

Determinación social del proceso salud-enfermedad en el contexto latinoamericano: la importancia del pensamiento crítico en salud

Determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano: a importância do pensamento crítico em saúde

Social determination of the health-disease process in the latin american context: the importance of critical thought in health

Daniele CORREIAⁱ , Áquilas MENDESⁱⁱⁱ , Leonardo CARNUTIⁱⁱ 

ⁱUniversidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública - FSP. São Paulo, SP, Brasil

ⁱⁱUniversidade Federal de São Paulo - Unifesp. São Paulo, SP, Brasil

ⁱⁱⁱPontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP. São Paulo, SP, Brasil

Recibido Mayo 15, 2022

Aceptado Agosto 02, 2022

Autora de correspondencia: Daniele Correia daniele.correia@usp.br

Resumen

Este artículo tiene como objetivo discutir la importancia del método materialista histórico-dialéctico para la comprensión de la totalidad social que engendra el proceso salud-enfermedad, considerando la particularidad del modo de producción capitalista en el contexto latinoamericano. Por ello, el artículo se organiza en dos partes: la primera presenta el desencuentro entre los enfoques que analizan el proceso salud-enfermedad, amparando el reduccionismo de la perspectiva funcionalista positivista de los "determinantes de la salud" y el que analiza más allá de los indicadores y los fenómenos

inmediatos de aparición, considerando la determinación social como materialidad histórica y dialéctica; la segunda parte discute la relevancia del pensamiento crítico en salud en la producción latinoamericana para la comprensión analítica del proceso salud-enfermedad en el contexto del capitalismo dependiente.

Descriptor: Determinación Social de la Salud; Capitalismo; América Latina.

Resumo

Este artigo tem por objetivo discorrer sobre a importância do método materialista histórico-dialético para a compreensão da totalidade social que engendra o processo saúde-doença, considerando a particularidade do modo de produção capitalista no contexto latino-americano. Para tanto, o artigo organiza-se em duas partes: a primeira apresenta o dissenso entre as abordagens que analisam o processo saúde-doença, percorrendo sobre o reducionismo da perspectiva funcionalista positivista de "determinantes da saúde" e a que analisa para além dos indicadores e dos fenômenos imediatos da aparência, considerando a determinação social como materialidade histórica e dialéctica. A segunda parte discorre sobre a relevância do pensamento crítico em saúde da produção latino-americana, com foco nas contribuições de Oliva Lopez-Arellano e Jaime Osório, para compreensão analítica do processo saúde-doença no contexto de capitalismo dependente.

Descritores: Determinação Social da Saúde; Capitalismo; América Latina.

Abstract

This article aims to discuss the importance of the historical-dialectical materialist method for understanding the social totality that engenders the health-disease process, considering the particularity of the capitalist mode of production in the Latin American context. Therefore, the article is organized in two parts: the first presents the disagreement between the approaches that analyze the health-disease process, covering the reductionism of the positivist functionalist perspective of "health determinants" and the one that analyzes beyond the indicators and the immediate phenomena of appearance, considering social determination as historical and dialectical materiality; the second part discusses the relevance of critical thinking in health in Latin American production for the analytical understanding of the health-disease process in the context of dependent capitalism.

Descriptors: Social Determination of Health; Capitalism; Latin America.

Introducción

En las particularidades socio-históricas de América Latina en la década de 1970, en un escenario político y económico de dictaduras militares en varios países del continente, se desarrolló un pensamiento crítico y social en salud. Para romper con los modelos hegemónicos de pensamiento en salud de la época, se importaron las herramientas teóricas y metodológicas de las ciencias

sociales críticas, en particular el materialismo histórico y dialéctico y las categorías analíticas de la teoría gramsciana.

Esta reconfiguración, propuesta inicialmente por la Medicina Social, exigía una producción científica comprometida con la interpretación de las condiciones de vida y de trabajo de las personas, con el fin de dilucidar la salud como un fenómeno que afecta a la determinación social. El pensamiento sanitario contrahegemónico ya venía efervesciendo entre los pensadores del campo de la salud en sus diversas coyunturas y particularidades, muchos de ellos en la resistencia político-democrática en sus países de origen, que encontraron en el espacio institucional el aliento necesario para ganar fuerza y consistencia y así adquirir los elementos para la lucha política para enfrentarlo. Existía la creencia de que el crecimiento económico llevaría a mejores condiciones de vida y de salud, pero lo que ocurrió en el transcurso de la historia, especialmente en Brasil,¹ fue precisamente lo contrario. Mientras los indicadores macroeconómicos mostraban resultados positivos, los indicadores sociales retrocedían significativamente y surgía una intensa contradicción que mostraba que, al mismo tiempo que aumentaban los gastos en salud y se desarrollaban nuevas tecnologías, el acceso seguía restringido y las condiciones generales de salud empeoraban.²

En este escenario, existía una correlación explícita entre las condiciones de salud y las clases sociales, en la que los procesos de enfermedad y pobreza ya no podían dissociarse, en la medida en que la desigualdad social estaba directamente vinculada a las desigualdades en el acceso a los servicios.³ De esta forma, diversos autores latinoamericanos, con diferentes enfoques teóricos y metodológicos,⁴ comenzaron a producir conocimiento en el campo de la Medicina Social o Salud Colectiva, como se la conoce en Brasil. Breilh⁵ revela que:

[...] la medicina social define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un marco teórico-metodológico colectivo. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina. En este sentido, las principales categorías analíticas son la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras.⁵⁽⁴⁾

En rigor, el campo de conocimiento de la Medicina Social/Salud Colectiva trascendió el proyecto original de la Medicina Preventiva al desplazar el énfasis de la salud y la enfermedad hacia la determinación social de esos procesos y prácticas de salud. Además, en lugar de limitarse a reflexionar sobre la realidad, buscó transformarla a través de la praxis social. En otras palabras, la producción teórica asociada al activismo político fue la seña de identidad de este campo de conocimiento.

