

La salud internacional en el siglo XXI: una perspectiva renovada desde Latinoamérica, un esquema comprensivo para su análisis

International health in the XXI century: a renewed perspective from Latin America, a comprehensive scheme for its analysis

Mario Rovere

Director de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Médico Sanitarista con formación en Pediatría y Residencia en Salud Internacional. Exdecano organizador de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza y exviceministro de Salud de la Nación, Argentina.
roveremario@gmail.com

Resumen

La construcción de una perspectiva latinoamericana de la salud internacional fue lanzada a través de un programa de formación de la OPS en 1985 y alcanzó un lanzamiento académico a través de la publicación del libro *Salud internacional: un debate Norte-Sur* que reúne las ponencias de un Seminario realizado en Quebec, Canadá, en marzo de 1991.

A pesar de que desde mediados de la década de 1990 se han empleado otras denominaciones para describir este campo, se reafirma el término "Salud Internacional en Perspectiva Latinoamericana" (SIPLa). Esta elección se realiza con el propósito de destacar su enfoque político, así como el papel central desempeñado por los gobiernos y los Estados. También subraya la importancia de situarse, desde fuera de los centros de poder, en los ámbitos de la formación profesional en Salud Pública y Relaciones Internacionales. En este artículo, se hace un breve recorrido de las últimas tres décadas de la salud internacional, y se propone un esquema comprensivo de preguntas orientadoras para el análisis de la agenda de la salud internacional desde la perspectiva latinoamericana.

Palabras clave (DeCS): salud global, América Latina, gobernanza, internacionalidad, cooperación internacional

Abstract

The development of a Latin American perspective on International Health was initiated through an OPS training program in 1985 and gained academic exposure with the publication of the book *International Health: a North-South Debate*, which compiles the presentations from a Seminar held in Quebec, Canada, in March 1991. Despite the existence of other denominations to describe this field since the mid-90s, the term "International Health with a Latin American Perspective" (SIPLa, for its Spanish acronym) is reaffirmed. This choice emphasizes its political approach, as well as the central role played by governments and states. It also highlights the importance of position in one's self, outside the centers of power, in the fields of professional training in Public Health and International Health.

This article provides a brief overview of the last three decades of International Health and proposes a comprehensive scheme of guiding questions for analyzing of the International Health agenda from a Latin American perspective.

Keywords (DeCS): global health, Latin America, internationality, health governance, international cooperation

*Lo importante no es lo que uno piensa sino lo que te hace pensar.
Gilles Deleuze*

Introducción

En ninguna otra esfera de la salud, desde lo local hasta lo global, resulta tan clara la transversalidad de la salud y sus indiferenciables relaciones con lo económico, lo político, lo ambiental y lo social.

La salud internacional se coloca, así, en algún espacio de intersección entre la Salud Pública y las Relaciones Internacionales, ambos campos de saber y de poder, fuertemente connotados y atravesados por intereses, por sistema de valores, por posicionamientos, por expectativas, por reglas de juego escritas y no escritas.

Como en otros campos en los que las intersecciones entre salud y ciencias sociales se hibridan y se potencian (comprendiendo tanto las relaciones internacionales como un campo académico con autonomía relativa como otras disciplinas: economía, ciencias políticas, derecho en tanto contribuyan a entender los fenómenos en estudio), iluminan nuevas aristas, generando nuevas interpretaciones y formas de operar e intervenir, la salud internacional puede enriquecer y

enriquecerse considerablemente si se expande el área de superposición entre sus diversos campos de conocimiento tributarios.

Se trata de un ejemplo clásico de cómo se conforma un campo, al mismo tiempo de poder y de saber. Se cumplen aquí todos los requisitos para que tal cosa ocurra: la salud ayudó en el pasado y ayuda en el presente a constituir las relaciones internacionales: la primera conferencia internacional que se celebró en París en 1851 fue convocada para acordar medidas sanitarias frente a situaciones epidémicas y desde entonces conferencias, organismos internacionales, cartas, convenios e infinidad de foros y congresos especializados han hecho de la salud, un motivo de encuentro, de construcción de consensos promoviendo un flujo permanente de intercambios de conocimientos, de tecnologías, de insumos, de profesionales que contribuyen fuertemente a la construcción de lo internacional.

Se verifica, en este caso también, que el forcejeo y la disputa por la captura de un creciente capital simbólico opera atrayendo más y más actores al juego –como se percibe con la creciente inclusión de salud en nuevos organismos internacionales o en la multiplicación de actores en la filantropía internacional– y claro no debe faltar y de hecho no falta aquella *complicidad de base* que incluían Bourdieu y Wacquant¹ en su definición de los rasgos de un campo, esa que hace que aun disputando ninguno de los actores relevantes quiera destruir, ni debilitar el campo.

La complejidad adicional que surge es que el campo de la salud internacional parece moverse a diferentes velocidades. Una velocidad vertiginosa con noticias que pasan como estrellas fugaces, y que a la misma velocidad se apagan, pero que en su resplandor iluminan dimensiones solo excepcionalmente visitadas –a modo de ejemplo el descubrimiento de un lote de alimentos contaminados con la bacteria *Listeria monocytogenes*-agente de la listeriosis– en la ciudad de Córdoba develó que primeras marcas estaban importando legumbres congeladas de Hungría² en las que la contaminación había sido primariamente detectada.

Una velocidad mediana en la que se alcanzan a consolidar los constructos analíticos y los dispositivos de intervención con cierta pretensión de universalidad de la propia salud internacional SAI/DIS³ bien ilustrada con la inclusión de salud como una comisión permanente del G20 o como una de las dos primeras comisiones del UNASUR y el cierre diez años después del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) que aquel organismo había creado, que exhibe cómo se juega la *Salud como Asunto Internacional*.³ Por contraparte que los Ministerios de Salud de la Región hoy se encuentren uniformemente amenazados por laboratorios que comercializan medicamentos de precios exorbitantes y arbitrarios, fijados sin vínculo alguno con su costo de producción, lo que ilustra la vigencia de las denominadas Dimensiones Internacionales de la Salud.

Una velocidad lenta en la que las ideas parecen moverse como placas geológicas y observamos a los autores clásicos brindando, incluso en la actualidad, sustento con enunciados, teorías, interpretaciones acerca del gobierno de lo internacional que parecen escritas para los tiempos contemporáneos. Afirmaciones como “la ley primera de la naturaleza es procurar la paz, sin esa armonía no hay más que se pueda construir”⁴ de Thomas Hobbes⁴ o los análisis de Immanuel Kant⁵ que, en su tratado *Sobre la paz*

perpetua,⁵ establece principios que fueron posteriormente retomados por el presidente Wilson al finalizar la Primera Guerra Mundial y readaptados en la creación de la ONU. Algunos de esos principios retomados fueron “ningún Estado independiente, grande o pequeño, será cedido a otro Estado por medio de herencia, intercambio, compra o donación”, “la deuda nacional no deberá ser contraída con el fin de ocasionar tensiones entre Estados” o “ningún Estado debe inmiscuirse por la fuerza en la constitución o el gobierno de otro Estado”.

