

# CRÍTICA REVOLUCIONÁRIA

## Revolutionary Criticism

Crit Revolucionária, 2024; 4: E004

Ensayos - Marxismo latinoamericano

[https://doi.org/10.14295/2764-4979-RC\\_CR.2024.v4.16](https://doi.org/10.14295/2764-4979-RC_CR.2024.v4.16)

### EL PENSAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO CRÍTICO DE JAIME BREILH Y LA ECONOMÍA POLÍTICA DE LA SALUD DE MICHAEL HARVEY

Aline do Nascimento MACEDO:  

Beatriz Campanerut FERNANDES: 

Cleide Bonifácio da SILVA: 

Helena Hoffmann RIGONI: 

Luz Graciela Wild AQUINO: 

Miguel Armando ZÚÑIGA-OLIVARES:  

Sergio Henrique do AMARAL:  

† Universidad de São Paulo – USP, Escuela de Salud Pública – FSP. São Paulo, SP, Brasil.

**Autor para correspondencia:** Miguel Armando Zúñiga-Olivares [fmzunigao@alumni.usp.br](mailto:fmzunigao@alumni.usp.br)

Recibido: 23 Dic 2023 Revisado: 21 Ago 2023 Aprobado: 22 Jun 2024

[https://doi.org/10.14295/2764-49792RC\\_CR.v4.16](https://doi.org/10.14295/2764-49792RC_CR.v4.16)

Copyright: Artículo de acceso abierto, bajo los términos de la Licencia Creative Commons (CC BY-NC), que permite copiar y redistribuir, remezclar, transformar y crear a partir de la obra, siempre y cuando sea no comercial. La atribución del debido crédito es obligatoria.



### Resumen

En este ensayo crítico se realizó una reflexión teórica sobre la relación entre el sistema capitalista y las inequidades sociales y de salud, a través de uno de los estudios de

Michael Harvey sobre la economía política de la salud a la luz del pensamiento crítico de Jaime Breilh, destacado autor de epidemiología crítica originado en el movimiento latinoamericano de medicina social/salud colectiva. El texto está estructurado en tres partes. El primero describe una breve biografía intelectual y político-institucional de Michael Harvey y Jaime Breilh con el fin de situarlos históricamente. El segundo describe y explica el pensamiento de Michael Harvey al analizar la economía política de la salud. El tercero discute el valor del pensamiento epidemiológico crítico de Jaime Breilh. Finalmente, es posible comprender la conjunción de ideas de estos autores en la discusión de las inequidades sociales y de salud reproducidas por el sistema capitalista, lo que nos permite avanzar, desde una perspectiva histórico-crítica, en el análisis amplio y profundo de la realidad social y sanitaria.

**Palabras clave:** Epidemiología; Política sanitaria; Medicina social; Organizaciones económicas y sanitarias.

<p><b>O PENSAMENTO DA EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA DE JAIME BREILH E A ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE DE MICHAEL HARVEY</b></p> <p><b>Resumo:</b> Neste ensaio crítico, realizou-se uma reflexão teórica sobre a relação entre o sistema capitalista e as iniquidades sociais e em saúde, através de um dos estudos sobre economia política da saúde de Michael Harvey à luz do pensamento crítico de Jaime Breilh, autor destacado da epidemiologia crítica originada do movimento latino-americano da medicina social/saúde coletiva. O texto está estruturado em três partes. A primeira descreve uma breve biografia intelectual e político-institucional de Michael Harvey e Jaime Breilh a fim de situá-los historicamente. A segunda descreve e explica o pensamento de Michael Harvey ao analisar a economia política da saúde. A terceira discute o valor do pensamento da epidemiologia crítica de Jaime Breilh. Por fim,</p>	<p><b>JAIME BREILH'S CRITICAL EPIDEMIOLOGY THOUGHT AND MICHAEL HARVEY'S POLITICAL ECONOMY OF HEALTH</b></p> <p><b>Abstract:</b> In this critical essay, there was a theoretical reflection on the relationship between the capitalist system and social and health inequities, through one of the studies on political health economics of Michael Harvey, in the light of the critical thinking of Jaime Breilh, author of critical epidemiology originated from the Latin American social medicine/collective health movement. The text is structured in three parts. The first describes a brief intellectual and political-institutional biography of Harvey and Breilh in order to situate them historically. The second describes and explains Michael Harvey's thinking in analyzing the political economy of health. The third</p>
--	--

