáles se excluyeron, procuramos analizar la influencia de las tradiciones de pensamiento latinoamericano en la formulación de la agenda sanitaria local y regional. A su vez, buscamos examinar la incidencia de esta tradición de pensamiento crítico en el proceso político de regionalización de la salud y analizar aquellas iniciativas que se han convertido en políticas públicas regionales a través de los mencionados organismos de integración.

Varios esfuerzos de investigación y articulación institucional han venido desarrollándose a nivel argentino, latino-americano e internacional, orientados a investigar y discutir política, teórica, epistemológica y metodológicamente el campo de la salud internacional. Como se detallará en el siguiente apartado, nuestro equipo de investigación viene participando en la mayoría de esos espacios, contribuyendo con ello a la construcción de un nuevo e innovador campo de saberes y prácticas: la diplomacia en salud.

En efecto, todos estos esfuerzos han dado lugar, no sólo a la conformación de este campo, sino también a dar una creciente relevancia de dichos temas, motorizando las agendas regionales y dando cuenta de las contribuciones



FLACSO 2022

latinoamericanas a la agenda internacional. En este sentido, consideramos que la sistematización y análisis de las tradiciones de pensamiento crítico en la región y su influencia en el campo de la salud regional constituye un avance en la producción de conocimiento, en pos de una mayor comprensión de las raíces teóricas y metodológicas que subyacen y que conforman perspectivas específicas en este campo y a su vez comprender cómo sus ideas se han plasmado en la agenda sanitaria de la región. Los resultados de esta investigación eventualmente pueden abrir la posibilidad de comprender estos procesos (en futuros estudios) en otros campos, a través de las perspectivas comparadas.

Metodología

Se trata de estudio que emplea una metodología cualitativa, basada en el relevamiento de datos primarios (entrevistas en profundidad a los principales referentes) y secundarios (documentos de acceso público, incluyendo revistas, notas periodísticas, reportes institucionales). El análisis empírico de fuentes secundarias (artículos, libros y literatura gris) se lleva a cabo a partir de identificar los principales núcleos teóricos y acontecimientos históricos, como así también los actores que participan y se movilizan en este campo; se complementa asimismo con el relevamiento y análisis de documentos oficiales, es decir resoluciones, informes, medidas implementadas y publicaciones de los mismos informantes.

La sistematización de las tradiciones de pensamiento tiene una dimensión doble: diacrónica y sincrónica. La dimensión diacrónica apuntó a rastrear y establecer las filiaciones intelectuales de los entrevistados, en términos disciplinares y teóricos a través de identificar lecturas, maestros/as, núcleos y ejes temáticos. La dimensión sincrónica apuntó a reconstruir sus interlocuciones con actores sociales y políticas públicas.



FLACSO 2022

Se llevaron a cabo 15 entrevistas en profundidad. Las cuales han sido grabadas, y se encuentran disponibles en formato audiovisual en: **www.pelssi.flacso.org.ar** La primera parte de las entrevistas aborda toda la biografía de los informantes, que además son referentes y pioneros del campo; la segunda parte es la vinculada a la agenda regional y la salud internacional. Las entrevistas individuales en profundidad han sido grabadas, desgrabadas y analizadas. Han sido asimismo filmadas y luego editadas. De esta manera, además de ser una fuente de información, nuestro propósito es conformar una biblioteca audiovisual de difusión pública a través de nuestra página web.

Cabe destacar que el análisis de los datos se retroalimenta con cada nueva entrevista y dialoga en forma permanente con las distintas perspectivas que -desde el marco teórico- articula las relaciones internacionales, la salud colectiva y la epidemiología social.

Integrando todas esas distintas fuentes de datos, más allá de reconstruir cada trayectoria y analizarla a la luz de lo que los entrevistados finalmente plasmaron en publicaciones y en acciones concretas en materia de políticas, apuntamos a avanzar así en dar cuenta de lo que llamamos proceso de regionalización de políticas e influencia en la agenda de salud (local y regional).

Salud global: un signo de época

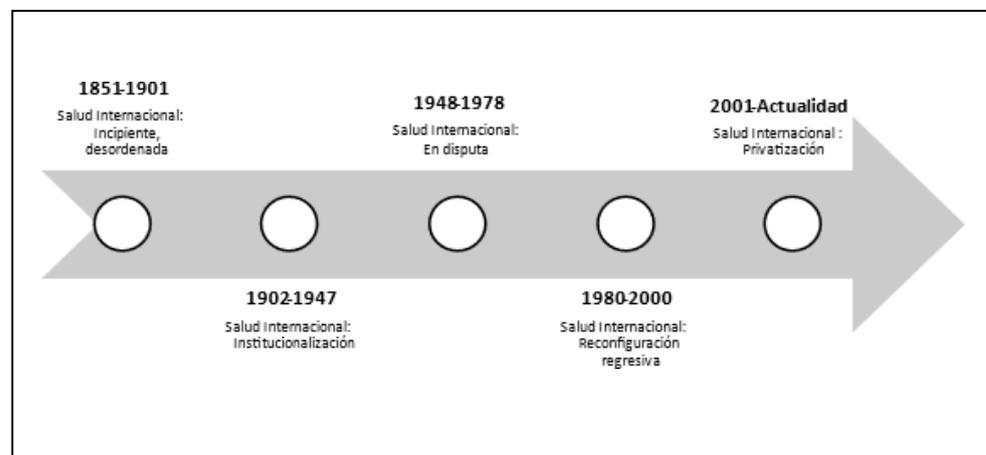
En el marco de este proceso de reflexión e interpretación de la Salud Global/Internacional desde una perspectiva propia de nuestra región, es necesario ante todo analizar el devenir histórico en este campo. Proponemos para ello una periodización, que apunta a comprender el continuum salud internacional y salud global a partir de los intereses políticos, económicos y geopolíticos de los principales actores del campo,