Del mismo modo puede referenciarse entre los clásicos la vigencia de los aportes de John Hobson,⁶ quien expresó precozmente que la búsqueda de mercados fuera del país resulta una estrategia fundamental de los industriales para no abaratar sus productos. En su influyente tratado de 1902 señalaba:⁶

En la medida en que, una nación tras otra, entran en la era de las maquinarias y adoptan los métodos industriales más avanzados, es más difícil para sus empresarios, comerciantes y financistas colocar sus reservas económicas, y progresivamente se ven tentados a aprovechar sus gobiernos para conquistar con fines particulares países lejanos y subdesarrollados a través de la anexión y del protectorado.

Vemos al mundo, en consecuencia, cambiar a una velocidad asombrosa en algunas dimensiones, mientras que en otras parece que casi no hubiéramos aprendido nada o peor aún, en algunos casos, parece que nos moviéramos francamente para atrás sin contar todavía con una teoría del retroceso.

Una perspectiva con identidad latinoamericana

A mitad de la década de los 1980, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) generó desde la Unidad de Recursos Humanos a iniciativa del Dr. José Roberto Ferreira, quien dirigiera esta unidad por varias décadas, un Programa de Formación en Salud Internacional (PFSI) con un formato análogo al de una residencia médica enfatizando la lógica del “aprender haciendo”.

Para esa época, que entreveía con cierto optimismo el fin de la Guerra Fría, la OPS era un espacio de reunión de expertos técnico-políticos de muy diferentes perspectivas políticas e ideológicas. La explicación era relativamente simple, aunque poco conocida. Luego de la creación de la OMS en 1948 y, a diferencia de otros organismos internacionales, la OPS como organismo panamericano tomó la representación de la OMS en todo el continente.⁶ La consecuencia práctica de esa doble identidad (ser parte del sistema interamericano y del sistema de Naciones Unidas) hizo que la OPS fuera el único organismo de la región que no pudo desafiliarse o expulsar a Cuba de sus filas; un país que desde entonces adquirió un protagonismo importante junto a Estados Unidos en el gobierno de la Organización.

La Unidad de Recursos Humanos había sido especialmente habilitada desde la Conferencia de Punta del Este (1961) para trabajar con las universidades y había absorbido y dinamizado los intensos debates de la década de los 70 en esas instituciones en todo América Latina. Un debate que puede rastrearse en la publicación *Educación Médica y*

³ El constructo SAI/DIS Salud como Asunto Internacional y Dimensiones Internacionales de la Salud surge en las reuniones preparatorias para la influyente reunión de Quebec convocada por OPS en marzo 1991.

⁴ Thomas Hobbes (1588-1679) fue referente fundacional de la Escuela Realista. Su obra más conocida es el *Leviatán* (1651), en el que sentó las bases de la teoría contractualista, de gran influencia en el desarrollo de la filosofía política occidental moderna.

⁵ Immanuel Kant (1724-1804) fue referente fundacional de la Escuela Idealista y una de sus obras más importantes es *Sobre la paz perpetua* de 1795.

⁶ John A Hobson (1858-1940) fue referente de la escuela estructuralista y crítico del imperialismo. Una de sus obras más conocidas es *Imperialismo: un estudio de 1902*.

⁶ Habitualmente, los Organismos Especializados de las Naciones Unidas reconocen a América Latina como una Región y cuentan con representaciones, capitulos.

Salud que por 25 años (cerca 1970-1995) constituyó un medio muy influyente en América Latina.

Estaba también presente el duelo por el fallecimiento del Dr. Juan César García, un médico y sociólogo argentino que desde su posición en la OPS había promovido una mirada crítica sobre la salud a través de un fuerte cruce entre ciencias sociales y salud lo que representaría el antecedente inmediato del surgimiento de movimiento latinoamericano de medicina social (ALAMES), haciendo expreso homenaje con ese nombre a un movimiento análogo generado por el patólogo alemán Rudolph Virchow a mitad del siglo XIX.

Podríamos decir entonces que el surgimiento de la medicina social latinoamericana y una corriente estructuralista de la salud internacional nacieron en el mismo clima de época e inspirado en los mismos referentes. Es ineludible, en consecuencia, referenciar a la Dra. María Isabel Rodríguez, protagonista de ambos movimientos, quien fue la primera coordinadora del Programa de Formación en Salud Internacional y socia fundadora de ALAMES. Su notable trayectoria científica profesional y política la erige como referente: médica fisióloga, internacionalista, primera decana mujer de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador (UES), consultora y representante de la OPS/OMS, rectora por dos períodos de su misma universidad (UES), ministra de salud y asesora presidencial en su propio país.

Hermanados en su origen y en sus primeros años, los devenires fueron, sin embargo, diferentes. El Programa de Formación en Salud Internacional quedó atrapado en el clima institucional en un organismo que a partir de mitad de los 90, como consecuencia de los fuertes cambios geopolíticos, perdió buena parte de su pluralidad.

Un documento de esa rica etapa inicial lo constituye el libro *Salud internacional: un debate Norte-Sur*,³ que recoge las memorias de una reunión internacional realizada en Quebec con los aportes entre otros de Milton Terris y Paul Basch (EE. UU.), Eduardo Bustelo (Argentina), Paulo Buss y Eleuterio Rodríguez Neto (Brasil).

Los propios participantes y graduados del Programa, en la reunión, generaron dispositivos de análisis e intervención que constituyen un instrumental de navegación e interpretación que, no solo ha resistido, sino que adquiere nueva vigencia por el retorno de una etapa de Guerra Fría Comercial, acompañando por 30 años el complejo recorrido de las interfases entre salud y las relaciones internacionales en la región.

En el año 2007, después de 20 años, la OPS decidió discontinuar el programa en su modalidad de residencia. En ese contexto, la Universidad Nacional de Rosario, bajo el liderazgo de Carlos Bloch, tomó la iniciativa de organizar el Seminario Latinoamericano de Salud Internacional. Este evento representó una propuesta innovadora, la cual ofreció una alternativa al programa de residencia, que en ese momento se encontraba en proceso de redefinición hacia modalidades de educación virtual en colaboración con el mundo universitario. Lamentablemente, la propuesta que se generó a partir de esa experiencia no fue considerada.