<p>compreende-se a conjunção de ideias desses autores na discussão das iniquidades sociais e em saúde reproduzidas pelo sistema capitalista, permitindo avançar, desde uma perspectiva histórico-crítico, na análise ampla e aprofundada da realidade social e sanitária.</p> <p><b>Descritores:</b> Epidemiologia; Política de saúde; Medicina social; Economia e organizações de saúde.</p>		<p>discusses the value of Jaime Breilh's critical epidemiology thinking. Finally, it is understood the conjunction of ideas of these authors in the discussion of social and health inequities reproduced by the capitalist system, allowing to advance, from a historical-critical perspective, in the broad and in-depth analysis of social and health reality.</p> <p><b>Descriptors:</b> Epidemiology; Health policy; Social medicine; Economics and health organizations.</p>
---	--	--

## INTRODUCCIÓN

La economía política de la salud se ha construido en las últimas décadas como un campo de la economía política en general, que consiste en debates relativamente recientes. Lo mismo puede decirse de la epidemiología crítica, que, de manera similar a la primera, comenzó a ser propuesta en América Latina por un grupo de académicos. Ellos parten de reflexiones sobre la práctica epidemiológica convencional que no logra explicar en profundidad el proceso salud-enfermedad. Así, es debido a la percepción de diálogos importantes entre dos autores, cada uno representando uno de estos campos, que el presente trabajo está justificado.

En el recorrido de los estudios de economía política, los temas de salud se abordaron de manera indirecta, pero progresivamente ganando mayor visibilidad, en el contexto de la centralidad del debate sobre los temas laborales bajo el capitalismo. La salud estaba indirectamente vinculada a la lucha de los trabajadores por mejores condiciones de trabajo y salarios, así como al papel del Estado en esta garantía. La explotación laboral y las condiciones laborales precarias, además de los bajos salarios, han condicionado la mala salud y la menor supervivencia de los trabajadores y sus familias. Los economistas clásicos estaban más preocupados por la formación y distribución del valor en el capitalismo industrial, sin tener en cuenta ninguna crítica a las contradicciones del capitalismo, desconectando lo social de lo económico.<sup>1</sup>

Aunque los temas de salud no eran una preocupación de los economistas clásicos, señalaron elementos importantes, no explícitamente, para discutir la salud insertada en el proceso de producción capitalista, como la reproducción de la fuerza de trabajo, las condiciones de trabajo y el salario mínimo de subsistencia. El proceso productivo se colocó en el centro del debate gracias al desarrollo de la teoría del valor trabajo (el trabajo es la fuente del valor de cambio), y esto se articuló con la teoría de la distribución del ingreso (la participación de las clases sociales en la distribución del valor producido en el proceso productivo: salarios, ingresos y beneficios). La pregunta sobre el nivel mínimo de subsistencia, que en realidad expresaba la preocupación por la reproducción de la fuerza de trabajo que garantizaría la expansión del capital, estaba indirectamente vinculada a cuestiones de salud, como la mortalidad y los nacimientos de la población, así como al crecimiento de la población. En este sentido, la relación social más importante era entre el capital y el trabajo, y la cuestión de la salud se derivaba de esa relación.<sup>2,3</sup>