FLACSO 2022

sus tensiones y rivalidades, así como el lugar que han ocupado los países centrales y periféricos en cada momento histórico, teniendo presente que las perspectivas y etapas de la salud internacional fueron cambiando a medida que se transformaban los modelos de acumulación del capital y la dinámica mundial y que, además, las relaciones internacionales fueron marcando los contornos del campo de la salud ejerciendo influencia en su agenda, según cada período (Herrero y Belardo, 2022).

A partir de una revisión de artículos de libros, revistas y literatura gris se elaboró la siguiente periodización dando cuenta de la génesis, institucionalización y consolidación, las disputas y conflictos de interés, el rol de diferentes actores del campo de la SI/SG desde 1851 con la Primera Conferencia Internacional de Salud celebrada en París hasta la actualidad. Como es posible observar, identificamos 5 períodos en el devenir de la salud como asunto internacional (Herrero y Belardo, 2022).



Fuente: Herrero y Belardo (2022)

Hasta fines del siglo XIX, el nacimiento de la salud internacional estuvo estrechamente ligado a los intereses económicos del capitalismo de la época, y fue por ese motivo que la salud fue ingresando poco a poco en la



FLACSO 2022

agenda estatal y en las relaciones internacionales de los países durante estos primeros cincuenta años, que aquí caracterizamos como una “etapa incipiente y desordenada” de la salud internacional. Tanto en Europa como en los países exportadores de materias primas, los cambios sociales ocurridos a partir de la segunda revolución industrial, junto con la acelerada urbanización, impactaron directamente en el abordaje de las enfermedades en las fronteras; fue así como los Estados modernos comenzaron a intervenir en los asuntos de salud mediante políticas de control, con el objetivo primordial de disminuir la morbi-mortalidad que afectaba a la fuerza laboral, y así minimizar la caída de la ganancia. El cólera, la enfermedad que más preocupaba en Europa durante el siglo XIX, impulsó en efecto a los Estados a celebrar la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en 1851 en París. La 5^o Conferencia Sanitaria Internacional, que se celebró en Washington en 1881, fue la única fuera de Europa, y estuvo dedicada a la transmisión de la fiebre amarilla. En América Latina, la preocupación fundamental ha sido esta enfermedad, razón por la cual fue -por lo tanto- la que impulsó la salud internacional en nuestra región, estableciendo las bases de las relaciones entre los Estados en materia sanitaria, por las grandes pérdidas económicas que generaban sus recurrentes epidemias (Sacchetti y Rovere, 2011).

En una segunda etapa, entre 1902 y 1947, que caracterizamos como de “institucionalización de la Salud Internacional” (Herrero y Belardo, 2022), se pusieron en práctica activas campañas de erradicación de enfermedades como el paludismo y la anquilostomiasis en las zonas productoras de algodón, café y caucho -bienes primarios que enlazaban las economías regionales al mercado internacional- (Sacchetti y Belardo, 2015). En ese contexto, surgió la Comisión Sanitaria Rockefeller a iniciativa, en 1901, de John Davison Rockefeller. Bajo la figura del filantropismo, intervino en el campo de la salud en muchos países del mundo con el objetivo de restaurar la capacidad laboral de los trabajadores agrícolas, de acuerdo con la



FLACSO 2022

demanda de la división internacional del trabajo (Franco Agudelo, 1990; García, 1994). Se iniciaron así una serie de campañas en varios países del continente americano hasta convertirse en 1913 en la célebre Comisión Internacional de Salud. Junto con la Oficina Sanitaria Internacional (posteriormente Organización Panamericana de la Salud, primera organización de salud pública internacional en todo el mundo nacida en 1902), ambas organizaciones internacionales actuaban en el mismo ámbito territorial. En América Latina y el Caribe, las organizaciones internacionales de la salud -ya sean de carácter estatal o filantrópico- sirvieron de complemento a la penetración capitalista norteamericana en la región.

Hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, como corolario del proceso de institucionalización anterior, se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS), en tanto agencia especializada en Salud. Intentos previos, como la Oficina Internacional de Higiene Pública y Sección de Salud perteneciente a la Liga de las Naciones, no habían podido consolidar su autoridad a nivel internacional (Cueto et al. 2011). Cuando se realizó la Primera Asamblea Mundial de Salud, ya estaba la tensión entre la Unión Soviética y Estados Unidos, sin embargo, ambos coincidieron en participar y competir en los organismos multilaterales por su hegemonía.

En 1948 la salud es reconocida mundialmente como un derecho humano, transformándose en un elemento de atención obligada de todas las sociedades modernas e incorporándose paulatinamente, a través de distintas declaraciones en las agendas comerciales, de política exterior y de derechos humanos. Desde 1848 hasta 1978 consideramos que tiene lugar la tercera etapa, que hemos denominado como “la salud internacional en disputa” (Herrero y Belardo, 2022).