A *contrario sensu*, la generación de esa y otras experiencias académicas (diversificado de salud internacional de la Maestría de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires) o de Educación Continua (Programa de Salud Internacional ofrecidos desde la Cancillería Argentina) demostró sistemáticamente la potencia de aplicar una perspectiva estructuralista-constructivista latinoamericana al análisis de diversos componentes de la salud, tan diversos como la constelación de participantes de esas experiencias, que aportaron en sus trabajos finales una amplia variedad de *objetos* y temas de estudio y práctica en las que estaban profesionalmente comprometidos y

para quienes la salud internacional abrió nuevas líneas de investigación e intervención.

El núcleo duro de la propuesta

La primera consideración que estimuló la exploración provino de la sistematización realizada por Charles Godue,⁷ quien estudió la extensión y profundidad del uso del término "salud internacional" en las Escuelas de Salud Pública de Estados Unidos, llegando a la conclusión de que se estaba frente a una construcción etnocéntrica con débil teorización, que venía más bien a validar académicamente una serie de programas de cooperación en otros países o con minorías poblacionales residentes recientes del propio país. La relación con otros países no era nueva para estas escuelas, ya que desde sus orígenes y, estimulada por los apoyos financieros de la Fundación Rockefeller, habían hecho de la incorporación de estudiantes extranjeros una estrategia de construcción de influencia en otros países. Para las décadas de los 80 y de los 90 estas funciones se habían expandido ampliamente por el financiamiento de la agencia de ayuda de los Estados Unidos conocida por sus siglas en inglés como US AID.

Desde las reuniones preparatorias de la ya mencionada reunión de Quebec se entrevió la necesidad de construir un puente de doble vía entre salud y relaciones internacionales. El camino de ida resultó muy influido por un conjunto de aportes diferentes, pero que podrían resumirse en la denominación teoría de la dependencia.

La denominación Dimensiones Internacionales de la Salud (DIS)⁸ propuesta como una herramienta analítica, buscaba entonces y –procura ahora– llamar la atención sobre las características de un sector que ha sido colonizado en una magnitud superior incluso más que otros sectores del Estado y de la economía.

Una transnacionalización que habitualmente resulta invisible para la fuerza laboral del sector y que solo excepcionalmente se pone en evidencia por las consecuencias de algún cierre o regulaciones fuertes de las importaciones, por devaluaciones de las monedas nacionales, por el precio abusivo de un proveedor internacional o por bloqueos político-comerciales que alcanzan a los insumos y tecnologías sanitarias.^f

Sin embargo, el dispositivo que hace que la salud de nuestros países se constituya en un tributario sistemático del complejo médico industrial transnacionalizado permanece por fuera de la visibilidad, convenientemente opaco u oculto. La otra vía de circulación la constituyó la *Salud como Asunto Internacional* (SAI)⁹ una perspectiva si se quiere más tributaria de las escuelas neorrealistas, que se ponía de particular manifiesto en la instrumentación de la salud jugada en la mesa de arena más amplia de las relaciones internacionales, ya sea bajo la plácida bonhomía de la ayuda humanitaria, bajo la forma siempre alerta a posibles epidemias intencionales o bajo la más incómoda justificación de los bloqueos comerciales que incluyen insumos sanitarios de los que depende la vida de personas.

Esta segunda línea construida pacientemente por Ulysses Panisset generó una fértil interacción posterior a la reunión de Quebec ya que como participante del doctorado en Relaciones Internacionales de la Universidad de John Hopkins concentró su investigación a la primera fase de la epidemia de cólera de 1991 en Perú.¹⁰ Baste señalar aquí que como consecuencia de la simultaneidad con las operaciones militares de EE. UU. en Kuwait, el Centro de Control de

^f El precio de los medicamentos en Estados Unidos ha sido puesto de manifiesto por Bernie Sanders, senador por el Estado de Vermont, quien mostró cómo los mismos laboratorios norteamericanos vendían sus productos a un precio inferior del otro lado de la frontera con Canadá.

Enfermedades de Atlanta caracterizó inicialmente a la epidemia como un posible caso de bioterrorismo.

La dinámica SAI/DIS no intentaba ser apenas una intersección entre salud y relaciones internacionales, sino más bien procuraba –y procura– poner de manifiesto un orden de circulación entre la política doméstica y la política internacional, una forma de develar las relaciones entre poder formal y poder real, una forma ampliada de pensar la intersectorialidad en perspectiva estratégica y poner de manifiesto lo que no es tan obvio para el no iniciado en este campo: que la teoría de las relaciones internacionales es un desprendimiento de la ciencia política.

Pero ¿qué lugar quedaba entonces para las perspectivas idealistas, que tanto han aportado a la creación de los organismos internacionales?

La cooperación técnica y financiera –y sus antecedentes la asistencia técnica y la ayuda humanitaria– han proliferado desde la segunda mitad del siglo XIX hasta convertirse en una base material evidente de la salud internacional.¹¹ ¿Cómo analizarlas entonces desde esta perspectiva? Allí surgieron aportes complementarios para pensar una propuesta deconstructiva que comenzaron con el deslizamiento de *la asistencia a la cooperación técnica* tal como José Roberto Ferreira¹² denominó a su trabajo pionero (1978). Hacía pie entonces en la Reunión de Buenos Aires sobre Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD), entendiendo que esta línea de trabajo abría un nuevo rol para los Organismos Internacionales (OI):

que participan en el desafío que significa la CTPD, que deben reforzar y ampliar de los funcionarios nacionales y colaborar con ellos en esfuerzos concentrados tanto para desarrollar sus capacidades técnicas como estimulando arreglos y convenios multiinstitucionales y multinacionales que mejoren su capacidad funcional.

Concluyendo:

así la autonomía reemplazará ventajosamente a la dependencia y será una vía que podrá conducirnos a la autosuficiencia y a un autosostenido y armonioso desarrollo de nuestros países.

Una perspectiva que poco después se ampliaría con los trabajos de Paulo Freire, especialmente en su libro *Cartas a Guinea Bissau*,¹³ en el que va a delinear una perspectiva descolonizadora, emancipadora de cooperación técnica que resultó muy pertinente para la época.

Una perspectiva genealógica, como la que aporta,¹⁴ permitía entender también los climas de época del surgimiento de los organismos internacionales. El horror de los heridos abandonados en el campo de batalla en el surgimiento de la Cruz Roja, en la importancia de la fiebre amarilla en el surgimiento de la salud internacional en América, en la pregnancy del mercantilismo en el nacimiento de la OPS, en el orden mundial de posguerra por detrás del surgimiento de las Naciones Unidas.

Frente a la fuerte seducción de los discursos idealistas que sirven de legitimación, pero también de opacidad de los entretelones de estas instituciones apelamos a dos herramientas: el análisis del discurso para captar las entrelíneas del particular género literario que caracteriza la producción documental de estos organismos y una perspectiva estratégica para indagar críticamente las relaciones de poder que subyacen por detrás de los consensos y disensos que se generan.