La determinación social del proceso salud-enfermedad, junto con categorías como "reproducción social" y "metabolismo sociedad-naturaleza", conforman los tres ejes a partir de los cuales se estructura el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva y su discusión, como la epidemiología crítica surgida en la segunda mitad del siglo XX.⁶ Así, en la década de 1970, se crearon las causas y condiciones para que algunos centros de Medicina Social/Salud Colectiva de América Latina se dedicaran a comprender la relación entre el modo de producción capitalista y la salud, escenario que permitió proponer de manera directa y detallada el uso de la noción de

determinación social del proceso salud-enfermedad. Breilh⁶ señala la importancia de esta categoría:

[...] ya sea condicionando el desarrollo general de la sociedad, con su institucionalización pública o privada, ya sea condicionando modos de vida particulares o igualmente las acciones de individuos socialmente determinados. También está el condicionamiento de la realidad sanitaria tanto de la población como de sus grupos. Y por último, está la determinación social del pensamiento y sus paradigmas.⁶⁽¹²³⁾

Según López-Arellano *et al.*,⁷ esta corriente de pensamiento latinoamericana reconoció dos grandes objetos de estudio de la Medicina Social/Salud Colectiva: 1) los determinantes del proceso salud-enfermedad y 2) las interpretaciones, saberes y prácticas especializadas en torno a la salud; que se desarrollaron desde una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales que se desconectan de los procesos sociales, naturalizan lo social e individualizan los fenómenos, cuyo enfoque metodológico es propio de las ciencias naturales. Es importante destacar que el uso del término **determinantes** en la obra de estos autores no es el mismo enfoque que se volvió hegemónico, como discutiremos más adelante, desde la perspectiva positivista funcionalista.

En el mismo sentido crítico, Laurell⁸ señala que la tarea de la Medicina Social es comprender la salud y la enfermedad como momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante transformación y expresión de la forma específica de apropiación de la naturaleza, bajo una determinada forma de relación y organización social, ampliando la discusión en torno a la causalidad y la determinación.

Por lo tanto, requiere enfoques analíticos capaces de abordar diferentes niveles de interpretación y articular las relaciones, especificidades y formas de las condiciones materiales y objetivas socialmente determinadas. Así, reconocer que los procesos de salud-enfermedad están socialmente determinados implica una postura política sobre la configuración de la sociedad y una elección teórica para explicar su dinámica. Esto expone la relevancia de la elección de qué perspectiva teórica reconstruirá e interpretará la totalidad social, haciendo visibles los procesos sociales esenciales y desarrollando enfoques que permitan descifrar la realidad concreta.⁷

De esta manera, reconocemos que la configuración de cómo viven, enferman y mueren los grupos sociales está directamente vinculada a las condiciones materiales de reproducción social, que se expresan en contradicciones y particularidades históricas, ocupando América Latina una posición dependiente, es decir, subordinada y desposeída dentro del orden mundial constituido por el modo de producción capitalista, en el que la propiedad privada y la apropiación desigual de la riqueza socialmente construida se basan en la superexplotación de la fuerza de trabajo.⁹

Las desigualdades sociales se expresan e impactan en la salud de forma más o menos exacerbada según el momento del desarrollo del capitalismo que, en la fase actual, deteriora las condiciones de vida de la población en procesos articulados, en los que el aumento de la pobreza y de las desigualdades socioeconómicas, el desempleo masivo y el aumento de la informalidad con empleos de extrema vulnerabilidad están cada vez más presentes.¹⁰

Bajo la égida de la fase contemporánea del capitalismo, la supremacía del capital a interés - comúnmente conocido como capital financiero - nos empuja hacia intensas transformaciones económicas, políticas y sociales.¹¹ Asistimos al creciente dismantelamiento de las políticas sociales, en las que el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño se ve constantemente y cada vez más amenazado de (sub)existencia.¹²

En este contexto, es fundamental discutir la producción de contribuciones que apoyen la comprensión del modo de producción capitalista y el pensamiento crítico y las trayectorias del campo de la Salud Colectiva, tamizadas por el pensamiento político-económico que ha moldeado este campo desde la década de 1970, cuya fuerza en la época impidió la regresión de los derechos sociales y políticos conquistados después de la redemocratización - aunque Brasil tenga una Seguridad Social inconclusa.

De esta forma, el pensamiento crítico radical es esencial para fortalecer la oposición a las contrarreformas en curso en los últimos años, que han amenazado esos derechos tan duramente conquistados¹¹ - asemejándose actualmente a experimentos sociales fascistas de violencia y recorte de las libertades civiles.¹³ Creemos que el cumplimiento de tan importante tarea exige una rigurosa consistencia de pensamiento que aporte una perspectiva transgresora a las confrontaciones en el sector de la salud.