Durante la Guerra Fría, distintas perspectivas de cómo actuar en la salud se plasmaron al interior de los organismos internacionales de salud, como en



FLACSO 2022

la OPS/OMS. Excepto por unos pocos años, entre 1949 a 1953, en los que la URSS y los países comunistas deciden retirarse de la ONU, dos enfoques de salud estuvieron en permanente tensión y caracterizaron esta etapa. Uno es el enfoque liderado por EE. UU., estimulando el profesionalismo y el crecimiento burocrático, realizando campañas globales y técnicamente orientadas al control o eliminación de enfermedades específicas a través de programas de carácter vertical y tecnologías médicas, y funcionando con un enfoque similar al que la Fundación Rockefeller impuso como modelo desde principios de siglo. El otro enfoque, cuyas raíces podemos ubicarlas en los siglos XVIII y XIX, promovido por la medicina social anglosajona primero y, desde los 60 y 70, por la Medicina Social Latinoamericana, buscaba justamente salir de la óptica biologicista y reduccionista de la salud, e incluir otro tipo de factores (sociales, políticos, culturales), proponiendo una visión integral de la salud pública y la práctica médica, que orienta su lucha contra las verdaderas causas de muchas dolencias, como, por ejemplo, la pobreza.

Esta etapa culmina con la Conferencia realizada en Alma Ata en 1978, en Kazajistán, país por entonces perteneciente a la órbita soviética, con la famosa declaración de “Salud para todos en el año 2000”, que debía ser alcanzada por políticas sociales y de salud pública integradas, reconociendo el contexto económico, político social de los problemas de salud.

Con el clima político cambiante de la década de 1980, durante una recesión y crisis de la deuda mundial y un giro ideológico neoliberal, la atención médica comenzó a avanzar hacia enfoques más selectivos y rentables. La respuesta a la Conferencia de Alma Ata, fuertemente criticada por ser demasiado amplia e idealista, fue la Conferencia de Bellagio (Italia), influenciada por Estados Unidos y financiada por la Fundación Rockefeller, con el apoyo del Banco Mundial (BM). En esa reunión se lanzó el concepto contrapuesto de “atención primaria selectiva de la salud”



FLACSO 2022

(Cueto, 2004), es decir, la implementación de intervenciones técnicas, de bajo costo y de pequeña escala, con UNICEF encabezando la iniciativa en los años 80'. Termina por ganar mayor supremacía, por lo tanto, el enfoque liderado por Occidente, que será el hegemónico en las próximas décadas.

A partir de 1980 hasta el 2000, tiene lugar una cuarta etapa de “Reconfiguración Regresiva de la Salud Internacional” (Herrero y Belardo, 2022), durante la cual las agendas restrictivas de reforma de salud se extendieron en América Latina, alimentadas por la ideología neoliberal hegemónica y las críticas al estado de bienestar. De esta forma, el gasto en salud estuvo sujeto a las demandas de ajustes macroeconómicos (Almeida, 2013) y el acceso a los servicios de salud dejó de ser considerado un bien público, lo que implicó un empeoramiento de la situación de salud de la población.

Luego de la caída de la URSS, el escenario cambia completamente y actores extra- sanitarios comenzaron paulatinamente a tener cada vez mayor incidencia y, por ende, a definir las líneas estratégicas de la salud a nivel mundial. La agenda sanitaria se extiende a nuevos ámbitos de debate y nuevos foros de discusión, pasando a integrar otras agendas como, por ejemplo, del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y del G-8. Este período estuvo marcado por la disputa entre la OMS y el Banco Mundial en la conducción del sector salud a nivel internacional (Brown, Cueto y Fee, 2006).

El último período, del 2000 a la actualidad, es el que denominamos de “la privatización de la salud global” o “salud global como signo de la época” (Herrero y Belardo, 2022), donde aumenta de manera exponencial el financiamiento de la salud global, se da una considerable diversificación de los actores involucrados, con la emergencia de poderosas Asociaciones Público-Privadas (APPs), la presencia de la gran industria farmacéutica, pero también con una fuerte concentración del financiamiento de la salud

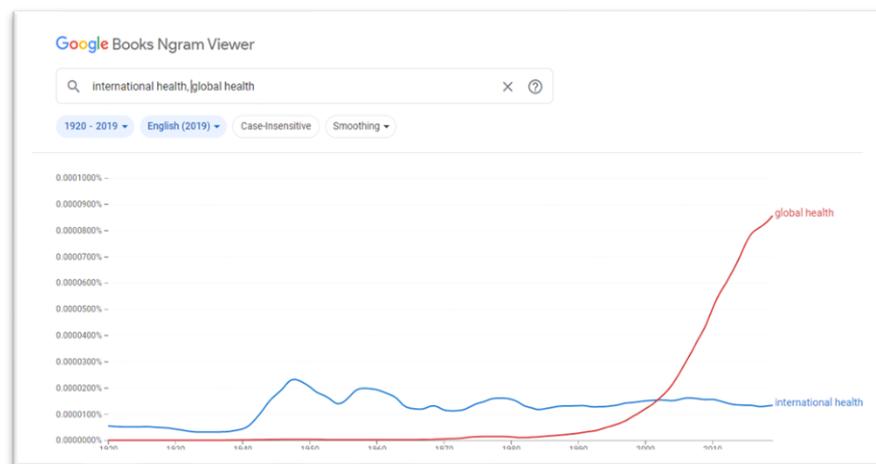


FLACSO 2022

global en unos pocos países ricos, además de la filantropía y de influyentes ONGs.

