

# Hacia una Salud desde el Sur: epistemología decolonial y de soberanía sanitaria

*Gonzalo Basile*

---

El sistema-mundo contemporáneo asimétrico, reproductor de un orden Centro-Periferia con aceleración deshumanizante, globalización mediante, es resultado de un proceso de pliegues que en la región latinoamericana caribeña tiene que ver con la propia constitución histórica de América, del capitalismo en sus transiciones entre colonial, moderno/eurocentrado, desarrollista, líquido y neoliberalizado (Mignolo y Walsh, 2002) como patrón de poder que cada vez deja menos espacios para la salud y el vivir bien.

En esa contextualidad, las bases epistemológicas de la salud tendieron a moverse en un péndulo entre la reproducción de una constante colonialidad del poder y del conocimiento sanitario (Quijano, 1999) haciendo que los ciclos históricos se muevan en acumulados de importación de teorías, políticas, metodologías en una dinámica permanente de *imitación* o en el mejor de los casos en adaptación de tesis según el Norte global. Cada *episteme* produjo sedimentaciones, acumulados geoculturales, condensaciones institucionales en el campo sanitario en la academia, en los Estados, en las propias sociedades a largo de todo el siglo XX.

El pensamiento crítico latinoamericano en Salud en el siglo XXI no basta con mirar solo hacia y desde Latinoamérica y el Caribe, sino es imprescindible un primer ejercicio de deconstrucción, lo cual implica trazar un objetivo metodológico primario en la necesidad de descolonización de la salud hacia una geopolítica del Sur global. Es decir, trascender

---

**Gonzalo Basile**, Doctor, Epidemiólogo y científico social. Graduado en relaciones internacionales con Maestría en Epidemiología y Posgrado en Salud Pública. Doctor en Salud Internacional (UAB, Barcelona, España) y Posgrado en Economía y Políticas de la Salud, London School of Economics and Political Science. Director e investigador del Programa de Salud Internacional de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), República Dominicana. Co-coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía en Salud de CLACSO.

Correo-e: [gbasile@flacso.org.do](mailto:gbasile@flacso.org.do)

el pensamiento, las teorías y las políticas de sus bases eurocéntricas y de la doctrina panamericana sanitaria, porque en ese marco categorial se esconde y se oculta aquello que justifica las razones de la dependencia, de la inferiorización, del orden jerárquico del conocimiento (superior-inferior, Norte/Sur), de largas tesis de *imitación* basadas en considerar como horizontes de transformación una dinámica de *copia-pega* a través de lentes epistémicos del Norte global.

Realizar una revisión sistemática sobre las dimensiones de la salud como asunto internacional, de cómo la geopolítica determina la agenda político sanitaria y cómo la salud en el Sur global es condicionada por las relaciones del actual sistema-mundo (Wallerstein, 2005), implica trabajar en primer lugar la genealogía de dos marcos referenciales que prominentes y repetidos aparecen como ejes disciplinadores y vertebradores de las reflexiones, teorías, metodologías, agendas y acciones políticas en este campo. Lo que en este trabajo denominamos *salud internacional del panamericanismo (SPI)* y *salud global liberal (SGL)*.

Una hipótesis que asume este artículo es que inmediatamente nos adentrarnos en la genealogía y devenir histórico de la salud pública internacional (Cueto, 2015) -expresada hoy como panamericanismo sanitario- y su continuo postmoderno de la propia salud global actual (Birn, 2011), nos sumergimos de alguna manera en el corazón de la razón y relación colonial y sus viejos-nuevos lenguajes como vasos comunicantes de reproducción y relaciones de poder en el campo de la salud. Estas denominaciones no son simplemente dispositivos de dos modelos de abordaje y comprensión histórica, conceptual y metodológica de la salud internacional, o de geopolítica del poder y conocimiento sanitario.