Reconocemos que el pensamiento crítico latinoamericano debe ser revisitado en el sentido de un reposicionamiento teórico frente a los actuales tiempos turbulentos del capitalismo y sus efectos deletéreos sobre la salud,^{14,15} a fin de dilucidar los elementos de avance y superación de las condiciones de vida y salud en las situaciones descritas.

En este contexto, el objetivo de este artículo es discutir la importancia del método materialista histórico-dialéctico para la comprensión de la totalidad social que engendra el proceso salud-enfermedad, a partir de los aportes de dos pensadores latinoamericanos, Oliva López-Arellano y Jaime Osório, considerando la particularidad del modo de producción capitalista en el contexto de América Latina. Para ello, el artículo se organiza en dos partes: la primera presenta el desencuentro entre los enfoques que analizan el proceso salud-enfermedad, considerando el reduccionismo de la perspectiva positivista funcionalista de los **determinantes de la salud** y la que mira más allá de los indicadores y fenómenos inmediatos de aparición, considerando la determinación social como una materialidad histórica y dialéctica. La segunda parte discute la relevancia del pensamiento crítico sobre la salud en la producción latinoamericana, centrándose en las contribuciones de Oliva López-Arellano y Jaime Osorio, para una comprensión analítica del proceso salud-enfermedad en el contexto del capitalismo dependiente.

Disenso entre los enfoques que analizan el proceso salud-enfermedad

Autores latinoamericanos se han dedicado a disentir entre los enfoques que analizan el proceso salud-enfermedad a partir del contenido de los términos "determinación social del proceso salud-enfermedad" y "determinantes sociales de la salud". El objetivo de este debate es discutir las implicaciones de la elección del enfoque en términos de las influencias de los paradigmas científicos y epistemológicos y de los marcos teóricos que vienen a avalar los diferentes proyectos políticos en disputa.

En apoyo del disenso, Breilh¹⁶ argumenta

[...] sobre los llamados 'determinantes sociales de la salud' se convierte en un terreno de oposición, en un conflicto para definir el campo de la salud colectiva; su contenido y su práctica. Para contrastar las perspectivas divergentes sobre la determinación social de la salud, para entender por qué el pensamiento de los grupos de salud colectiva se ha adelantado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante tres décadas; para comprender el debate actual sobre esta categoría y las razones por las que el pensamiento anglosajón ha imposibilitado que la producción latinoamericana lance su modelo al mundo, es necesario insertar estas reflexiones en el movimiento de relaciones sociales que pugnan por constituir la práctica de la salud.¹⁶⁽²⁹⁾

De esta forma, el concepto de determinación social del proceso salud-enfermedad, desarrollado a partir de la década de 1970, es de suma importancia en la formación de la epidemiología social latinoamericana y en la historia del movimiento de salud brasileño, ya que transpone el abordaje biomédico de la enfermedad. Fue un importante movimiento de producción científica que dio origen a lo que se conoce como salud colectiva en Brasil y medicina social en otros países latinoamericanos.

Este enfoque se esforzó por desarrollar un enfoque social de la salud, en oposición crítica al enfoque positivista de la historia natural de la enfermedad. Este modelo teórico del proceso salud-enfermedad, denominado modelo histórico-social, está sustancialmente marcado por referencias de producciones vinculadas al materialismo histórico-dialéctico de Marx. El trabajo es considerado una categoría central en el modo de producción capitalista, en el que la producción y la reproducción social confieren características a la forma de vivir, enfermar y morir de la clase trabajadora.

Existe, por tanto, una perspectiva epidemiológica que mira más allá de los indicadores y de los fenómenos inmediatos de aparición. Los perfiles epidemiológicos de los grupos sociales pueden distinguirse vinculando el proceso salud-enfermedad a las condiciones materiales y objetivas en las que están expuestos.

Por lo tanto, el proceso salud-enfermedad tiene un carácter tanto social como biológico y debe ser analizado bajo esta premisa en un proceso dialécticamente entrelazado. El estudio empírico para comprender la determinación social del proceso salud-enfermedad permite describir las condiciones de salud de un grupo en relación con sus condiciones sociales, evidenciando el problema de una forma más integral que la mera descripción biológica de las condiciones de salud, hecho que influye directamente en la práctica sanitaria.⁸

Es importante destacar que, desde el inicio del siglo XXI, la relación entre salud y sociedad ha entrado en la agenda política mundial desde una perspectiva teórico-metodológica diferente de la producida por la epidemiología social de los años setenta. Las discusiones en torno a esta relación han cobrado protagonismo en un enfoque conocido como los determinantes sociales de la salud (DSS), con el fin de propiciar un intenso debate cuyo eje principal de análisis se centra en el tema de las **desigualdades**, a través de la constatación de importantes disparidades en las condiciones

de vida y de trabajo, la desigual distribución de los recursos sanitarios y el acceso a los servicios asistenciales y sus repercusiones en la morbilidad y mortalidad entre los diferentes grupos sociales.¹⁷

El predominio del marcador DSS se debe en gran medida a la creación en 2005 de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta Comisión convoca a las autoridades de los países a adoptar prácticas colectivas destinadas a combatir las importantes desigualdades en materia de salud. Según Breilh,¹⁸ la perspectiva de los determinantes sociales de la salud representa un enfoque reduccionista, pues oculta categorías analíticas de las ciencias sociales (como reproducción social, modos de producción, relaciones de producción, etc.) y dificulta la reflexión crítica directa sobre la esencia de la organización social de la sociedad de mercado y del régimen de acumulación capitalista, a través de los procesos de generación y reproducción de la explotación humana y natural y sus marcadas consecuencias sobre la salud.