En este período, por lo tanto, surge con más fuerza la expresión “salud global”, mientras el término de “salud internacional” comienza a declinar o incluso a desaparecer (Borowy, 2019). Cabe destacar aquí que el mencionado cambio de denominación de “salud internacional” al de “salud global” representa mucho más que un simple giro lingüístico: es una denominación que marca una etapa, es el signo de una época.

Grafico 2. Uso de los conceptos de salud internacional y salud global, 1920-2019



Fuente: Ngram Viewer, Google.

Ahora bien, también cabe mencionar que aún no hay una definición clara de qué implica el concepto de Salud Global, lo que hace que -si bien hay perspectivas más críticas, como por ejemplo en Brasil- muchas veces se utilice en un sentido general, como un simple cambio de denominación y no como reflejo de un signo de época. En este sentido, el concepto de salud global ha contribuido a aumentar y movilizar enormemente el capital privado en el campo de la salud internacional, lo cual tiene que ver con que



FLACSO 2022

hay una privatización y una mercantilización global en el campo de la salud.

Sin embargo, más allá de las denominaciones, lo importante es identificar quiénes son los que impulsan la agenda internacional en salud, qué tipo de agenda promueven, quiénes se benefician, a quiénes perjudica, quiénes financian, qué tipo de acciones se financian, cuál es la correlación de fuerzas y qué actores son los hegemónicos y subalternos en el devenir del campo de la salud internacional/global.

De la mano de la Salud Global se expande el negocio privado en salud al mismo tiempo que países como Estados Unidos y el Reino Unido financian centros académicos y ONGs de los países desarrollados, para implementar programas, especializaciones y cooperación técnica en Salud Global con los países periféricos. Si uno ve las cifras, es posible ver como las fuentes del financiamiento provienen de unos pocos países ricos, como EEUU y Alemania, y de esas alianzas público privadas (FGTM, GAVI), financiadas por la industria farmacéutica, por esos mismos países (sobre todo EEUU), y por la tan influyente Fundación Bill y Melinda Gates, en especial, del 2000 en adelante, en detrimento de los organismos multilaterales como la OMS.

Este dato no es menor si tenemos en cuenta que muchos de esos actores, que participan del financiamiento directo de los Organismos Internacionales, definen también la agenda. Un ejemplo paradigmático es el de la OMS la cual, ya desde la década del 90, en pleno auge del neoliberalismo, comenzó a ver una clara y persistente disminución de las contribuciones (es decir, los aportes económicos) de los países miembros para financiar las políticas de salud a nivel mundial, en comparación con los aportes que comenzaron a realizar actores extra-sanitarios al interior del organismo, como el Banco Mundial que, conforme fue adquiriendo mayor protagonismo, otorgó préstamos a los países para realizar las reformas



FLACSO 2022

sanitarias que exigía el Consenso de Washington. Así el prestigio de la OMS rápidamente fue en descenso y, como estrategia de supervivencia comenzó a emplear los conceptos de "fondos globales" y "asociaciones mundiales", conforme un conjunto de actores privados (fundaciones filantrópicas y empresas farmacéuticas) comenzaron a incidir económica y políticamente en la definición de las líneas estratégicas de la salud a escala global.

Con esto no queremos decir que antes no existía una relación entre salud internacional, intereses comerciales privados e intereses geopolíticos de los diferentes países, pero durante un tiempo esos intereses estuvieron más contenidos o controlados por el contexto de la Guerra Fría. Al no existir más ese contexto, el negocio se expande a un mercado de la salud a escala planetaria, en el que nuevos actores extra-sanitarios se involucran muy activamente en el campo de la Salud Global.

¿Cuál era el contexto en América Latina en la década de predominio de la “Salud Global”?

Luego de la “década perdida” (del período de 1980 / 1990) y después de las políticas neoliberales, América Latina (AML) cambia de rumbo. Así, de ser una región que miraba hacia el norte, con enfoques más comerciales y económicos políticamente alineados con las fórmulas impulsadas por el consenso de Washington, AML comienza a delinear nuevas agendas de integración con el objetivo de recuperar la región, reducir las enormes brechas de desigualdades producto de aquellas reformas y programas de ajustes y propiciar que los países sean cooperantes más activos. Esto, sumado a un mayor dinamismo de economías emergentes, produce un giro político, con foco en la política social.



FLACSO 2022

Paralelamente, se produce una importante disminución de los fondos de la cooperación internacional en salud en los países de la región, considerados de renta media y media alta, lo cual ocasiona por lo tanto una importante disminución de los flujos de la AOD. Si bien los países por un lado acuden a fondos privados, agencias y bancos, también va a haber un fuerte impulso de la Cooperación Sur-Sur (CSS), y aquí la salud va a ser motor de esa integración.

Esto da inicio a lo que podríamos considerar una nueva etapa de la salud internacional en América Latina, marcada por una renovada direccionalidad sur-sur (Herrero, 2017)¹. En este proceso, la salud jugó un papel muy dinámico, en parte por la larga trayectoria del campo en nuestra región, dando lugar a una agenda sanitaria alternativa y un nuevo marco de integración y diplomacia regional en salud (Herrero et al, 2019). Esto se vio reflejado con la creación de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) en 2008 y, particularmente, del Consejo de Salud de UNASUR. Entre los diversos consejos temáticos que tuvo el organismo, el consejo de salud ha sido uno de los más dinámicos; entre los principales ejes de su agenda se encontraban temas relativos a la promoción de la salud y acción sobre sus determinaciones sociales, al desarrollo de sistemas de salud universales y al acceso universal a la atención de la salud.