Marx y Engels<sup>1</sup> criticaron la economía política de la época, destacando las contradicciones del modo de producción capitalista y el antagonismo entre las clases sociales. Sin embargo, la salud no se planteaba como un tema importante *per se*, sino solo como una consecuencia dañina para el proceso de acumulación de capital, pero ya existía un vínculo entre el modo de producción capitalista y el proceso salud-enfermedad. Marx y Engels desarrollaron reflexiones sobre el capitalismo como una relación social entre el capital y el trabajo, en las condiciones del proceso de producción en su conjunto, lo que nos permite suponer que el modo de producción capitalista explicaba y determinaba el proceso salud-enfermedad.<sup>1</sup>

En el siglo XIX, las investigaciones epidemiológicas poblacionales fueron reemplazadas por el control de agentes infecciosos, predominando el modelo unicausal. En el siglo XX, con la disminución de las causas infecciosas y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, volvió la ambivalencia **biológica** y **social** y prevaleció el modelo multicausal, pero en este último modelo, los fenómenos sociales no se consideran determinantes del proceso de la enfermedad, siendo medibles a partir de **factores individuales**. A mediados del siglo XX surgió la epidemiología de los factores de riesgo, abriendo un abanico de factores para su posterior control. La crítica a este

último modelo (riesgo) es el gran valor que se le da a la elección y comportamiento del individuo, sin considerar las determinaciones estructurales y políticas de la organización social.<sup>4</sup>

Todavía en el siglo XX, en la década de 1970, surgió un movimiento crítico en la medicina preventiva y comunitaria y la salud pública, centrándose en los factores sociales y económicos como determinantes en el proceso salud-enfermedad. En el siglo XXI<sup>5</sup>,

[Los] determinantes sociales de la salud se han definido como determinantes estructurales y condiciones de la vida cotidiana responsables de la mayoría de las inequidades en salud entre países e internamente. Incluyen la distribución del poder, los ingresos y los servicios y las condiciones de vida de las personas, y su acceso a la atención médica, las escuelas y la educación; sus condiciones de trabajo y de ocio; y el estado de su vivienda y medio ambiente.<sup>5</sup>

El concepto de inequidad social generalmente se refiere a situaciones que implican cierto grado de injusticia, es decir, diferencias que son injustas porque están relacionadas con características sociales que ponen a algunos grupos en desventaja en relación con la oportunidad de estar y mantenerse saludables. En el campo de la salud, estas desigualdades están presentes en las condiciones de salud de los diferentes grupos, niveles de riesgos para la salud, acceso diferenciado a los recursos disponibles en el sistema de salud, y generan posibilidades desiguales de aprovechar los avances científicos y tecnológicos que se han producido en esta área, así como diferentes posibilidades de exposición a los factores que determinan la salud y la enfermedad y, finalmente, las diferentes posibilidades de enfermedad y muerte. De la misma manera que las desigualdades sociales, las desigualdades en salud han persistido en todos los países, independientemente del grado de desarrollo alcanzado.<sup>4</sup>

Breilh<sup>6</sup> diferencia la inequidad de la desigualdad, considerando que la desigualdad es un obstáculo para el acceso y el derecho a la salud, una disparidad en la calidad de vida, mientras que la inequidad es la falta de equidad, la invisibilidad estructurada que impide una distribución humana que provea a cada uno de acuerdo a sus necesidades y le permita contribuir a esta sociedad de acuerdo a su capacidad. Y propone incorporar el análisis de etnicidad, género y clase social en la determinación del proceso salud-enfermedad, ya que estas son las tres fuentes de inequidades: clase, etnia y género.

Estos tres procesos comparten el mismo origen, que es la acumulación y concentración de poder, y tienen mecanismos de reproducción social que están interrelacionados.<sup>6</sup>

Como una forma de transición de paradigma en epidemiología, la Organización Mundial de la Salud - OMS apunta a los determinantes sociales de la salud, aún basados en una visión causalista, pero que está abierta a comprender la estructura. En sus estudios, Breilh presenta el entendimiento de que en esta visión existe una clasificación de los factores como variables y no como categorías de análisis de la acumulación de capital. También defiende la complejidad de la salud, como un fenómeno complejo y socialmente determinado, una noción que a menudo es descuidada por la salud pública, y que, por lo tanto, no debe analizarse de manera estrictamente individual y biomédica.