Según Breilh¹⁸, las **causas estructurales** de las desigualdades sociales en salud, a pesar de asumir una posición de mayor relevancia, siguen apareciendo como abstracciones desprovistas de contenido y movimiento crítico. También imposibilitan el análisis del proceso radical de acumulación económica-exclusión social como eje de una reproducción ampliada de las desigualdades sociales que reverberan en la salud.

Aunque los dos enfoques (determinación social y determinantes sociales) retoman ideas de la matriz de producción crítica latinoamericana de los años 70, como las dimensiones de lo **general**, lo **particular** y lo **singular**, el enfoque DSS limita la superación de las desigualdades sociales en salud a la **mejora de las condiciones de vida** y a la idea de **compartir recursos**, limitando la salud a un bien de justicia distributiva del que el Estado es responsable.^{7,17} De esta forma, es un enfoque que no caracteriza la compatibilidad entre el régimen de acumulación capitalista y los estilos de vida saludables.

Los dos enfoques nos parecen una convergencia teórica, prácticamente similares, aunque tienen una oposición práctica. El punto de partida para la formación del materialismo marxiano, en la tesis doctoral de Marx titulada "Diferencia entre la filosofía de la naturaleza de Demócrito y la de Epicuro",¹⁹ ya discutía la evidencia de las oposiciones entre determinismo y determinación. Marx nos ilumina cuando dice que, mientras en Demócrito, la necesidad se manifiesta como determinismo, y aquí podemos relacionarlo con el planteamiento de la DSS; en Epicuro, el azar es una realidad cuyo único valor es la posibilidad. Y la posibilidad se manifiesta a veces como posibilidad abstracta, a veces como posibilidad real, perspectiva que avala la comprensión de la determinación social de la salud.¹⁹

De este modo, la realidad social no es estrictamente determinista. Así como Epicuro presenta el mundo como posibilidad y contingencia, es decir, desde una determinación en la que no se privilegian los hechos sobre las representaciones, sino que también se busca salvaguardarlos, el libre albedrío y la libertad del sujeto son pensados correlativamente.²⁰

Por lo tanto, a partir de la determinación social, "los hombres hacen su propia historia, pero no la hacen como quieren; no la hacen en circunstancias elegidas por ellos, sino en aquellas a las que se enfrentan directamente, legadas y transmitidas por el pasado".²¹⁽⁷⁾ No se trata de "determinación

de contenido, sino de forma"¹⁹⁽⁵⁰⁾ con posibilidad de transformación, para liberar a los proletarios de sus ataduras a las supersticiones de la economía capitalista.¹⁹

Se han formulado numerosas críticas a las limitaciones del enfoque de la DSS. Estas críticas se han articulado a través de debates dentro de la salud colectiva y la medicina social latinoamericana, circulando en torno a la diferenciación entre los determinantes sociales de la salud y la determinación social del proceso salud-enfermedad. La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y el Centro Brasileño de Estudios en Salud (CEBES) han asumido esta postura crítica, enfatizando la perspectiva positivista predominante en la epidemiología tradicional, en la que los determinantes sociales son considerados factores conectados externamente, ampliando la visión a las llamadas causas de las causas, en la lógica del causalismo. Aunque este enfoque reconoce determinantes estructurales e intermedios, lo hace de tal manera que es imposible establecer el vínculo histórico entre las dimensiones de la vida.²²

Esta perspectiva carece de las categorías definitorias del tejido social en su conjunto y de su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales), además de hacer hincapié en las políticas y la gobernanza. Otro punto es la versión lineal de los componentes de las clases sociales (educación, trabajo) y su tendencia a valorizar la dimensión económica en la definición de los estratos sociales, como se observa en los análisis del surgimiento de una nueva clase media en Brasil, basados únicamente en indicadores de consumo.

La concepción del modelo histórico-social de base marxista impone un cuestionamiento de las bases teóricas, metodológicas y epistemológicas, para superar la noción positivista expresada en el abordaje de los determinantes sociales de la salud. La teoría de la producción social de la salud abarca el carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad, permitiendo explicar la relación entre lo biológico y lo social, y entre lo individual y lo colectivo. Busca comprender las cuestiones relativas al proceso salud-enfermedad más allá de los fenómenos a través de los cuales se expresan, estableciendo mediaciones entre la realidad fragmentada y la totalidad social.²²

Es necesario ampliar la discusión teórico-conceptual para la apropiación de la academia y de los trabajadores de la salud, directamente involucrados en la producción de salud, para romper con la hegemonía de una visión tecnicista y de acciones focalizadas que prescinden de la dimensión histórica y social. En este sentido, el CEBES²³ considera que la disputa por la narrativa del enfoque de determinantes sociales de la salud está vinculada a un poder hegemónico neoliberal que se expresa en la propiedad intelectual que beneficia a la industria médica, así como en diferentes estrategias de manipulación del pensamiento colectivo, que tienen a los medios de comunicación como vehículos centrales en este proceso.²³

Para enfatizar la actualidad de este debate, Minayo²⁴ criticó recientemente el concepto de determinación social de la salud, criticando a los pensadores latinoamericanos que, en su opinión, consideran que el concepto que utilizan (determinación) es anticuado. La crítica dirigida específicamente al trabajo de Jaime Breilh,²⁵ pero que sin duda afecta a todos los pensadores sociales de la salud colectiva crítica latinoamericana, muestra la necesidad de reactualizar el debate^a.