Con el ascenso al poder de los gobiernos progresistas y de izquierda en la región, en muchas de las carteras sanitarias de los países asumen representantes de dos corrientes latinoamericanas de pensamiento crítico en salud que emergieron en la década de 1970 y fueron consolidándose, a lo largo de las décadas subsiguientes, como la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva. De la mano de estos actores, se van imponiendo esos nuevos enfoques, tal es así que es posible observar una confluencia entre los principios y valores de estas trayectorias de pensamiento crítico y las principales bases constituyentes de UNASUR Salud (Herrero et al, 2019). Cabe destacar aquí que fue la experiencia de la



FLACSO 2022

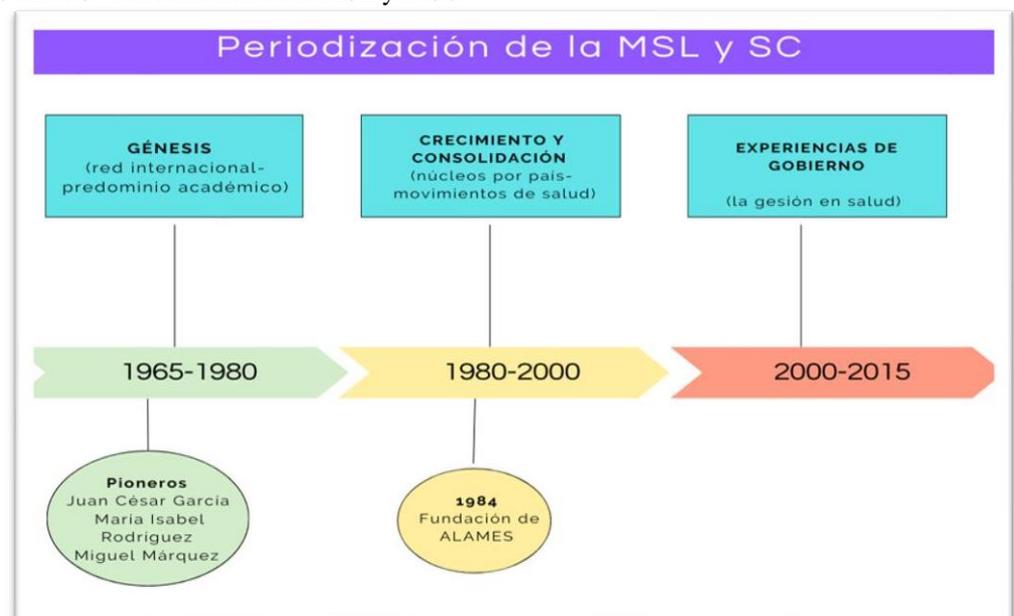
UNASUR, en tanto bloque político, la que ha dado un paso fundamental en motorizar la agenda de salud, a la que se sumó la apuesta por desarrollar una diplomacia sanitaria regional con eje en la cooperación sur-sur que mencionamos anteriormente, y la proyección de los intereses regionales en ámbitos multilaterales.

Sin embargo, mientras nuevos enfoques en Salud Internacional parecían estar gestándose en ese entonces en la región, en el resto del mundo el concepto de Salud Global ganaba terreno.

El pensamiento crítico latinoamericano en salud. Sus trayectorias

A través de la sistematización de los principales núcleos teórico-conceptuales de estas trayectorias de pensamiento se observaron tres momentos (Gráfico 3): la génesis (1960- 1984), la consolidación (1985- 2000) y las experiencias en los gobiernos (2000 en adelante), resultando no sólo en una corriente intelectual de pensamiento social en salud sino también y, fundamentalmente, en una corriente que incide en la política sanitaria tanto en el orden nacional como a nivel regional.

Gráfico 3. Periodización de la MSL y la SC





FLACSO 2022

Fuente: Elaboración propia, PELSSI 2022

Desde la academia, pero también desde una fuerte militancia -que ha llevado a algunos a la clandestinidad (como en el caso de Nila Heredia en Bolivia y de Eduardo Espinoza en El Salvador)- se han conformado los principales nodos epistemológicos, teórico-políticos y teórico-metodológicos de una nueva concepción de la salud, a la luz del principio del acceso equitativo y universal a la salud como derecho, columna vertebral de este movimiento. Aun así, a pesar de esos ejes de cohesión de este pensamiento, su perfil es muy variado y ha evolucionado de manera desigual en la región, con las diferencias inherentes a los distintos contextos político-ideológicos en los cuales dicho pensamiento ha tenido lugar.

En Bolivia, por ejemplo, ha sido muy fuerte el acento puesto en la “construcción de la salud a partir de la participación popular”, concepto en torno al cual hay una importante elaboración teórica en este país (más aquí que en otros países de la región, según Nila Heredia). En este marco, Bolivia ha desarrollado así una política de “medicina social que incorpora el tema de la medicina tradicional y la interculturalidad, como ejes transversales” (según palabras de nuestra entrevistada, la Dra. Heredia).