Además, el análisis se extiende hacia la desigualdad de la práctica de la salud a partir de teorías conductuales que señalan el fracaso de las intervenciones en poblaciones estructuralmente vulnerables, cuyos objetivos provendrían de cambios de comportamiento. Como resultado de esta práctica epistemológica, en la que los factores sociales más amplios se entienden como **factores de riesgo no modificables**, las dinámicas sociales terminan no siendo examinadas o, al menos, cuestionadas.<sup>7</sup>

Ante ello, el objetivo de este ensayo es realizar una reflexión teórica sobre la relación entre el sistema económico-político capitalista y las inequidades sociales en salud, a través de uno de los estudios de Michael Harvey sobre la economía política de la salud y las coincidencias o divergencias de este estudio con el pensamiento de epidemiología crítica de Jaime Breilh.

## **JAIME BREILH Y MICHAEL HARVEY: UNA BREVE BIOGRAFÍA INTELECTUAL Y POLÍTICO-INSTITUCIONAL**

Jaime Breilh es un médico e investigador ecuatoriano, nacido el 23 de agosto de 1947 en Quito. Maestro en Medicina Social egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, especializado en Epidemiología por la Escuela de Higiene de la Universidad de Londres, y Doctor en Epidemiología por la Universidad Federal de Bahía, en Brasil. Breilh es uno de los fundadores del movimiento latinoamericano de salud colectiva y el pensador más citado en artículos científicos entre 2013 y 2017, según un estudio bibliométrico realizado por la *Universidad de Antioquia*, en Colombia.<sup>8</sup>

En la década de 1970, trabajadores, investigadores y estudiantes del área de la salud cuestionaron el modelo de desarrollo, que se implementó con fuerza a fines de la década de 1960 y argumentaron que el crecimiento económico debía conducir a una mejora de la salud pública, hecho no evidenciado en la realidad, y que mostraba, de hecho, su deterioro. Breilh,<sup>9</sup> formó parte de este movimiento y, al final de su maestría en 1977, publicó la "*Crítica a la interpretación ecológica funcionalista de la epidemiología: un ensayo para desmystizar el proceso salud-enfermedad*", en la que mencionaba que el debate sobre los problemas sanitarios y sociales estaba obligado a desarrollar soluciones a las crisis capitalistas.<sup>9</sup>

El libro "Epidemiología: Economía, Política y Salud"<sup>10</sup> es una de sus obras más importantes y polémicas, discutida en varias universidades de América Latina. Breilh critica el trabajo de la Medicina Social y la Salud Pública tradicional, tratando la salud-enfermedad como un proceso colectivo en una sociedad. Se destaca el estudio sistemático de los procesos estructurales de la sociedad, los perfiles de reproducción social relacionados con la producción y el consumo de las diferentes clases y fracciones de clases, y la comprensión integral de los fenómenos biológicos que caracterizan los patrones de salud, citados en su libro. Para Breilh, en este trabajo, los análisis de las relaciones establecidas entre grupos de individuos y sus conexiones deben utilizarse para comprender la epidemiología desde las perspectivas históricas y desde la perspectiva de la reproducción social.<sup>10</sup>

A lo largo de su carrera, Breilh<sup>10</sup> ha ganado premios como investigador y autor, debido a sus numerosos trabajos publicados, convirtiéndose en un referente en universidades e instituciones de investigación en epidemiología. Su pensamiento no se refiere solo a la salud como producción social, sino también a las formas en que la sociedad capitalista consolida desigualdades profundamente vinculadas a una **economía de muerte**, un fragmento que dijo en 2015, durante una de sus visitas a Brasil, donde Breilh concedió una entrevista en el "V Seminario del Frente Nacional contra la Privatización de la Salud". En esta misma entrevista, coincide en que el modelo epidemiológico de la Teoría de los Factores de Riesgo debilita la idea de determinación social a través de la fragmentación, haciéndolos menos visibles, generando diagnósticos de salud que no relacionan condiciones estructurales y de vida de la población, sino que

se centran en los fenómenos que rodean a la enfermedad y justifican una práctica monopólica y una acción funcionalista de salud.<sup>11</sup>