Ni la salud internacional del panamericanismo(SIP) ni la salud global liberal(SGL) son una metáfora estrictamente geográfica, o de las formas que adquiere la salud *fuera de las fronteras* y en la relación entre Estados-Nación; sino que ambos son instrumentos de geopolítica que cristalizan, representan, reproducen relaciones de bloques de poder global y de perenización de sus epistemologías. Se transformaron en aparatos de reproducción de poder del sistema mundo. Aunque se puede considerar que los cimientos epistémicos de la salud como asunto internacional provienen desde la acumulación ligada al pasado de las potencias coloniales desde el siglo XV al XIX cuando empiezan a generar mecanismos para asumir la salud en sus colonias bajo las preocupaciones de los propios colonizadores en la relación metrópoli-colonia que luego tendrá readecuaciones del Centro-Periferia, y desde allí las preocupaciones del colonialismo/enfermedades/comercio como bases de la posterior medicina tropical y la doctrina panamericana.

Estos dispositivos SIP y SGL lograron producir y moldear diplomacias en salud latinoamericanas y caribeñas, los perfiles profesionales de universidades y centros de estudios como instituciones de formación sanitaria o los gestores de gobierno en salud pública en permanentes reproductores y administradores de teorías, políticas, lógicas, agendas y enlatados que expresan *sus* intereses geopolíticos sanitarios.

La agenda, geopolítica y acciones de la salud global liberal, de la doctrina panamericana regional y sus impactos nacionales y locales tienen implicancias en este carácter intrínseco de *dependencia* que generó una homogenización de caminos posibles y de limitada comprensión de la especificidad y determinaciones internacionales de la salud situada en el capitalismo mundialmente periférico (Basile, 2018).

Ahora bien, la reproducción de procesos de *dependencia sanitaria* no es tan sólo un fenómeno externo, sino que construye cimientos y huellas que se manifiestan también en formas y estructuras internas especialmente en la academia, en la gestión pública sanitaria de Estado o en la propia hegemonía cultural en las sociedades.

América Latina y el Caribe se encuentra atravesada por una *geopolítica de dependencia de los “ismos” sanitarios: el desarrollismo, el neoliberalismo y el panamericanismo*.

El campo de la salud ha estado presente en el cuerpo epistémico y operativo de la teoría del *desarrollo* desde la segunda mitad del siglo XX. En concreto, en América Latina y el Caribe, tomando como hito la Alianza para el Progreso en la década de los 60 bajo la creación de la CEPAL, el concepto de salud también reproducirá el ideario del desarrollo. Tanto la corriente de salud pública tradicional como un gran espacio de la medicina social quedaron atrapadas en las tesis del desarrollo (Basile, 2020a).

Con la irrupción del desarrollismo, la salud no escapó a la impronta de los debates dominantes ni a su patrón de poder y conocimiento eurocéntrico y panamericano en la región. Resulta 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 modelos de protección social eurocéntricos, de dependencia 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.

La teorización del desarrollo no es tan sólo enunciativa, sino que, por décadas, determinará la agenda global y regional de la salud pública panamericana en la región latinoamericana caribeña. Por tanto, tendrá una multiplicidad de expresiones en la salud, como asunto internacional en el ámbito de las políticas públicas y de cooperación, como en los acuerdos y declaraciones internacionales sobre la materia.

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 basada en la teoría de los estadios donde todos los Estados se dedican a vivir *en desarrollo*, que para muchos significará convertirse en naciones, donde las sociedades y Estados-Nación se desarrollan de la misma manera sólo que algunos lo hicieron mejor y a más velocidad. En esta nomenclatura también ingresará el campo y sector 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 DALYs y QALYs 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, 2020). El concepto del desarrollo que prima en el campo de la salud evitará sistemáticamente describir las relaciones de poder del sistema mundo contemporáneo plasmados en los modos vivir, enfermar y morir desiguales a partir del metabolismo entre la sociedad y la naturaleza (Breilh, 2013).

Según Theotonio Dos Santos (2020) 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, siendo que el desarrollo y subdesarrollo son dos caras de un mismo proceso.