Brasil, por su parte, además del trascendental aporte teórico-epistemológico e ideológico-político de sus referentes a través de instituciones relevantes como el CEBES² y la FIOCRUZ³, ha dejado una impronta a través de la implementación -en el terreno político-institucional- del concepto de Sistema Universal de Salud, en contraposición al de cobertura universal que imponen los organismos internacionales.

Al analizar la evolución de este pensamiento crítico a nivel regional, vemos que ha sido favorecido, en un principio, por el exilio al que han sido



FLACSO 2022

empujados muchos de sus importantes referentes por las dictaduras militares de ese entonces y -a la vez- por el intenso proceso de formación iniciado en México y que se ha irradiado luego al resto de la región: “Cuando yo llego a México o algunos años después -nos dice la Dra. Asa Cristina Laurell, a quien entrevistamos- 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”. Y dicha corriente no sólo generó nuevos centros de formación, sino que contribuyó a conformar además una importante red como lo es hoy la Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES.

Al investigar si este pensamiento crítico, que aborda el vínculo entre los procesos de salud, enfermedad y atención y las condiciones de vida de las poblaciones, ha logrado ingresar en las agendas y plasmarse en políticas, planes y programas, hemos comprobado que ello ha estado supeditado, en los distintos períodos históricos, a las variadas correlaciones de fuerzas. De hecho, especialmente en los 2000 con UNASUR, el contexto político - como hemos visto- permitió abrir ventanas de oportunidad para introducir en las agendas de gobierno varios temas de salud desde una perspectiva social de equidad y así, efectivamente, construir y -en cierta manera- regionalizar políticas.

En este sentido, la mayoría de quienes hemos entrevistado han coincidido en destacar la materialización de los principios del MSL/SC en las experiencias, fundamentalmente, de UNASUR y el ORAS-CONHU. Es decir, en palabras de Oscar Feo Isturiz, “hubo la posibilidad de impregnar las agendas políticas con este pensamiento [a través de las propuestas concretas como] los sistemas universales de salud, acceso universal a los medicamentos, participación social, determinación social de la salud”, y contrarrestar así -en cierta medida- la tendencia sanitaria proveniente de los



FLACSO 2022

organismos internacionales como OPS y OMS que -según afirma el entrevistado- “se vieron totalmente cooptados por el pensamiento conservador: hoy, sin ninguna duda, la OMS es una institución que expresa las políticas del gran capital”.

Con respecto al último período considerado en nuestra periodización, vinculado a las experiencias de gobierno, cabe mencionar que muchos de los referentes de este pensamiento crítico latinoamericano han ocupado cargos a nivel nacional e los Ministerios de Salud (por ejemplo en Bolivia, México y El Salvador), y también en organismos regionales como el ORAS-CONHU, COMISCA y -en su momento- UNASUR, cuya agenda ha reflejado -como hemos mencionado- muchos de los principios de la MSL/SC.

Sin embargo, la nutrida agenda de UNASUR no tuvo continuidad cuando asumieron los gobiernos conservadores y la pandemia encontró a América Latina en un momento de marcada debilidad en algunos de sus procesos de integración regional (Herrero y Nascimento, 2022). Y esto sucedió aún a pesar de la amplia trayectoria en institucionalización sanitaria a nivel regional. Al extinguirse UNASUR, los esfuerzos conjuntos en la región terminan siendo casi inexistentes.

Salud Internacional / Salud global. Las corrientes de pensamiento latinoamericano en salud: Reflexiones finales

Desde el comienzo de la pandemia de COVID 19, los gobiernos conservadores que asumen el poder en Latinoamérica desarticulan los espacios regionales, por lo que los referentes de la MSL/SC se repliegan a los espacios nacionales desde donde se proponen resistir, sin lograr conformar sin embargo un nuevo espacio de integración regional, a pesar



FLACSO 2022

de las iniciativas de algunos de los bloques que subsistieron (como por ejemplo, COMISCA y ORAS-CONHU).

En un escenario global caracterizado por la ausencia de una instancia internacional de coordinación que pudiera orientar, de manera conjunta y coordinada, las medidas en materia de salud, la distribución altamente inequitativa de las vacunas ha sido una muestra de la supremacía de los intereses de los países centrales y del mercado, en desmedro de las naciones periféricas. En este contexto, la salud ha alcanzado un elevado protagonismo, ocupando un espacio destacado en las agendas de los organismos internacionales y en los foros globales, pero muy lejos de ser considerada un derecho humano fundamental.

En América Latina, una región donde solo el 4% de los insumos son de producción propia, es decir, es altamente dependiente de los insumos importados y, por lo tanto, de la industria farmacéutica, la fragmentación y el retroceso en los logros obtenidos en materia de salud regional dejó a los países a merced de negociaciones bilaterales con la industria y con los países ricos, sin contar ya con la fuerza y el respaldo de los instrumentos de la integración y cooperación horizontal a nivel regional.

De hecho, de haber contado en los últimos años con dichos mecanismos, los países de América Latina no hubieran quedado supeditados a contratos escandalosos con las farmacéuticas (como, por ejemplo, Pfizer), para la adquisición de vacunas contra el COVID 19. Situación ésta que se hubiera podido contrarrestar con iniciativas de cooperación regional como la del banco de precios de UNASUR y las negociaciones de precios de medicamentos de alto costo realizadas por UNASUR y MERCOSUR las cuales, bajo la lógica de la SOBERANÍA SANITARIA, no sólo lograron una enorme reducción de costos en el acceso a medicamentos, sino que también le ha otorgado a los países mayor margen de negociación con la industria.