Jaime Breilh ha sido invitado como profesor visitante en más de 40 universidades de 10 países diferentes, lo que demuestra su importancia como investigador y crítico en epidemiología. Desde la década de 2000, Breilh ha sido profesor en la Universidad Andina Simón Bolívar, en Quito, Ecuador. En la misma universidad, fue Director (2006) y Coordinador (2008) del Área de Salud y del doctorado en Salud, Medio Ambiente y Sociedad.<sup>12</sup>

Michael Harvey es profesor en el Departamento de Administración y Política del Servicio de Salud de la Universidad de *Temple*, Filadelfia-Pensilvania. Su formación académica incluye un doctorado en salud pública de la Universidad de California, *Berkeley*, una maestría en salud pública de la Universidad de Pensilvania y una licenciatura en inglés de la Universidad de *Temple*. Imparte cursos sobre salud pública global, sistemas de salud de EE. UU., teoría de la salud social y conductual y determinantes sociales de la salud. Los estudios realizados por el Dr. Harvey se centran en la educación en salud pública, las teorías sociales de la desigualdad en salud, la economía política de la salud, entre otros.<sup>13</sup>

Harvey es parte de la *Doctor of Public Health Coalition* (DrPH), cuyo objetivo es fortalecer la práctica de la salud pública, crear un mundo saludable y equitativo, donde la salud pública, dirigida por una comunidad de profesionales de salud pública capacitados, sea una parte integral del cambio social.<sup>13</sup>

En 2016, Harvey esbozó un enfoque teórico y metodológico para realizar política en el análisis de la economía de los sistemas de salud que se basa en las tradiciones de la economía política de la salud y la medicina social, con el fin de explicar los múltiples enfoques para realizar análisis de economía política y la confusión sobre el término en salud. Su investigación se debió al creciente interés de los investigadores en los sistemas de salud y particularmente en el debate para el logro de la cobertura universal de salud en los países de ingresos bajos y medios.<sup>14</sup>

## **LA INTERPRETACIÓN DE MICHAEL HARVEY DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI Y SUS DESIGUALDADES**

Harvey<sup>15</sup> afirma la necesidad de conocer los orígenes marxistas de la economía política de la salud para abordar las inequidades en salud en este siglo. Para el autor, la economía política se refiere a los efectos combinados e interactivos de las estructuras económicas y políticas, así como a su estudio. El comienzo del estudio de la economía política tiene lugar con el surgimiento del sistema económico-político capitalista. La política crea y da forma a la economía y no puede separarse. A su vez, la política está formada por las relaciones económicas y el poder económico.

El estudio de la economía política se centra en los sistemas político-económicos o las diferentes formas de organización de la vida política y económica y el impacto de esta organización en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios. Estos sistemas incluyen la organización de la producción (propiedad y control de los medios de producción) y las condiciones asociadas con el proceso de producción (condiciones de trabajo), la distribución (desigualdad e inequidad) y el grado de acceso a la protección social (o bienestar), así como el análisis del consumo (qué bienes y servicios están disponibles y para quién).<sup>15</sup>

La economía política de la salud se refiere a la extensión del estudio de la economía política y los sistemas político-económicos en el campo de la salud, para explorar la relación entre estos temas y los cambios en las distribuciones epidemiológicas a lo largo del tiempo. Así, Harvey<sup>15</sup> señala que las conexiones entre economía política y salud están muy bien caracterizadas en la literatura sobre la historia de la salud pública.