No son herramientas que conducen al escepticismo. Se valora en alto grado la producción de sentido de algunos documentos muy influyentes de los organismos internacionales, algunos resultados favorables sobre indicadores y condiciones materiales de millones de habitantes en el planeta y su fundamental aporte al sostenimiento del propio campo de la salud en la agenda de los Estados nacionales y subnacionales. Quizás, la forma más sencilla, entonces, de expresar el punto óptimo que esta perspectiva propone es poder pasar *de una perspectiva idealista a una perspectiva realista con ideales*.

Surge así un tercer marco de trabajo que podríamos denominar Cooperación Técnica Estratégica y Emancipadora (CTE), que incorpora los elementos anteriores, pero en el sentido también de deconstruir con una mirada alternativa –crítica, reflexiva y propositiva– un conjunto de prácticas de cooperación con una continua vigilancia sobre el posible retorno de rasgos asistencialistas, etnocéntricos, generadores de dependencia o hasta autoritarios y extorsivos que siempre están al acecho en los procesos de cooperación.

Haría falta un giro más –que será profundizado en futuras reflexiones– en la articulación de estos tres dispositivos SAI/DIS/CTE con la teoría de las relaciones internacionales para intuir que estábamos dando entrada de alguna forma instrumental a las principales escuelas de esa disciplina conectando con una perspectiva constructivista la SAI con las escuelas realistas y neorealistas, las DIS con las escuelas estructuralistas y postestructuralistas y la CTE con las escuelas idealistas.

Soberanía sanitaria

Debemos gran parte de la progresiva construcción del concepto de Soberanía Sanitaria al proceso que se inició en Bolivia en 2006, durante la gestión ministerial de la Dra. Nila Heredia Miranda. La línea de base no podría ser más clara: en la década previa los datos económicos indicaban que más del 20% del gasto total en salud en este país provenía de la cooperación internacional, multilateral, bilateral y filantrópica. No obstante, la presencia de agencias internacionales no se limitaba al ámbito del financiamiento. Estas agencias habían asumido responsabilidades en la gestión de la salud, funcionando de manera similar a pequeños ministerios y aplicando distintos modelos de prestación de servicios. Además, establecían sus propias prioridades sin rendir cuentas a la entonces Secretaría de Salud. Un ejemplo extremo de esta especie de “Babel sanitaria” lo representaban las políticas de planificación familiar de triste recuerdo en la historia sanitaria de Bolivia.

Se explica de este modo que la soberanía sanitaria pasara a ser un objetivo político de primera magnitud recuperando capacidad de rectoría del Ministerio de Salud y expandiendo el presupuesto sanitario a nivel nacional y subnacional a medida que el crecimiento económico lo iba facilitando.

El rol activo del Ministerio de Salud en la Reforma Constitucional del actual Estado Plurinacional de Bolivia promoviendo procesos consultivos en todos los Departamentos del país se centró en cuatro ejes: Derecho a la Salud, Responsabilidad del Estado (Sistema Único de Salud), Interculturalidad política y Soberanía Sanitaria.

Pero esta no es una concepción clásica de soberanía que se centre en la autosuficiencia de cada país. Más bien, fue desde Bolivia que se impulsó la creación de la Comisión de Salud de UNASUR, se promovió el Día Internacional de los Derechos de la Madre Tierra, adoptado por la OMS, y se alentó a un grupo de países latinoamericanos a proponer en los órganos directivos de la OPS que no se adhieran a la Cobertura Universal de Salud (CUS). De esta manera, se estableció la meta de lograr

la Salud Universal, considerando la accesibilidad a los servicios de salud como un derecho fundamental.

El trabajo conjunto con la Dra. Heredia desde la Coordinación General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) permitió explorar cómo el concepto interrelataba la situación de diferentes países, gobiernos, grupos académicos y movimientos sociales en la región verificado en las agendas de los Congresos de Montevideo (2014), Asunción (2016) y La Paz (2018).

Hay una articulación estrecha entre Soberanía Sanitaria y la perspectiva de las SAI/DIS/CTE que intentamos graficar a continuación. La salud como *asunto internacional* opera como un recorte de las relaciones internacionales (RRII) y las *dimensiones internacionales de la salud* opera como un recorte de las políticas públicas. La cooperación técnica con perspectiva estratégica y emancipadora deconstruye prácticas y mecanismos de cooperación. Al mismo tiempo, la Soberanía Sanitaria deviene en un proveedor de sentido, un aporte direccional posible tanto individual como colectivo de las políticas de salud de nuestros países.



Figura 1. Forcejeos sobre una denominación del campo: salud mundial, salud internacional o salud global.

Las referencias internacionales indican un importante acervo en este campo del saber y de prácticas.

Tabla 1. Referencias citadas y caracterizadas como académicas en inglés y español con el nombre exacto.

	Salud internacional	International Health	Salud Global	Global Health	Salud Mundial	World Health
Desde 2015	1140	28 500	3740	155 000	3180	574 000
Cualquier fecha	4110	693 000	8460	2 310 000	8890	3 610 000

Quizás por un apego a una fuerte tradición plasmada en Organismos, tratados y prácticas, quizás por la expectativa de concretar el acercamiento con el área académica de las relaciones internacionales o por la convicción que la globalización era la denominación de una etapa específica del mundo de las RRII, tal vez por las resonancias para la generación de una propuesta con identidad latinoamericana, este trabajo insiste en reafirmarse en el uso del término *salud internacional*, lo que no impide valorar y aprovechar los aportes realizados bajo las diferentes denominaciones que han hecho proliferar la producción científica en este amplio campo en las últimas décadas.

Un esquema comprensivo para abordar la salud internacional

Para constituir un campo (de saber y de poder), la salud internacional tiene que ayudar a responder a un conjunto de preguntas que, en apretada síntesis, podrían ser las indicadas a continuación.

Análisis de situación: ¿qué está pasando?

Se refiere a una *lectura situacional* que parte desde la perspectiva de nuestros países latinoamericanos, considerando las intenciones de los actores que se movilizan y convocan por la defensa y construcción de la salud como un derecho para todos nuestros pueblos. El objeto de estudio se mueve a diferentes velocidades, como ya hemos señalado.

En primer lugar, debemos analizar los cambios que se producen a *gran velocidad*, a menudo capturados por los periódicos, y que contribuyen a iluminar dimensiones poco exploradas. Este análisis de las noticias que se producen a vertiginosa velocidad nos lleva a reflexionar sobre la importancia de crear observatorios universitarios dedicados a esta compleja dinámica, ya que la salud no deja indemne a ningún país. La abundancia de material periodístico resalta la necesidad de revitalizar el análisis de la coyuntura como una herramienta para desvelar aspectos de la realidad que, en circunstancias normales, suelen quedar ocultos, opacos o invisibles, ya sea de manera intencional o no.