FLACSO 2022

Frente a este panorama, no cabe duda de que urge poner en discusión y debate la arquitectura de la salud a nivel internacional y, en especial, regional, y repensar la cooperación internacional como política epidemiológica que permita efectivamente abordar las inequidades globales, y dar respuesta a las necesidades apremiantes y persistentes de nuestros pueblos. Y aquí surge el interrogante ¿Es posible hablar de una Salud Internacional con perspectiva latinoamericana?

Si bien este es aún un resultado preliminar, creemos que claramente se ha conformado una red regional, una corriente intelectual y política propia en la región, con una visión muy crítica y contra-hegemónica a partir de paradigmas propios que cuestionan los parámetros de la salud pública tradicional. Esta tradición de pensamiento crítico en salud incluso ha logrado permear agendas políticas, según le ha sido posible por la correlación de fuerzas en distintos contextos históricos y políticos. Es indiscutible, como hemos visto, que ha habido momentos en los que ha buscado alejarse de las clásicas matrices de la geopolítica Centro-Norte, adoptando -a partir de una postura crítica con respecto al modelo de “Ayuda Oficial al Desarrollo”- una direccionalidad estratégica e innovadora de la cooperación Sur-Sur, en pos de una soberanía sanitaria para la región. De este modo, en el marco de un ciclo de políticas anti-neoliberales de recuperación de la esfera pública y del Estado como actor central, la tradición de pensamiento crítico latinoamericano abrió posibilidades creativas de cómo pensar una nueva salud internacional.

Sin embargo, si bien esta tradición de pensamiento crítico latinoamericano ha permitido esbozar nuevos contornos en el campo de la Salud Internacional, a través de conceptos claves como los de determinación social de la salud, soberanía sanitaria, sistemas universales de salud, interculturalidad y género, entre otros, la MSL/SC aún no ha logrado llevar, a la agenda internacional, un claro cuestionamiento al proceso productivo capitalista, en tanto base estructural de la determinación social de la salud.



FLACSO 2022

En este sentido, y más allá de enfatizar la distinción entre determinantes y determinación social de la salud, no habría avanzado significativamente en recuperar y disputar -en el terreno de los organismos internacionales- la matriz epistemológica, transformadora y revolucionaria de este concepto, posteriormente secuestrado y desnaturalizado por la Comisión de Determinantes de la OMS.

Paralelamente, cabría explorar asimismo si la MSL/SC ha logrado permear suficientemente los movimientos sociales de la región, articulando visiones y propuestas transformadoras. Como ha destacado Mauricio Torres en la entrevista realizada por el equipo de investigación, si bien garantizar la salud como derecho humano fundamental es también una demanda de los movimientos sociales, la visión de estos movimientos puede ser distinta a la de ALAMES: “[...] 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”, considerando inclusive el acceso a la salud desde “[...] una perspectiva más amplia, más integral, que es la salud como bienestar, como calidad de vida, que también viene movilizándose, pero aún de manera no suficiente”. Esto implicaría, a su vez, tener en cuenta la fuerza de los movimientos sociales para lograr permear las agendas regionales e internacionales como, según ha señalado Torres, el caso del movimiento feminista latinoamericano que “ha ido agitando banderas muy importantes: este tema de la autonomía de los cuerpos que ha dado tanto espacio y que ya logra permear políticas públicas. De alguna manera creo que empieza a permear la agenda internacional. No es un desarrollo propio de la Medicina Social, sin duda, pero es acogido por la Medicina Social”. Y afirma: “[...] la lucha del campo de la Medicina Social, sin duda, puede ser contra-hegemónica, disputar la hegemonía y disputar la agenda internacional, pero claramente la incidencia es muy limitada y por eso es tan difícil rastrearla”. A esto debemos sumar, como dijimos anteriormente,



FLACSO 2022

que desde hace varias décadas la salud global es un conglomerado de actores que las más de las veces lucran con la salud de las poblaciones del mundo. Esta acelerada privatización de la agenda sanitaria global y la progresiva cooptación de los organismos internacionales en manos del capital privado y unos pocos países ricos, hacen que sea cada vez más difícil poder permear la agenda de la salud mundial con posicionamientos más justos, equitativos y democráticos.

Se abre así la puerta a un nuevo interrogante, tan complejo como imprescindible ¿Por qué ha sido limitada la incidencia de la MSL/SC en la agenda de los organismos internacionales? ¿Qué factores geopolíticos en el concierto intergubernamental regional e internacional de las últimas décadas han llevado a desacelerar las disputas políticas por la recuperación de los principios originales y revolucionarios de la MSL/SC en el campo de la Salud Internacional? ¿Cuál y cómo ha sido la articulación con los movimientos sociales de la región en tanto actores imprescindibles para sostener y robustecer los núcleos conceptuales y las propuestas de la MSL/SC? En este camino prosigue por lo tanto nuestra investigación.

Referencias bibliográficas

ALMEIDA C.M. (2013). Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. Río de Janeiro: FIOCRUZ/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.