En segundo lugar, analizar la *doctrina del panamericanismo* es un ejercicio conceptual sustancial, porque esta geopolítica tiene incidencia directa sobre el nacimiento y crecimiento del regionalismo desarrollista en salud. El campo de la salud pública en la región no puede comprenderse sin la matriz panamericana (Basile, 2020a). 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.

La doctrina del panamericanismo siempre estuvo atravesada por los intereses de política exterior de Estados Unidos y fue reforzado en 1904 con el ideario de la doctrina Monroe. Esta perspectiva panamericana visualiza a la región como un territorio de explotación, dominio y expansión de intereses geoestratégicos, militares, comerciales, y también sanitarios. Por tanto, en los ojos de los EE.UU. el panamericanismo siempre estuvo basado en sus intereses de hegemonía en la región (Basile, 2020a).

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 del colonialismo sanitario entre colonialidad, enfermedades, fronteras y comercio.

Claro que estas matrices sufren readecuaciones epistémicas contemporáneas. El complejo político entre Estados del Centro global, las fundaciones filantrópicas, los grupos farmacéuticos y organizaciones financieras y de comercio como el Banco Mundial (BM), OCDE, OMC o el FMI junto a las ONGN (Organizaciones No Gubernamentales del Norte) pasaron a ser actores centrales de una nueva agenda sanitaria global, donde en especial los organismos extra-sanitarios pasan a tener un rol de modulación protagónica de las reformas en políticas y sistemas de salud (Ugalde & Homedes, 2007). A la luz de este contexto globalizante, se consolidó una nueva vertiente de interpretación de los problemas de salud en la geopolítica, basada en la primacía de las reglas impuestas por la globalización neoliberal: la denominada *salud global* (Birn, 2011).

Para la salud global liberal la unidad de análisis pasa a ser la globalización liberalizante centrada en el individuo con la idea de una "comunidad internacional", las asociaciones públicos-privadas y la financierización del campo de la salud, agentes extra-sanitarios y corporaciones, seguridad sanitaria global, y al mismo tiempo un paradigma

que habla de equidad de género, derechos humanos, rendición de cuentas.

Así cabe destacar cinco 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, 2018):

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

2. *La funcionalización de la salud pública (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 (Birn & Richter, 2018)*

4. *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*

5. *El nexo creciente entre salud y seguridad nacional a partir de la imposición de la seguridad sanitaria global como forma de comprensión, preparación y respuesta a crisis epidemiológicos globales.*

La matriz del desarrollo y del panamericanismo moduló y permeó al pensamiento médico social en América Latina y el Caribe, y la matriz de la salud global conjuntamente con pluralismo estructurado y manejo del riesgo social funcionalizó a la salud pública de la biopolítica y la gubernamentalidad.

*¿Cómo salir de esta dinámica de reproducción de colonialidad, dependencia teórica, de política*

*pública y de gobierno en el campo geopolítico de la salud en el Siglo XXI?*

Desde América Latina y el Caribe, se viene construyendo un nuevo proceso regional desde el Grupo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) que nace de nuevos entramados entre cientos de investigadores, centros de estudios e investigación, universidades y nuevas articulaciones con movimientos sociales y gestiones de gobierno en la región. Este proceso nació desde la necesidad de desarrollar una nueva plataforma de formación, estudio, pensamiento crítico latinoamericano y acción geopolítica en el campo de construcción de una **epistemología de la Salud desde el Sur**. Con el objetivo de producir nuevas tramas entre **descolonización, emancipación, autonomía y soberanía** en el campo de la salud hacia una nueva concepción de la Salud Internacional Sur Sur y Soberanía Sanitaria (SISS).

Esta plataforma no nace como una búsqueda o enunciado para "descolonizar" la Salud Global Liberal (SGL) o la Salud Internacional Panamericana (SIP) o democratizar la autoridad médica occidental de la OMS, sino para construir **una alternativa epistemológica** de la Salud del Sur global. Actualmente flujos y movimientos de intentos de descolonización que se producen en la academia del Norte por ejemplo en salud global, buscan abrir descolonización sin transformaciones en la epistemología, descolonizar sin cambiar la reproducción de geopolíticas asimétricas de poder y de conocimiento.