En segundo lugar, debemos analizar los cambios que ocurren a una *velocidad moderada* que a menudo genera vibraciones en las estructuras y, suelen quedar registrados en las publicaciones científicas. Aquí se buscan conceptos analíticos y estrategias de intervención consolidadas con una aspiración a la universalidad en el ámbito de la salud internacional (Salud como Asunto Internacional-SAI). Hay un sinfín de ejemplos en este nivel de análisis que pueden resumirse en "que las enfermedades no respetan fronteras", ya sean nuevas o viejas enfermedades o las mal denominadas *neglected disease* (piadosamente traducido como *enfermedades olvidadas* cuando debió traducirse por *descuidadas* o por *negligentemente abandonadas*). Estas situaciones pueden dar lugar a la creación de organismos que abordan la salud como una cuestión de relevancia internacional. En otras palabras, en este nivel de análisis no debemos dejarnos seducir por la ilusión de recortar a la salud en dimensiones locales o nacionales, ya que chocan con datos reveladores que indican un problema de alcance internacional. Además, se presentan situaciones como la amenaza constante a los ministerios de salud de nuestros países por parte de laboratorios farmacéuticos que venden medicamentos a precios excesivamente altos y arbitrarios, sin relación alguna con los costos de producción. Esto ejemplifica la importancia de lo que se conoce como las Dimensiones Internacionales de la Salud, que ejercen un fuerte impacto y condicionan a nuestros países. Se pueden incorporar otros ejemplos que ejemplifican el alcance de este nivel de análisis, tales como los impactos que producen las migraciones, los sistemas universales de salud que están permanentemente bajo ataque o amenazados, la consolidación del complejo médico industrial, la resistencia antimicrobiana que ya está causando estragos y el cambio climático que repercute directamente en la salud de nuestros pueblos.

Por último, el análisis de los cambios lentos o de ciclo largo que parecen moverse como las placas geológicas. Estos cambios suelen ser destacados en libros que plantean preguntas tan fundamentales como, por ejemplo, ¿quién gobierna el mundo?¹⁵ Podemos ejemplificar este nivel de análisis al examinar la consolidación de un conjunto de gobiernos que muestran un creciente rechazo al multilateralismo y un debilitamiento de instituciones como las de Bretton Woods y las Naciones Unidas. Este cambio se ilustra con casos concretos como las votaciones en Katowice sobre el cambio climático y la adhesión al Pacto Migratorio de la ONU. Lo que podría llevar a un peligroso escenario de *Governance without Government*.¹⁶ Asimismo, se observa cómo la economía transnacionalizada trata de imponer su

propia "governance" y se debaten cuestiones relativas a la salud en este contexto.

Es frecuente escuchar en el ámbito de la salud internacional preguntarse si hay que monitorear las resoluciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o las de la Organización Mundial del Comercio (OMC). También es relevante analizar la dinámica que se genera cuando actores económicos organizan su foro anual en Davos, invitando a gobiernos a participar como actores secundarios, y aún más cuando incorporan temas de salud en su agenda, como el envejecimiento, la salud mental, el cambio climático, los seguros, entre otros.

Análisis del discurso: ¿qué sobreentendidos subyacen a lo que sabemos?

El análisis del discurso, junto con los mapas de actores, factores y las reglas de juego que los (nos) determinan son fundamentales para comprender la dinámica de la salud internacional.

El análisis documental en distintos aspectos de la salud internacional, en particular en el análisis diacrónico, representa un valioso ejercicio didáctico que permite un profundo proceso de aprendizaje. Durante este proceso, se pueden identificar diversos ejes discursivos, que incluyen a los destinatarios, los paradesinatarios y los contradestinatarios, se puede explorar los contextos de producción, identificar marcas temporales, referencias exofóricas y referencias elididas.

Detrás de la aparente neutralidad de los documentos internacionales subyacen temas y propuestas que reflejan una manera de asumir la problemática de las relaciones internacionales. Utilizando herramientas del análisis del discurso, es factible desarrollar una perspectiva crítica y propositiva sobre estos documentos, y sobre la función de los profesionales comprometidos con la salud a nivel internacional. Los discursos de los organismos internacionales se construyen teniendo en cuenta reglas conceptuales y técnicas definidas. Dentro de ese marco estructurado, se busca reconocer e interpretar lo expresado como signo de un sentido o un significado que debe ser develado o descifrado. Este sentido no se encuentra en un enunciado oculto o secreto, sino en las potenciales aplicaciones prácticas que pueden derivar de él. Este proceso de reconocimiento e interpretación se considera relevante para establecer conexiones entre lo universal y lo regional, así como con lo particular.

Análisis multidimensional: ¿en qué contexto estamos analizando?

Es esencial considerar la lectura de factores que, en principio, no están directamente relacionados con la salud, pero que son fundamentales para su comprensión. Utilizar términos como "inserto", "incrustado" o "rodeado, pero atravesado" por este contexto puede ilustrar de manera efectiva que el contexto es mucho más que lo que simplemente rodea a la salud internacional.

No podemos pasar por alto que, en el ámbito de las relaciones internacionales, la paz y su opuesto, la guerra, ocupan una posición fundamental. Tanto abierta como encubierta, la guerra tiene el potencial de socavar todos los avances logrados, poner en peligro valores fundamentales y suspender derechos fundamentales. La famosa frase de Michel Foucault, "la guerra suspende el derecho", complementa de manera elocuente otra afirmación ampliamente reconocida: que en realidad, la guerra puede considerarse como una extensión de la política a través de otros medios.

El orden mundial que las generaciones actuales han experimentado se ha forjado a partir de las secuelas de dos guerras mundiales que han cobrado millones de vidas. El

período de posguerra dio lugar a un equilibrio nuclear con Estados Unidos y la Unión Soviética como los principales vencedores, lo que desencadenó un período de bipolaridad conocido como la Guerra Fría. Aunque los últimos setenta años han sido testigos de nuevos y devastadores conflictos que, sumados, rivalizan con la destrucción de aquellas guerras históricas, en términos generales, se puede afirmar que el multilateralismo ha logrado cumplir sus objetivos fundamentales, previniendo una guerra mundial al menos en la región occidental. Sin embargo, las guerras continúan sin cesar.