Sin embargo, vale la pena señalar en qué dirección deben hacerse estas reactualizaciones. El autor,²⁴ de acuerdo con el contexto descrito anteriormente, utiliza perspectivas supuestamente **de**

moda que intentan reactualizar su hegemonía en el debate sobre las condiciones de vida y salud de las **poblaciones**, parte de la matriz posmoderna del pensamiento social.²⁶ Nosotros, los autores de este artículo, defendemos otra dirección en el debate. En consonancia con la radicalidad del pensamiento crítico latinoamericano, entendemos que el horizonte de la producción teórica sobre el tema debe ser la emancipación humana y la construcción de una vida en la que se socialicen los medios para producir colectivamente la vida. Por ello, para defender este objetivo, compartimos la perspectiva de Breilh²⁵ y sus pares en su defensa incuestionable de la categoría de **determinación social**, pero no rehuimos la necesidad de visitar esta categoría agregando elementos que han sido omitidos/olvidados/ignorados en este debate. En nuestra opinión, uno de estos elementos es la cuestión de la sobreexplotación de la fuerza de trabajo en el seno de la dependencia latinoamericana, que se abordará más adelante.

Por lo tanto, enfatizamos la pertinencia de visitar la producción académica latinoamericana sobre el concepto de salud, asumiendo una posición política desde la perspectiva histórico-social de la determinación social frente a los enfoques reduccionistas, en el campo de la disputa por la hegemonía de los diferentes proyectos sociales.

La relevancia del pensamiento crítico latinoamericano en salud para una comprensión analítica del proceso salud-enfermedad en el contexto del capitalismo dependiente

Destacamos la relevancia de revisar la producción académica latinoamericana sobre el concepto de salud y el proceso salud-enfermedad, asumiendo una posición política desde la perspectiva histórico-social de la determinación social frente a los enfoques reduccionistas, en el campo de la disputa por la hegemonía de los diferentes proyectos sociales.

En este contexto, es fundamental discutir la producción de pensamiento crítico y los caminos recorridos por el campo de la Salud Colectiva, tamizado por el pensamiento político-económico que lo configura desde la década de 1970, cuya fuerza en la época impidió el retroceso de los derechos sociales y políticos conquistados tras la redemocratización.

Apostamos por los aportes teóricos de autores latinoamericanos que vienen construyendo pensamiento, teoría y práctica en el campo de la Medicina Social/Salud Colectiva desde las décadas de 1970 y 1980, considerándolos seminales en la comprensión contrahegemónica de la salud basada en el materialismo histórico, en tanto que en sus contextos locales articularon teoría y práctica social como inseparables, para sentar las bases de la construcción del problema de la salud pública. Esta apuesta se justifica por la necesidad de revisar los aportes descritos para oxigenar los análisis a partir de los desafíos actuales.

Desde esta perspectiva, la historia del pensamiento político-económico sobre la salud en las obras de algunos autores latinoamericanos constituye una de las vertientes importantes del pensamiento crítico,^{27,28} a partir de fomentar un pensamiento que pueda concebir la salud como un complejo multidimensional que engloba los procesos generales de la sociabilidad capitalista.²⁹⁻³¹

Como afirman Carnut e Ianni¹⁵⁽¹⁴⁵⁻¹⁴⁶⁾, "en momentos de crisis, la vuelta a los clásicos es siempre una inversión fructífera". Sin duda, esta producción práctico-teórico-práctica, considerada en el contexto contemporáneo de profundas transformaciones económicas, políticas y sociales, puede

aportar una importante contribución analítica para abordar los dilemas y desafíos a los que se enfrenta la salud pública en la actualidad.

Para ello, realizamos una breve reflexión sistemática sobre los fundamentos teóricos del pensamiento crítico latinoamericano, a partir del aporte de las obras de los intelectuales Oliva López-Arellano y Jaime Sebastian Osorio Urbina, para comprender cómo problematizan los desafíos de la salud en el contexto del capitalismo dependiente. La elección de las contribuciones de López-Arellano se basa en su vasta producción científica sobre el problema de la determinación social del proceso salud-enfermedad en el modo de producción capitalista en América Latina. La elección de abordar la contribución de Jaime Osório se justifica por su vasta producción científica sobre la comprensión de la especificidad del capitalismo dependiente en América Latina, dando continuidad contemporánea a la perspectiva de la Teoría Marxista de la Dependencia^b, iniciada principalmente por Rui Mauro Marini. De esta forma, entendemos que la reflexión de este autor problematiza el contexto particular de la determinación social de las realidades latinoamericanas.