Nuestros esfuerzos no pueden estar centrados en descolonizar al Centro global, sino de construir una epistemología de la Salud desde el Sur alternativa, compleja, decolonial, intercultural y democrática.

Partiendo de este problema epistémico-político relacional, la significancia de pensar y practicar una Salud desde el Sur global implica un primer flujo de emancipación: el giro decolonial y epistémico. Es quizás el camino que América Latina y Caribe aún se debe así misma profundizar en el estudio, en la formación y construcción de un pensamiento-acción política de soberanía sanitaria regional.

Abrir un *giro descolonial y giros descoloniales* (Maldonado-Torres, 2008) en el campo de la Salud desde el Sur da cuenta de un cambio de coordenadas basadas en el pensamiento crítico latinoamericano en salud. Dar significado a las formas de pensamiento que se inspiran simultáneamente en la crisis del pensamiento y del proyecto de civilización del Centro global (eurocentrismo/panamericanismo) “*a partir de los cuales se concibe a la modernidad y la globalización como íntimamente, si no constitutivamente ligada a la producción de múltiples relaciones de carácter colonial, y a la descolonización como proyecto u horizonte posible de cambio. El fundamento del pensamiento descolonizador y del giro descolonial mismo reside en el surgimiento de un nuevo tipo de sujeto*” como lo expresa el puertorriqueño Maldonado Torres.

Ahora bien, en gran medida frente a un sistema global de reproducción de epistemologías y políticas sanitarias del Norte global, se suelen enunciar tesis nacionales de afrontamiento.

El segundo flujo de emancipación, resulta entonces necesario modificar la unidad de análisis en escala espacial y escala temporal de observación pasando a problematizar los procesos del sistema mundo moderno en sus cuatro divisiones: orden superior-inferior jerárquico racial, la nueva división internacional del trabajo, división internacional de la naturaleza y la división internacional entre Centro y Periferia como marcadores epidemiológicos y sanitarios globales claves. Esto implica asumir un cambio de categorías y de escalas.

Esta dimensión general de una escala de observación basada en la categoría de *determinación internacional de la salud*, implica hacer visible los evidentes condicionantes y adversidades hacia una vida saludable en la Periferia (Dos Santos, 2020). La determinación internacional de la salud se expresa en diferentes dimensiones y niveles. Este marco de categorías muestra como *reduccionista* la presuposición que la producción de respuestas a procesos de salud-enfermedad descansa sobre lo que ocurre sólo entre y al interior de cada Estado-Nación, sin vinculación fundamental o sin reconocimiento de las

determinaciones geopolíticas sobre la salud y la vida en el Sur, o en la Periferia (Dos Santos, 2020).

Ahora bien, la irradiación y reproducción de *determinación internacional* parte de comprender la complejidad de condicionantes y adversidades en multiniveles del sistema mundo contemporáneo para la especificidad de América Latina y el Caribe como espacio del capitalismo mundialmente periférico: la aceleración financiera extractiva del capitalismo global actual con las zonas sacrificiales del desarrollo en el Sur, la dependencia a las tecnocracias de salud global liberal y panamericanas, el lugar de compradores periféricos al complejo médico industrial farmacéutico incluyendo las medicamentos, tecnologías sanitarias y vacunas, los patrones de reproducción universal de matrices de afrontamiento a emergencias sanitarias (Ej: cuarentenas empíricas, neohigienismo, militarización, vigilantismo punitivo), la reconfiguración de los sistemas sanitarios basados en teorías del desarrollo y de mercados de coberturas de pluralismo asegurador financiero, la geopolítica de seguridad sanitaria global y la creciente militarización ante las amenazas epidemiológicas para el Norte global, las formación de diplomacias y tecnocracias sanitarias para la administración de teorías y políticas sanitarias Norte-Sur, entre otros (Basile, 2020b).