En ese sentido, América Latina, a excepción de México, ha sido una región afortunada en el mundo. A pesar de las notables tensiones internas, ha logrado mantenerse libre de conflictos armados significativos entre naciones durante casi un siglo. Esto, sin lugar a duda, ha sido un factor que ha contribuido al actual nivel de desarrollo relativo en la región. En estas dimensiones fundamentales de las relaciones internacionales, se hace evidente cómo la salud está intrínsecamente involucrada. Desde las amenazas de armas biológicas hasta la provisión de ayuda humanitaria y el desarrollo de códigos de guerra que moldean el Derecho Internacional Humanitario, cuyas raíces se remontan a la Cruz Roja y su respuesta a la devastadora cifra de 40 000 heridos en la Batalla de Solferino en 1859.

Desde la creación de la ONU hemos sido testigos de numerosos acontecimientos significativos, pero, sin dudas, el episodio más sorprendente ha sido la caída de la Unión Soviética que cerró un ciclo de bipolaridad y abrió las puertas a una inédita expansión del bloque capitalista decidido a transformar al mundo entero en un mercado sin barreras, lo que históricamente se conoce como *globalización*.

A pesar del entusiasmo que inicialmente generó este concepto, diversos autores comenzaron a expresar su escepticismo, ya que se volvía evidente que el nuevo enfoque propuesto/impuesto tenía claros ganadores y perdedores. Incluso las economías emergentes que aspiraban a competir en ese mercado-mundo solo podrían hacerlo sacrificando avances en materia de derechos laborales y de protección del medio ambiente.

El balance no pudo ser más ilustrativo: la concentración de la riqueza personal en un puñado de individuos que posee más capital que países enteros; la asimetría entre países que impulsa pequeños clubes de naciones (G7, G20) que socavan una experiencia de 75 años de multilateralismo. Todo esto va de la mano con la universalización de un modo de producción que impulsa estructuralmente la inequidad social en todos los países del mundo, erosionando los fuertes imaginarios de posguerra como la Social Democracia o el Estado de Bienestar.

Existen diversas razones por las cuales los autores han empezado a hablar de "posglobalización". Algunos argumentan que motivos geopolíticos, como el ataque a las Torres Gemelas, que simbolizaban el comercio mundial, jugaron un papel importante. Otros señalan las barreras y aranceles proteccionistas que los países centrales mantuvieron, sin eliminarlos, mientras exigían a otros que lo hicieran. El economista italiano Mario Deaglio¹⁷ menciona las crisis que ya en la última década del siglo XX demostraron la incapacidad de los mercados globales para autorregularse. Al llegar al final de la segunda década del siglo XXI, no cabe duda de que el verdadero motivo del fin de la globalización ya sea como causa o consecuencia, debe buscarse en el rápido crecimiento de una nueva potencia mundial que emerge del bloque de los BRICS y desafía la hegemonía económica de los Estados Unidos. La aparición inicial de los BRICS, compuesto por Brasil, Rusia, India y China, y el posterior ascenso de China por encima de los demás, ha encendido las alarmas en todos los niveles de

toma de decisiones en Estados Unidos y la Unión Europea. En diversas ocasiones, estos actores se consideran aliados, mientras que en otras, las tensiones y desacuerdos emergen. Esta nueva dinámica en la economía global ha transformado significativamente la relación entre estas potencias y está redefiniendo el equilibrio de poder en el ámbito internacional. La discusión entre salud global y salud internacional adquiere importancia en el análisis multidimensional. Este debate se inserta en un contexto muy singular, ya que cada vez surgen más argumentos que sugieren que la globalización es una tendencia del pasado, en tanto se concebía como un concepto multidimensional, pero en última instancia estaba fundamentalmente arraigada en la promoción del libre mercado, siempre y cuando este beneficie a las potencias occidentales.

Análisis genealógico: ¿de dónde venimos?

Se trata de una reconstrucción de los fenómenos, hechos, procesos, acontecimientos y devenires que gradualmente van conformando un campo, fundamentados en su base material y los relatos que lo acompañan. El enfoque genealógico se erige como una valiosa herramienta para dotar de significados a numerosos elementos que a menudo se consideran como hechos naturalizados o mitos, los cuales se revelan en su verdadera naturaleza cuando se analizan en su contexto histórico y de producción. Este enfoque contribuye significativamente a desafiar una perspectiva positivista de la salud internacional.

El análisis genealógico representa una forma de desentrañar los eventos actuales a través de la comprensión de sus orígenes. En contraposición a la perspectiva positivista que percibe la historia como un progreso continuo e irreparable, el enfoque genealógico revela las continuidades y rupturas en diversas prácticas que, sin este enfoque, tienden a asumirse como naturales, perdiendo la memoria de su establecimiento en un momento específico.

Es importante destacar que el análisis genealógico no busca identificar un origen como un momento o evento fundacional, sino que se trata de una serie de investigaciones que examinan los recursos de poder que permitieron ciertas prácticas, su funcionamiento inicial, sus fundamentos teóricos y cómo han evolucionado con la incorporación de nuevos elementos, a menudo conservando aspectos residuales. En resumen, la genealogía, entendida de esta manera, se convierte en una herramienta para cuestionar y problematizar el presente. Más específicamente se trata de trazar la genealogía del surgimiento de los organismos internacionales de salud en América y Europa, reconstruyendo el contexto histórico que condujo a la celebración de conferencias internacionales en el siglo XIX. Este análisis presta atención tanto a las cuestiones sanitarias como a las económicas en ese proceso.

El enfoque genealógico nos brinda la oportunidad de analizar a la salud internacional a través de las diversas escuelas de las relaciones internacionales. Podemos hacer un recorrido de la trayectoria del Estado-nación moderno, partiendo desde la Paz de Westfalia en 1648. A partir de ese punto, se fue forjando un difícil camino para establecer cimientos sólidos de paz entre los Estados, lo que dio lugar al surgimiento de la *teoría idealista*. Esta teoría se centró en la promoción de valores que contribuyeran a la construcción de una paz internacional duradera. En el escenario latinoamericano es importante destacar el papel de la salud como "puente para la paz" en conflictos internacionales. Las reflexiones se centran en el análisis de la salud como una herramienta para el fortalecimiento de los diversos mecanismos de integración regional.

En clave genealógica se pueden revisar elementos de la teoría estructuralista en relación con el establecimiento de reglas en salud internacional (teoría de la dependencia en su dimensión latinoamericana). En este sentido, resulta esencial tomar en cuenta la Enmienda Platt, incluida en la declaración de independencia de Cuba, hito en la construcción de los condicionamientos geopolíticos en América Latina.

Las escuelas de pensamiento realistas, que curiosamente encuentran inspiración en los conflictos bélicos de la antigüedad, siguiendo la visión de Tucídides,¹⁸ y posteriormente, en la modernidad, en las teorías de Hobbes acerca de la anarquía como la amenaza primordial de las sociedades y la necesidad de un leviatán gigantesco para regularla, alcanzaron su punto culminante en la segunda mitad del siglo XX, tras la Segunda Guerra Mundial. Fue en este periodo que se adoptaron estrategias de enfoque realista para establecer relaciones entre Estados Unidos, que se había convertido en una potencia hegemónica, y el resto del mundo.