Harvey<sup>15</sup> critica el hecho de que la economía política no esté referenciada en la literatura de salud pública, a pesar de la relevancia que tiene en la comprensión de la salud, así como en las desigualdades -inequidades- en salud. Sin embargo, también aclara que, aunque se señala en algún texto, no siempre se define, y cuando se define, tiene divergencias, lo que se vuelve más problemático, porque las diversas corrientes teóricas, como marxistas, neoclásicos, keynesianos, neoliberales, etc., utilizan este término de maneras muy divergentes.

Con respecto al origen de la economía política de la salud, Harvey<sup>15</sup> señala que este término surgió en la década de 1970 y que comúnmente se refería a un enfoque ampliamente marxista del análisis científico-social. Reafirma que la economía política de

la salud está más cerca de las obras de Karl Marx, Friedrich Engels y la tradición teórica marxista.

Aun así, los primeros trabajos sobre la economía política de la salud de Waitzkin (*La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, 1974)<sup>16</sup>, Vicente Navarro (*Medicina bajo el capitalismo*, 1976)<sup>17</sup>, Doyal y Pennell (*La economía política de la salud*, 1979)<sup>18</sup>, Laurell (*Trabajo y salud en México*, 1979)<sup>19</sup>, y Breilh y Miño (*Epidemiología: Economía, Política y Salud. Bases Estructurales de la Determinación Social de la Salud*, 2010)<sup>20</sup> se sitúan explícitamente en la tradición teórica marxista, incorporando categorías como clases, lucha de clases, desigualdad material, explotación, acumulación de capital, condiciones de trabajo, organización de la producción, imperialismo y subdesarrollo.<sup>15</sup>

Sin embargo, el origen de la economía política en la salud se remonta a la obra de Engels en "La condición de la clase obrera en Inglaterra",<sup>21</sup> escrita en 1845. En este libro, Engels<sup>21</sup> estudió los efectos del desarrollo del capitalismo industrial en la salud de los trabajadores y sus familias en Manchester, Inglaterra, mostrando cómo las condiciones sociales y laborales producidas por este modo de producción resultaron en un sufrimiento generalizado y una muerte prematura entre los trabajadores, al tiempo que producían una riqueza excesiva para la clase capitalista. Engels<sup>21</sup> usó el término "asesinato social"<sup>21(58)</sup> para explicar esta terrible situación:

Durante el período en que permanecí en Inglaterra, la causa directa de la muerte de veinte o treinta personas fue el hambre, en las circunstancias más repugnantes; pero en el momento de las investigaciones rara vez se encontró un jurado que tuviera el coraje de probarlo en público. Los testimonios de los testigos podían ser los más claros e inequívocos, pero la burguesía -a la que pertenecían los miembros del jurado- siempre encontró un pretexto para escapar al terrible veredicto: la muerte por inanición. En tales casos, la burguesía no debe decir la verdad: pronunciarla equivaldría a condenarse a sí misma. Mucho más numerosas fueron las muertes causadas indirectamente por el hambre, porque la falta sistemática de alimentos causa enfermedades mortales: las víctimas estaban tan debilitadas que las enfermedades que, en otras circunstancias, podrían haber progresado favorablemente, en estos casos determinaron la gravedad que condujo a la muerte. Esto es lo que los trabajadores ingleses llaman asesinato social y acusan a nuestra sociedad de practicarlo continuamente. ¿Están equivocados?<sup>21(57-58)</sup>

Tan importante fue el libro de Engels,<sup>21</sup> que Harvey<sup>15</sup> señala que moldeó profundamente el pensamiento de Marx, apoyándose en David McLellan, el mayor

historiador de Marx, quien afirmó que este libro es el documento fundacional de lo que se convertiría en la tradición socialista marxista. Además, Richard Horton, editor de *The Lancet*, ha declarado que la salud pública es la partera del marxismo.<sup>15</sup>