La distribución diferencial de recursos de dominación, explotación, dependencia y sometimiento se configura como la dimensión general de *determinación* de la salud internacional en el mundo moderno. Este flujo de determinaciones revela el supuesto proceso de superioridad y centralidad del *mundo desarrollado* expresada en poder geopolítico, marca el hecho que ese sistema mundo no es un “sistema” del mundo, sino es un sistema que se considera “*el mundo*”.

Frente a este proceso, se refuerza la necesidad de ampliar los marcos de referencia de una salud internacional Sur-Sur (Basile, 2018) para poner en el centro el papel que juegan las determinaciones internacionales del sistema mundo contemporáneo en la producción geopolítica de los modos de vivir, enfermar y morir, es decir, el metabolismo sociedad-naturaleza y este capitalismo cognitivo (Basile y Feo, 2022).

Conjugar y complementar la teoría de la dependencia de Dos Santos (2020) a los desafíos del siglo XXI y la teoría de la autonomía de Helio Jaguaribe (1979; 1986), implica abrir una búsqueda de la máxima capacidad de autonomía en la toma de decisiones en el contexto global imperante. Contrarrestar las lógicas hegemónicas de la salud panamericana y la salud global liberal es quizás una premisa fundante que permita una genuina formulación de políticas, metas y estrategias emancipatorias basadas en los propios actores y voces del Sur. A esto se conceptualiza como una aproximación a la Soberanía Sanitaria (Basile, 2020a).

Producir territorios y territorialización de soberanía sanitaria regional, no sólo implica mayores grados de autonomía en las unidades de Estado-Nación y sociedades nacionales. No alcanza con soberanías nacionales.

La soberanía sanitaria no es una teoría-acción basada en la unidad de análisis de Estado-Nación y fronteras, sino en la construcción permanente de espacios de autonomía político sanitaria regional. Este concepto parte de reconocer la interdependencia en el sistema mundo contemporáneo (Imperio y Economía Mundo) y sus determinaciones internacionales en salud que se expresan en adversidades y condicionantes para el Sur.

Soberanía sanitaria no es una teorización pensada desde y con la unidad de análisis de Estados-Nación ni pensando en una actualización de las tesis del desarrollo nacional y simplemente sustitución de importaciones o la construcción de un complejo productivo industrial de salud en clave desarrollista.

En sus aportes, Jaguaribe (1986) no considera la autonomía como un movimiento *desde adentro y hacia dentro* (Fronteras /Estados-Nación). Empezar una estrategia *autonomizante* con discursos y prácticas nacionales puede producir algún grado de autonomía esporádica mientras existan alguna permisibilidad internacional del sistema mundo, pero siempre aparecen nudos de viabilidad a mediano y largo plazo. Se termina en frecuentes aislamientos, bloqueos y disciplinamientos de lo global hacia lo local.

Maturana (1994) explica que el mecanismo que nos hace autónomos es la *autopoiesis*. Para entender la autonomía de un ser vivo, debemos entender su estructura interna (Maturana y Varela, 1994). Para entender la soberanía sanitaria de América Latina y el Caribe, debemos comprender la estructura del sistema mundo contemporáneo en especial las bases de reproducción de dependencia, subordinación y colonialidad en salud.

Así aparecen cuatro flujos y movimientos claves de aprendizajes (Basile y Feo, 2022):

- Primero, problematizar, estudiar, comprender y deconstruir los condicionantes, adversidades, dependencias para la salud desde el Sur en clave teórico-conceptual decolonial y técnico-metodológica a nivel territorial, local, nacional y regional.
- Segundo, hacer visible las dependencias sanitarias consentidas y satélites, sus formas diplomáticas, sus formas gubernamentales, técnicas y académicas, sus mecanismos de reproducción y perenización.
- Tercero, profundizar las bases teórico y técnico-políticas para la construcción de espacios de autonomía regional (márgenes de maniobra) que se define como soberanía sanitaria regional.
- Por último, mancomunar estrategias regionales en salud desde el Sur, también significa salir de la domesticación que sufrió lo “Sur Sur” por la agenda sanitaria del Norte global.