Como ejemplo modélico de la deconstrucción de políticas públicas se puede observar en el brote de polio que impactó a varios países de América, en particular a Estados Unidos, durante la década de 1950. En este contexto, en plena Guerra Fría, surgió un incidente significativo tras una intervención desafortunada de un laboratorio privado estadounidense. Como respuesta a esta situación, la Unión Soviética se ofreció como terreno para probar la vacuna Sabin. Este evento marcó un giro en las relaciones internacionales al transformar el enfoque hacia la salud en un elemento de distensión en medio de la Guerra Fría.

También es posible abordar genealógicamente el papel de la medicina occidental como herramienta de colonización al considerar cómo los trópicos surgieron en la escena internacional como lugares de experimentación para investigaciones y prácticas de salud pública. Este enfoque implicó que los pueblos colonizados se vieran presionados a abandonar sus métodos tradicionales de curación y adoptar la visión de la ciencia occidental, que se caracteriza por su enfoque racional y positivista.

A través de la genealogía, se puede reconstruir la transformación de la filantropía internacional, desde la Fundación Rockefeller a la Fundación Bill y Melinda Gates. La primera operó a través de asistencia técnica entre gobiernos, creando principios, prácticas e instituciones claves en el campo de la salud internacional. La Sociedad de las Naciones fue moldeada y financiada bajo sus principios. La Fundación del matrimonio Gates desafía el liderazgo de las agencias públicas multinacionales apoyándose en el sector privado. La ideología Gates supone que, con investigación y desarrollo tecnocientífico, podrían superar o hacer prescindibles muchas de las políticas sociales existentes.

En el desarrollo de las escuelas teóricas, llegamos a la aparición del constructivismo en la época contemporánea, que se caracteriza por la posglobalización y el retorno de configuraciones que antes parecían arcaicas, como la Guerra Fría. Este período ha brindado la oportunidad de construir una alternativa multipolar y abierta a actores no tradicionales, como corporaciones, pueblos indígenas y ONG. Se ha señalado la persistencia de actitudes coloniales en agencias de política exterior, que han demostrado un funcionalismo servil, un enfoque prooccidental y la negación de valor práctico a conocimientos locales. Sin embargo, al mismo tiempo, hemos detectado un creciente interés en reconstruir las memorias comunitarias, cooperativas y democráticas de nuestras culturas. Estos rasgos demandan una revolución ética entre los operadores de las relaciones internacionales, desmontando mandatos impuestos desde los centros y encontrando líneas de acción coherentes con una filosofía que exprese nuestra cosmovisión.

Dentro de las escuelas constructivistas, hemos seleccionado los aportes de los estudios poscoloniales, que en lugar de ofrecer una narrativa totalizadora, han revelado una textura compleja compuesta por mezclas, solapamientos y voces distintas que conforman un tejido complejo. En el ámbito de las relaciones internacionales, se reconoce la necesidad de leer las historias de los países centrales en paralelo con las historias de desposesión y marginalización, siguiendo el concepto de Edward Said.¹⁹ El colonialismo e imperialismo han generado violencia, robo de tierras, esclavitud y racismo, a menudo encubiertos bajo supuestos valores de progreso y libertad. Además, desde la perspectiva del feminismo, se han desarrollado nuevos enfoques que han influido en el campo de las relaciones internacionales. Las teorías feministas representan un paso hacia la construcción de una forma más humana de concebir un futuro colectivo más seguro y justo. En resumen, a través del análisis del discurso y de la genealogía como herramienta de deconstrucción del pasado, en diversas propuestas educativas hemos validado metodologías que consideramos pertinentes.

Explorando la construcción de sentido: ¿hacia dónde nos dirigimos? ¿Los consensos de los organismos internacionales adelantan?

Estos consensos tienden a operar como proveedores de sentido en una tensión entre futuros posibles, probables y deseados que predeterminan la capacidad de convocatoria y el alineamiento de los esfuerzos. Las tensiones y las luchas por definir el futuro desempeñan un papel fundamental en la política, y es especialmente evidente en el ámbito de las relaciones internacionales.

La expansión del capitalismo financiero transnacionalizado en esta etapa se ha combinado de manera preocupante con diversos fenómenos, tales como el extractivismo de recursos no renovables, el cambio climático, las migraciones y los refugiados causados por conflictos bélicos, razones económicas y factores ambientales, así como la persistencia del patriarcado. Además, el ascenso de líderes políticos "negacionistas"⁹, en países de gran influencia, que se oponen al multilateralismo y controlan armas de destrucción masiva, no hace más que socavar el optimismo.

Estas interacciones se han convertido en una peligrosa mezcla que nos aleja de las metas optimistas e idealistas propuestas por los organismos multilaterales. En lugar de avanzar hacia los alentados Objetivos de Desarrollo Sustentable, el mundo parece encaminarse cada vez más hacia un punto de no retorno.

Las proyecciones en salud internacional dependen fuertemente del comportamiento de actores sociales actuales y potenciales como puede verse en algunas de las declaraciones del movimiento de adolescentes *Fridays for Future*. *Mientras el planeta se desliza hacia el colapso nuestros padres se preocupan por el final de Game of Thrones*, es quizás una de las formas comunicacionales más recientes para entender la urgencia de constituir actores y fuerzas sociales en el ámbito internacional.

Un análisis de las expectativas, compromisos y consensos para los próximos años en el ámbito de la Salud Internacional debería comenzar con los Objetivos de Desarrollo Sustentables (ODS) para el período 2015-2030.²⁰ Esto se debe a que en estos ODS se puede apreciar cómo la salud (Objetivo 3) se encuentra intrincada en una red de dimensiones intersectoriales. Se puede aplicar una lógica basada en los determinantes sociales de la salud al considerar los otros 16 objetivos, como la lucha contra la pobreza, el hambre, la

educación, la igualdad de género, el acceso al agua y saneamiento, entre otros.

Dentro del objetivo de la salud, encontramos una serie de temas específicos con sus propios documentos e iniciativas, entre los que destacan:

i. La Estrategia Mundial de Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente 2015-2030, conocida como "Sobrevivir, Prosperar, Transformar";²¹ ii. La Estrategia Fin de la Tuberculosis 2015-2035, que tiene como objetivo poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis reduciendo significativamente las muertes y la incidencia;²² iii. La Declaración de Astaná, resultado de una reunión promovida por la OMS sobre la Atención Primaria en 2018²³ y la Declaración de la Comisión de Alto Nivel promovida por la OPS sobre la Salud Universal en el siglo XXI;²⁴ iv. La iniciativa One Health en la lucha contra la Resistencia Antimicrobiana (AMR),²⁵ que involucra a múltiples agencias, como la OMS, la FAO, la Autoridad Europea de Control Alimentario y el Centro de Control de Enfermedades (CDC). En el ámbito externo, destacan dos documentos recientes de gran relevancia: el Pacto sobre Migraciones de Marrakech²⁶ y la agenda de Katowice en Polonia para la implementación de los Acuerdos de Cambio Climático de París.²⁷ Estos acuerdos representan importantes pasos hacia la cooperación global en temas cruciales.