Los orígenes de la economía política de la salud también se asocian con la medicina social europea y latinoamericana del siglo XIX, y los trabajos de Rudolf Virchow y Salvador Allende (junto con Engels) hicieron las mayores contribuciones para comprender los orígenes sociales de la enfermedad.<sup>15</sup>

Rudolf Virchow fue un médico inglés y escribió sobre las condiciones materiales en las que surgen las enfermedades y cómo las fuerzas políticas y económicas impidieron las reformas sociales destinadas a aliviar la pobreza, la inseguridad alimentaria y las malas condiciones de vida y trabajo entre los pobres y la clase trabajadora.<sup>15</sup> Breilh,<sup>10,22</sup> de acuerdo con Harvey,<sup>15</sup> destaca la importancia del trabajo de Virchow en la economía política de la salud, situando este trabajo en el contexto económico, político y social de la evolución de los paradigmas epidemiológicos, explicando cómo la confrontación surgida de la transición de regímenes absolutistas a liberales (inicios del capitalismo premonopolista) se reflejó también en el entorno sanitario y la práctica epidemiológica con el enfrentamiento entre los defensores del **contagionismo** conservador (con la policía médica como antecedente) *versus* los defensores de la economía política de la salud y las teorías miasmáticas progresistas.

Salvador Allende fue un médico chileno, ministro de salud y presidente de la República de Chile, y escribió el informe "La realidad médico social chilena",<sup>23</sup> en el que, siguiendo la perspectiva de Engels y Virchow, identificó la organización del trabajo y las condiciones de trabajo y de vida de la clase trabajadora como responsables de su desproporcionada carga de enfermedad.<sup>15</sup> Breilh,<sup>22</sup> de acuerdo con Harvey,<sup>15</sup> también destaca el trabajo de Allende,<sup>23</sup> señalando que reconoció la relación entre economía política, enfermedad y sufrimiento al centrar su estudio en el papel del imperialismo, el subdesarrollo y la necesidad de un cambio estructural en la vida de la clase trabajadora para reducir las desigualdades en salud.

Además, Breilh<sup>10</sup> destaca a otro autor latinoamericano que contribuyó a esclarecer el origen social de las enfermedades, el médico ecuatoriano Eugenio Espejo, quien en su obra "*Reflexiones sobre el contagio y la transmisión de las Viruelas*",<sup>24</sup> escrita a fines

del siglo XVIII, ya contaba con argumentos epidemiológicos que entrelazaban las categorías de economía, política y salud. Espejo<sup>10</sup> desarrolló sus ideas sobre los "poderes nocivos" y las "predisposiciones" para explicar las diferencias en la distribución de las enfermedades en la población, como los problemas del "aire popular" en las viviendas pobres y las zonas urbanas, y las dificultades económicas de la "comida y la bebida", debido a la escasez de alimentos generada por los agricultores e intermediarios trigueiros que hacían su "bolsa" a costa de la miseria y el hambre del público.<sup>10</sup>

Por otro lado, Harvey<sup>15</sup> señala que entre los autores marxistas existe una comprensión generalmente compartida de la economía política de la salud. El concepto que Harvey<sup>15</sup> usa para explicar la economía política de la salud se basa en el estudio que hizo de los conceptos utilizados por Raphael y Bryant,<sup>25</sup> Krieger<sup>26</sup> y Baer.<sup>27</sup>

Raphael y Bryant<sup>25</sup> afirman que la economía política de la salud explica cómo la salud de una población está determinada por la forma en que la sociedad produce y distribuye sus recursos, para ello, utilizan categorías como la producción y distribución de la riqueza, el poder político relativo de las clases sociales, la acumulación de capital, la organización del trabajo, control estatal y control del mercado en la distribución de la riqueza, etc. Por otro lado, Raphael y Bryant<sup>25</sup> explican la economía política refiriéndose a los sistemas económico-políticos que distribuyen los recursos de acuerdo con los niveles relativos de poder que las personas y las instituciones son capaces de ejercer en una sociedad, y cuyo **desequilibrio** conduce a una mayor inequidad y una menor salud de la población.