Oliva López-Arellano

Oliva López-Arellano es doctora con maestría en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana - UAM Xochimilco, doctora en ciencias de la salud pública por el Instituto Nacional de Salud Pública, y es una reconocida académica en el campo de la medicina social/salud colectiva en América Latina, desempeñándose como profesora e investigadora en la UAM Xochimilco. Paralelamente a su trayectoria académica, cuenta con una relevante práctica profesional en los servicios de salud de México, desempeñándose como médico comunitario en programas de extensión de cobertura en la Huasteca Potosina y Chiapas, así como epidemióloga de los Servicios de Salud de la Ciudad de México y del estado de Michoacán. Desde 2018 es Secretaria de Salud de la Ciudad de México.

Como investigadora, se aproxima al concepto de determinación social de la salud, aunque ha utilizado la terminología **determinantes** a lo largo de su trayectoria y producción intelectual del pensamiento en salud, lo que no le resta entender una perspectiva crítica del análisis de la salud. En el centro de la determinación social del proceso salud-enfermedad, López-Arellano caracteriza el trabajo como categoría y sus publicaciones versan sobre las condiciones de vida y las necesidades de salud. Su trabajo en temas de salud en el contexto de un país con una economía dependiente-periférica contribuye al pensamiento sanitario latinoamericano desde la perspectiva de la economía política crítica en salud, en la construcción de un proyecto de sociedad que va en contra de la lógica del modo de producción capitalista. Los resultados de sus investigaciones han sido presentados en más de 250 eventos especializados en el campo de la Medicina Social/Salud Colectiva, incluyendo los Congresos de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES, espacio de destacada resistencia política y teórica al desmantelamiento en el campo de la salud.

El trabajo de López-Arellano considera la relación entre el proceso laboral y el proceso de enfermedad, destacando las implicaciones sociales en términos de los efectos físicos y psicológicos del trabajo. La crítica de López-Arellano al enfoque de la medicina del trabajo, un enfoque que sólo considera el proceso de trabajo y su organización como factor de enfermedad, sin tener en cuenta la totalidad de la vida social, no alcanza la complejidad del análisis de la relación entre los procesos de trabajo y la salud.³² Esto significa que el modelo analítico habitualmente utilizado en

medicina del trabajo, que busca asociar riesgos específicos con enfermedades específicas, debido a su procedimiento metodológico no es capaz de abordar la complejidad de la relación entre el proceso de trabajo y la salud.

La autora³³ expone sus argumentos sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad en una crítica a las visiones biomédicas y epidemiológicas que se desvinculan fácticamente de los procesos sociales, al individualizar los fenómenos, cuya actuación metodológica es propia de las ciencias naturales, por lo que la contribución de las ciencias sociales sigue siendo escasa. Así,

el debate en torno a la dimensión social sigue siendo un espacio prolífico para avanzar propuestas que, sin desconocer los aportes existentes, indaguen en aspectos conceptuales, metodológicos y empíricos para mejorar la comprensión del problema y, en particular, generar propuestas de acción para incidir en los problemas de salud de los grupos humanos.³³⁽¹⁴⁶⁾

Por ello considera que las condiciones socioeconómicas de las poblaciones se expresan como un indicador social de los procesos de enfermedad y muerte y se centra en los efectos de lo que se denomina las "reformas" desarrolladas en México, enfatizando el contexto socio-sanitario desigual de América Latina como un indicador de las desigualdades en salud.^{33,34}

La producción científica de López-Arellano hace una contribución única al pensamiento sanitario en América Latina al articular las condiciones de vida y salud y el modo de producción capitalista. La comprensión de López-Arellano de que la salud de las poblaciones se deriva de las formas de organización social, encarnadas en las condiciones de trabajo y protección social, retrata los procesos de enfermedad vinculados a la realidad de México, país que el autor señala como subordinado, es decir, dependiente y periférico en el orden mundial constituido.

Jaime Osorio Sebastián Urbina

Osorio es uno de los principales teóricos continuadores de la Teoría Marxista de la Dependencia. Chileno radicado en México, es profesor e investigador del Departamento de Relaciones Sociales de la UAM-Xochimilco. Licenciado en Sociología por la Universidad de Chile. Doctor en Sociología por el Colegio de México. Es autor de varios libros, entre ellos "Fundamentos del Análisis Social: La Realidad Social y Su Conocimiento" (2001)³⁵, "El Estado en el centro de la mundialización: La sociedad civil y el asunto del poder" (2004)³⁶, "Teoría Marxista de la Dependencia" (2016)³⁷ etc. Su línea de investigación analiza los efectos de las políticas de ajuste fiscal sobre las condiciones de gobernabilidad y los procesos de democratización en América Latina, así como las transformaciones producidas en el campo de las clases y agrupaciones sociales. De acuerdo con el portal de información académica de Xochimilco, sus proyectos de investigación son: a) sociedad, política y economía en América Latina en tiempos de globalización; b) sociología política de las transformaciones estatales contemporáneas; c) política, poder y Estado: los dilemas del poder político en América Latina; d) América Latina en el sistema mundial capitalista en el siglo XXI: derivaciones económicas y políticas.