Ante las adversidades, algunas agencias, como la ONU, la OPS, la OMS, UNICEF y otras, han intensificado sus llamados a la sociedad civil, a las empresas, a las universidades y a las iglesias, con la esperanza de que las contribuciones voluntarias y una opinión pública mundial activa puedan contrarrestar un rumbo que parece poco alentador.

La pregunta que se plantea aquí es crucial: ¿estamos avanzando o retrocediendo? ¿Debemos mantener la esperanza o prepararnos para lo peor?

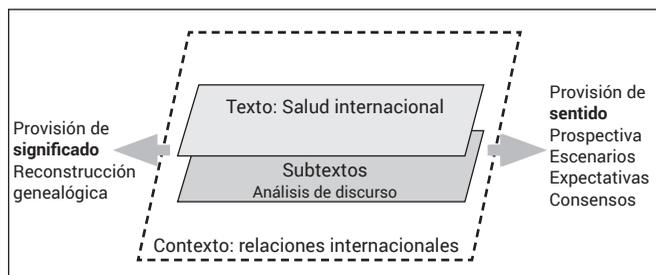


Figura 2. La salud internacional en perspectiva temporo-espacial

A modo de conclusión

Estas y otras preguntas pueden servir como un estímulo para el desarrollo de una perspectiva latinoamericana en el ámbito de la salud internacional. Esta perspectiva tiene un papel fundamental al actuar como contrapeso frente a los *think tanks* de los países centrales. Para lograr este objetivo, es esencial que esta perspectiva sea capaz de promover grupos de estudio en diversas esferas gubernamentales y académicas, los cuales deben estar interconectados para crear una red sólida. Además, esta perspectiva debe tener la capacidad de explorar el pasado y el presente con el fin de comprender el origen de los factores y actores que han dado forma a la salud internacional tal como la conocemos en la actualidad. Del mismo modo, debe desempeñar un papel crucial en la interpretación y supervisión de los textos, contextos y subtextos en un presente dinámico, complejo y a menudo contradictorio. Por último, debe ofrecer herramientas prospectivas que combinen valores irrenunciables, como el derecho universal a la salud, con un profundo sentido de la realidad.

El autor no manifiesta conflictos de interés.

⁹ Sin dejar de considerar que por detrás del negacionismo parece haber también especulaciones sobre el posible aprovechamiento de este fenómeno que no afectaría a todos por igual.

Bibliografía

- Bourdieu P, Wacquant L. Respuestas. Por una antropología reflexiva. México: Grijalbo; 1992.
- Czubaj F. Alimentos congelados: detectan en Córdoba lotes contaminados que no se habían ordenado retirar del mercado [Internet]. Buenos Aires: La Nación. 2018 [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/alimentos-congelados-detectan-cordoba-lotes-contaminados-no-nid2167699/>
- Organización Panamericana de la Salud. Salud internacional: un debate Norte-Sur. Washington, D.C.: OPS; 1992. Serie Desarrollo de Recursos Humanos; 95.
- Hobbes T. Leviathan. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. (versión original 1651).
- Kant I. Sobre la paz perpetua. Madrid: Alianza Editorial; 1984. (versión original 1795).
- Hobson JA. Imperialismo: un estudio. Madrid: Alianza Editorial; 1981. (versión original 1902).
- Godue C. Salud internacional y Escuelas de Salud Pública en los Estados Unidos. En: OPS. Salud internacional: un debate Norte-Sur. Washington, D.C.: OPS; 1992. p. 117-132.
- Rovere M. Dimensiones internacionales de la salud. En: OPS. Salud internacional: un debate Norte-Sur. Washington, D.C.: OPS; 1992. p. 153-168.
- Panisset U. Reflexiones acerca de la salud como asunto internacional. En: OPS. Salud internacional: un debate Norte-Sur. Washington, D.C.: OPS; 1992. p. 169-196.
- Panisset U. International health statecraft: foreign policy and public health in Peru's cholera epidemic. Maryland: University Press of America; 2000.
- Birn AE. Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary México. Nueva York: University of Rochester Press; 2006.
- Ferreira JR. De la asistencia a la cooperación técnica. En: Sonis A. Medicina sanitaria. Tomo II. Buenos Aires: El Ateneo; 1978. p. 833-837.
- Freire P. Cartas a Guinea-Bissau. Apuntes de una experiencia pedagógica en proceso. Madrid: Siglo XXI; 1978.
- Sacchetti L, Rovere M. La salud pública en las relaciones internacionales: cañones, mercancías y mosquitos. 2ª. ed. Córdoba: El Agora; 2011.
- Argüello J. ¿Quién gobierna el mundo? El rol del G20 en el Nuevo Orden Internacional. Buenos Aires: Capital Intelectual Editora; 2018.
- Rosenau J. Governance without government: order and change in world politics. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
- Deaglio M. Post Global. Buenos Aires: Arena Abierta Editorial; 2005.
- Tucidides. Historia de la guerra del Peloponeso. Madrid: Crítica; 2013. (versión original siglo V a.C.)
- Said E. Orientalismo. Barcelona: De Bolsillo; 2007.
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe de 2015 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/latin-america/publications/informe-2015-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-informe-de-2015#>
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016 – 2030) [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/273363>
- Organización Mundial de la Salud. Aplicación de la estrategia fin de la TB: aspectos esenciales [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/tuberculosis/end-tb-essential-spanish-web.pdf>
- Global Conference on primary health care. Astaná (Kazajstán); 25 y 26 de octubre de 2018. Declaración de Astaná [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmliu/handle/123456789/50960>
- World Health Organization. Global strategy for containment of antimicrobial resistance [Internet]. Ginebra: WHO; 2001 [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66860/WHO_CDS_CSR_DRS_2001.2.pdf?sequence=1
- Conferencia Intergubernamental encargada de Aprobar el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular. Marrakech, Marruecos; 10 y 11 de diciembre de 2018. Proyecto de documento final de la Conferencia [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2018 [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5c0eac944.pdf>
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP21), París; 12 de diciembre de 2015. Acuerdo de París [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2018 [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: https://unfccc.int/sites/default/files/spanish_paris_agreement.pdf