FLACSO 2022

- ARGUMEDO (1993) Los silencios y las voces en América Latina. Notas sobre el pensamiento nacional y popular. Buenos Aires: Editorial Colihue.
- BELARDO M., CAMARGO K. (2016). “Construcción de conocimiento biomédico y políticas de salud: Síndrome Urémico Hemolítico y Fibromialgia”. Rev. CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. (pre-publicación). BELARDO M. (2011). “Enfermedad transmitida por alimentos. El Síndrome Urémico Hemolítico y su inclusión en las agendas biomédica, social y política” en: Petracci M y Waisbord S (comp.) Comunicación y salud en la Argentina. Editora La Crujía. ISBN 978-987-601-137-2
- BELARDO (2012). “Periodización histórica del Síndrome Urémico Hemolítico en Argentina (1964- 2009)”. Rev. ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA, 110 (5): 416-420, Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires, Argentina. ISSN 0325-0075
- BOROWY I. (2019). Global Health. Routledge Handbook of Transregional Studies, Ed. By Matthias Middell. https://www.academia.edu/38387513/Global_Health
- BROWN T., CUETO M., FEE E. (2006). The transition from ‘international’ to ‘global’ public health and the World Health Organization. Rev. História, Ciências, Saúde Manguinhos, 13 (3). 623-47.
- CAMARGO K. Jr. (2013). O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. Revista Brasileira de História da Ciência. 6 (2).
- CUETO M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. American journal of public health, 94(11), 1864–1874. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.11.1864>



FLACSO 2022

CUETO M., BROWN T., FEE E. (2011). El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. Apuntes. Revista De Ciencias Sociales, 38(69), 129-156. <https://doi.org/https://doi.org/10.21678/apuntes.69.634>

FRANCO AGUDELO S. (1990). La Rockefeller y las filantropías afines. En: El paludismo en América Latina (pp. 125-227). Franco Agudelo Saul. México: Editorial Universidad de Guadalajara.

GARCÍA J.C. (1994). La enfermedad de la pereza. En: Pensamiento social en salud en América Latina(pp.150- 171). México: Interamericana, Mc Graw Hill.

HERRERO M.B. (2015-a). Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Un estudio de corte transversal con análisis jerarquizado. 2009-2015. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

HERRERO M.B. (2015-b). El surgimiento de una nueva diplomacia regional en salud en tiempos posteriores al neoliberalismo: El caso de UNASUR Salud. Comentario Internacional: Revista del Centro Andino de Estudios Internacionales (CAEI); Quito, Ecuador.

HERRERO M.B., TUSSIE D. (2015). UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America". Glob Soc Policy, 15, 261-77.

HERRERO M.B., LOZA J. (2016). Una mirada latinoamericana de la salud internacional: UNASUR y el enfoque basado en el derecho a la salud y el acceso universal. Buenos Aires, septiembre de 2016. III Jornadas de Estudios de América Latina y el Caribe, UBA.



FLACSO 2022

HERRERO M.B. (2017). Moving towards a South-South International Health: Debts and challenges in the regional health agenda”. *Revista Ciencia e Saude Coletiva*, 22, n.7: 2169-2174.

HERRERO M.B., LOZA J., BELARDO M. (2019). Collective health and regional integration in Latin America: An opportunity for building a new international health agenda. *Rev. Global Public Health*, <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1572207>

HERRERO M.B., DELUCA G., FARAONE S. (2020) Herrero, María Belén, Deluca, Gerardo y Faraone, Silvia. Desigualdades sociales, inequidades y enfermedades desatendidas: sífilis congénita en la agenda de salud internacional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 30, n. 04.

HERRERO M.B., BELARDO M. (2022). Salud Internacional y Salud Global: Reconfiguraciones de un campo en disputa. *Relaciones Internacionales*, 95(2), 63-91. <https://doi.org/10.15359/ri.95-2.3>

HERRERO, M.B., NASCIMENTO, B. (2022). 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). <https://doi.org/10.1590/0034-7329202200103>

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

LOZA J. (2017). “Naciones latinoamericanas entre la dependencia y la independencia: representaciones sociales sobre la nación y la región desde el presente”. *Revista Signos*, Universidad del Salvador.

LOZA J., HERRERO M.B. (2017). Políticas regionales en medicamentos y la construcción de soberanía en salud, *Revista Estado y Políticas Públicas* N° 14. mayo de 2020 - septiembre de 2020. ISSN 2310-550X, pp. 181-200).



FLACSO 2022

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

SACCHETTI L., BELARDO M. (2015). Historia de la Salud Argentina y Latinoamericana: una experiencia innovadora en la Carrera de Medicina. *Rev. Interface - Comunicacao, Saúde, educacao*, 19 (55), 1243-1252. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1233>

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

TUSSIE D. (2000) Luces y sombras de una nueva relación El Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la Sociedad Civil, Buenos Aires, FLACSO.

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

¹ Aún si la Dra. María Isabel Rodríguez y el Dr. Mario Rovere (a quienes entrevistamos para el presente proyecto) sitúan los inicios de la formación en este campo de la Salud Internacional en Washington, en el año 85, merced a la apertura ideológica y la tendencia progresista que tenían algunos de los líderes de la OPS en ese tiempo. “*Yo sentía que se necesitaba conocer, tener una orientación en el mundo internacional, saber qué se le podía ofrecer a ese país [que visitaba como funcionaria] y cómo se ubicaba ese país en el contexto internacional. Y uno, cuando sale siendo profesional, y aun en los posgrados, no recibe una orientación sobre la ubicación incluso de su propio país en el mundo. Entonces yo fui acumulando esa experiencia y esas preocupaciones: hay que mejorar esto*”, nos dice la Dra. Rodríguez.

² Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

³ Fundação Oswaldo Cruz