Según sus trabajos, el sistema mundial capitalista está constituido por diversas formas de capitalismo interdependientes, de modo que el destino de unas determina el destino de otras. Es en

estos marcos que los autores de la Teoría Marxista de la Dependencia formularon la necesidad de dar cuenta de las leyes y tendencias que rigen la forma de capitalismo dependiente.^{36,37}

Osorio^{37,38} destaca la importancia de la superexplotación de la fuerza de trabajo en el capitalismo dependiente, en el cual existen condiciones objetivas para que la superexplotación se convierta en un mecanismo fundamental de explotación por parte del capital. Según el autor, el primer factor que la favorece es la ruptura del ciclo del capital presente en los patrones de reproducción del capital surgidos de los procesos de independencia. Osório es enfático al caracterizar el patrón de reproducción del capital en los países latinoamericanos:

La vocación exportadora presente en todos estos patrones, sólo atenuada en la corta vida del patrón industrial, crea el escenario propicio para que el capital genere estructuras productivas alejadas de las necesidades de la mayoría de la población trabajadora. De esta forma, mientras los trabajadores no desempeñan un papel relevante en la realización de las mercancías producidas por las empresas de la cúspide de la acumulación, el capital puede operar con mayor margen de maniobra para poner en práctica las diversas formas de superexplotación, en particular el pago directo de la fuerza de trabajo por debajo de su valor y la prolongación de la jornada laboral.³⁸⁽⁴⁹²⁾

Como segundo factor que favorece la superexplotación, Osorio destaca las pérdidas de valor que sufre el capitalismo dependiente en el mercado mundial, a través del intercambio desigual y otros tipos de transferencias. Estas pérdidas son sustituidas en cierta medida mediante la apropiación por el capital de parte del fondo de consumo de los trabajadores y su conversión en fondo de acumulación, o mediante la apropiación presente de parte de los años futuros de trabajo y vida, a través de la extensión de la jornada laboral y la intensificación del trabajo.^{37,38}

Nada de esto sería posible si el capitalismo dependiente no generara una abundante fuerza de trabajo, lo que, según Osorio, permite el tercer factor: la presencia de una extensa superpoblación relativa que no sólo resuelve el reemplazo inmediato de brazos prematuramente agotados, sino que constituye una fuerza que el capital utiliza para presionar sobre las condiciones salariales y laborales de los trabajadores activos.

Es en este sentido que la economía dependiente de los países latinoamericanos, y en consecuencia la superexplotación de la fuerza de trabajo, aparece como una condición necesaria del capitalismo mundial. En consecuencia, existen particularidades en el patrón de reproducción del capital en el contexto dependiente latinoamericano, que tienen un impacto directo en las condiciones de vida y salud de las personas.

Desde esta perspectiva, es realmente imprescindible investigar en profundidad la producción científica de estos autores latinoamericanos, con trabajos que analizan las condiciones de salud y sociedad en los países dependientes-periféricos, para verificar su contribución al problema de la determinación social del proceso salud-enfermedad en el modo de producción capitalista en estas particularidades.

Consideraciones finales

La lección esencial que nos trae el materialismo histórico y dialéctico es que la vida producida y reproducida en una época determinada cambia, a veces profundamente, en relación a otras épocas, mucho más en sus formas de manifestación que en su sustancia. Es decir, más en sus expresiones que en el nervio y la esencia de su realización.

Para ello, visitar los trabajos que plantean las condiciones materiales de vida en el contexto latinoamericano, en la forma en que se han construido las producciones teóricas en el recorrido histórico hasta nuestros días, configurando una economía política crítica de la salud que interprete la situación desfavorable y señale caminos de superación, nos parece una tarea saludable. De esta manera, al abordar los aportes de los autores Oliva López-Arellano y Jaime Sebastian Osorio Urbina como fundamentales para proporcionar un mayor conocimiento sobre la extensión y profundidad de la visión de la determinación social de la salud, entendemos que este camino intelectual debe ser fortalecido, especialmente en la época contemporánea en la que el pensamiento, mayoritariamente posmoderno en el campo de la salud pública, emerge de manera fragmentada y sin una lectura rigurosa del vasto aporte de la obra de Marx.

La trayectoria productiva de los autores confirma sus repertorios en las dimensiones conceptual, teórico-práctica y ético-política, que nos ayudarán a enfrentar los desafíos contemporáneos de la producción social de la salud y su complejidad. Reconocer los dilemas y las crisis que enfrenta actualmente el sistema de protección social en salud en Brasil y en el mundo hace más explícita la necesidad de visitar y renovar las ideas y las líneas del pensamiento político y económico crítico en salud. Retomar el camino recorrido por los autores latinoamericanos significa no sólo contribuir a la comprensión de sus análisis sobre el objeto de la salud, sino sobre todo recuperar bases teóricas, no sustentadoras, para las formas de enfrentar los desafíos que se avecinan.

Además, reconocer y caracterizar a los autores fundamentales de la Medicina Social Latinoamericana/Salud Colectiva y de la crítica de la economía política, que no han tenido tanta penetración en el pensamiento de la salud en Brasil, puede ayudar a identificar aspectos como: la persistencia de esa producción a lo largo del tiempo histórico la capacidad de producir pensamiento crítico en salud, en el ámbito de la práctica institucional y más allá de ella, en el movimiento de la lucha de clases.