El concepto motor de esos flujos es la soberanía sanitaria. Partiendo de una diversidad sociocultural, político-sanitaria de los territorios, territorialidades, Estados y sociedades en los procesos de regionalismo en salud.

La autonomía y soberanía sanitaria no es una conquista estable y permanente. Transitar este proceso es asumir tensiones, reacciones adversas, ataques, avances y retrocesos.

Pareciera necesario revisar desde la teoría crítica latinoamericana en salud la lógica de vivir en un mundo de certidumbres científicas indisputadas,

totalizantes, monoculturales, universales. Una reconfiguración de conocer cómo conocemos en salud internacional y epidemiología en el siglo XXI. Quizás sea momento de invitar a suspender nuestros hábitos de certidumbres, de sofismos, de dilemas, de consignas líquidas, para refunda una potencialidad de producir alternativas desde el Sur.

Resituar en el centro de la región latinoamericana caribeña la construcción de tejidos públicos de soberanía sanitaria y principios de salud internacional Sur Sur. Esto no sólo concierne y depende exclusivamente de las relaciones intergubernamentales en los momentos de gobierno de los “Estados”, sino que la soberanía sanitaria regional es un proceso estratégico que se anida en los entramados de territorios, territorialidades, sociedades, comunidades y actores en la construcción de una epistemología de la Salud desde el Sur. En eso estamos.

## Referencias

- Basile, G. (2018). La Salud Internacional Sur Sur: giro decolonial y epistemológico. Dossiers de Salud Internacional Sur Sur de Ediciones GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO. Febrero 2019.
- Basile, G. (2020a). La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En: Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. ISBN 978-84-1352-007-0
- Basile, G. (2020b). Enfermos de desarrollo: los eslabones críticos del SARS-CoV-2 para América Latina y el Caribe. *ABYA-YALA: Revista sobre acesso á justiça e direitos nas Américas*, 4(3), 173-208.
- Basile, G. y Feo, O. (2022). *Las 3 “D” de las Vacunas de SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación*. En VIII Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones CLACSO. Buenos Aires, Enero, 2022.
- Birn, A. E. (2011). Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 30, 101-105.
- Birn, A. E., & Richter, J. (2018). El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. *Medicina Social*, 11(3), 135-152.
- Breilh, J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (2013): 13-27.
- Cueto, M. (2015). La "cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22, 255-273.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2007): América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud Colectiva*, 3, v. 1, pp. 33-48.
- Jaguaribe, H. (1986). *Hegemonía céntrica y autonomía periférica*. Centro latinoamericano de economía humana, CLAEH.
- Maldonado-Torres, Nelson. "La descolonización y el giro des-colonial." *Tabula rasa* 9 (2008).
- Maturana, H., & Varela, F. (1994). El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento humano. *Santiago: Editorial Universitaria*.
- Mignolo, W., y Walsh, C. (2002). "Las geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder." *entrevista de Catherine Walsh*, en *Walsh, Schivvy y Castro-Gómez, editores, op. cit* (2002): 17-44.
- Quijano, A. (1999) "Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina." *Dispositio* 24.51 (1999): 137-148.
- Rist, G. (2002). *El desarrollo: historia de una creencia occidental* (Vol. 137). Los libros de la Catarata, Madrid, p. 8-28.

Dos Santos, T. (2020). Construir soberanía: una interpretación económica de y para América Latina / Theotônio Dos Santos; prólogo de Francisco López Segrera. - 1a ed. - Ciudad

Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2020.  
Libro digital, PDF - (Antologías)

Wallerstein, I. M. (2005). Análisis de Sistemas-Mundo: una introducción. Siglo XXI, México.

**Recibido:** 14 de marzo de 2022.

**Aceptado:** 15 de abril de 2022.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