^aNos referimos al debate que tuvo lugar en el volumen 37 de 2021 de la revista científica *Cadernos de Saúde Pública* - CSP, de gran prestigio en el ámbito de la salud pública brasileña. Nos llama mucho la atención que este debate haya **resurgido** en un contexto de restricciones democráticas en el que la socialdemocracia ha perdido claramente espacio político, cayendo en el descrédito como alternativa viable que urge revitalizar. Creemos que la reanudación del debate sobre la **determinación** en este momento es algo que, aunque sea involuntariamente, puede estar vinculado al esfuerzo por resucitar la alternativa socialdemócrata sobre **otras bases teóricas** en un intento de resignificar su legitimidad política como productora de una teoría alternativa (y salida) socialmente válida en el caos vivido en esta época del capitalismo contemporáneo.

^bEl conjunto de ideas de la Teoría Marxista de la Dependencia tuvo como principales teóricos originales a: Rui Mauro Marini, Vânia Bambirra y Theotonio dos Santos.

Referencias

1. Oliveira J. Reformas e reformismo: "democracia progressiva" e políticas sociais (ou "para uma teoria política da reforma sanitária"). *Cad Saude Publica*. 1987;3(4):360-87. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400002>.
2. Illich I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
3. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.
4. Nunes ED. *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2007.
5. Breilh J. Perspectivas políticas, sociais y éticas de la investigación en una era de barbarie. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(3):210-22. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000300002>.
6. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
7. López-Arellano OL, Escudero JC, Carmona Moreno LD. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud. *Medicina Social*. 2008;3(4):323-33.
8. Laurell AC. *A saúde-doença como processo social*. In: Nunes ED, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983.
9. Marini RM. *Subdesenvolvimento e revolução*. Florianópolis: Insular; 2013.
10. Antunes R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo; 2018.
11. Carnut L, Mendes Á. *Capital-estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública*. *Argumentum*. 2018;10(2):108-21. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i2.19528>.
12. Bravo MI. *Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez Editora; 2013.
13. Poggi T. *Faces do extremo: uma análise do neofascismo nos Estados Unidos da América 1970-2010 [tese]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2012.
14. Souza IFP, Mendes Á, Carnut L. *História política e pensamento epidemiológico: Breilh e a economia política da saúde*. *Guillermo de Ockham*. 2019;17(1):77-84. <https://doi.org/10.21500/22563202.4039>.

15. Carnut L, Ianni AMZ. Salud es política: pensamiento social de Floreal Antonio Ferrara y sus contribuciones para repensar "lo político" en la salud. Rev Gerencia Polit Salud. 2019;18(36):1-41. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.spps>.
16. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de salud. In: Hartman CE, Tamez Gonzáles, Gonzáles Guzmán R, compiladores. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?: memoria del taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. Xochmilco: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.
17. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: Nogueira RP, organizador. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
18. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Publica 2013;31(Supl 1):S13-S27.
19. Marx K. Diferença entre a filosofia da natureza de Demócrito e a de Epicuro. São Paulo: Boitempo; 2018.
20. Collin D. Epicuro e a formação do pensamento de Karl Marx. Politeia, Hist Soc. 2006;6(1):15-27.
21. Marx K. O 18 brumário de Luiz Bonaparte. São Paulo: Boitempo; 2003.
22. Rocha PR, David HMSL. Determinação ou determinantes?: uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(1):129-35. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>.
23. O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde. Saude Debate. 2011;35(90):496-8.
24. Minayo MCS. Determinação social, não!: por quê?. Cad Saude Publica. 2021;37(12):e00010721. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010721>.
25. Breilh J. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la "experticia", a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. Cad Saude Publica. 2021;37(12):e00237621. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237621>.
26. Carnut L. Para uma crítica ao pós-moderno: o social nas ciências da saúde e o papel da educação crítica: primeiras reflexões. Praxis Comunal. 2019;2(1):151-67.
27. Furtado C. Formação econômica da América Latina. Rio de Janeiro: Lia Editor; 1970.
28. Ianni O. A formação do estado populista na América Latina. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1975.

29. Fiori JL. Globalização, hegemonia e império. In: Tavares, M. C.; Fiori JL. Poder e dinheiro. uma economia política da globalização. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
30. Furtado C. Pequena introdução ao desenvolvimento. São Paulo: Cia Ed. Nacional; 1980.
31. Fernandes F. Poder e contrapoder na América Latina. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
32. Laurell AC, Noriega EM, López- Arellano O, Martínez Alcántara S. El trabajo como determinante de la enfermedad. Cuad Med Soc. 1991;56:17-33.
33. Jarillo-Soto EC, López-Arellano O. Salud pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación. Rev Salud Pública. 2007;9(1):140-54.
34. Linares Pére ZN, López-Arellano O. Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. Salud Colect. 2009;5(2):237-57.
35. Osório J. Fundamentos del análisis social: la realidad social y su conocimiento. Xochmilco: Universidad Autónoma Metropolitana; 2001.
36. Osório J. El estado en el centro de la mundialización: la sociedad civil y el asunto del poder. Xochmilco: Universidad Autónoma Metropolitana; 2004.
37. Osório J. Teoría marxista de la dependencia: historia, fundamentos, debates y contribuciones. Itaca: Universidad Autónoma Metropolitana; 2016.
38. Osorio J. Sobre superexploração e capitalismo dependente. Cad CRH. 2018;31(84):483-500. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v31i84.26139>.