Krieger<sup>26</sup> destaca la importancia de la teoría de la producción social de enfermedades o la economía política de la salud en la epidemiología social contemporánea, citando a Breilh entre sus principales autores. En este sentido, Krieger<sup>26</sup> afirma que las instituciones económicas y políticas y sus decisiones que contribuyen al mantenimiento de los privilegios económicos y sociales de las clases dominantes son las causas fundamentales de las inequidades en salud. Sin embargo, los problemas detrás de estas desigualdades son la búsqueda incesante de una mayor acumulación de capital y el papel del Estado para garantizarla. Por lo tanto, una de las preocupaciones de la economía política de la salud es la comprensión de cómo el sistema político-económico capitalista, en su hambre voraz de maximizar sus ganancias,

daña la salud, evidenciada en las precarias condiciones de salud y seguridad en el trabajo, la sobreexplotación del trabajo, la contaminación del medio ambiente y la depredación de la naturaleza, y en la mercantilización de casi todas las necesidades humanas.<sup>26</sup>

Baer<sup>27</sup> señala que el objetivo de la economía política de la salud es el análisis y la comprensión de los problemas de salud en el contexto de las relaciones de clase e imperialistas típicas del capitalismo. Divide el estudio de la economía política de la salud en dos áreas: la economía política de la enfermedad y la economía política de la atención médica. El primero es responsable del estudio de la producción social de enfermedades, como un subproducto del sistema económico-político capitalista; mientras que el segundo es responsable del estudio del impacto del modo de producción capitalista en la producción, distribución y consumo de recursos sanitarios, y cómo esta distribución es un reflejo de las relaciones de clase en las sociedades capitalistas. Ambas áreas estarían entrelazadas, y el análisis de una influiría en la comprensión de la otra.<sup>27</sup>

Otros autores enfatizan el papel de la clase y la lucha de clases en la configuración de las relaciones de poder entre capitalistas y trabajadores. El equilibrio de poder en esta lucha de clases moldea el carácter del sistema político-económico, que a su vez da forma a las desigualdades sociales en general y en salud. En este sentido, Harvey<sup>15</sup> señala que, cuando los miembros de la clase trabajadora se organizan, pueden materializar sus intereses materiales en cambios sociales y políticos (establecimiento de sistemas de bienestar social y políticas sociales universales y redistributivas, por ejemplo, en la esfera del trabajo, la salud, la educación, *etc.*), lo que resulta en cambios aparentes en el sistema político-económico capitalista.

Por esta razón, Harvey<sup>15</sup> destaca la importancia de empoderar a la clase trabajadora, por ejemplo, a través de la organización política, el aumento de la densidad sindical y los disturbios laborales, como la participación en huelgas y movimientos sindicales de base amplia, y la lucha contra la explotación, la opresión, la jerarquía y la injusticia. Aun así, reconoce que la lucha general de la clase trabajadora debe incluir las luchas específicas de las feministas, los antirracistas, los inmigrantes, la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, *queer* e intersexuales, las personas con discapacidad, *etc.*, reconociéndolos como grupos sociales históricamente marginados y

oprimidos, así como expuestos a privaciones materiales excesivas y formas complejas de discriminación y explotación en el marco de la trabajo y sociedad en general.<sup>15</sup>

Sin embargo, Harvey<sup>15</sup> señala que estos **cambios sociales y políticos** conquistados por la clase trabajadora son solo concesiones de la clase capitalista y del Estado capitalista. Señala que hay que ir más allá y pensar en sistemas político-económicos alternativos, lo que implica extender el control democrático más allá de las esferas política, económica y laboral, que actualmente están controladas por las corporaciones, sus dueños capitalistas y altos directivos, y que se organizan (y a la sociedad) de acuerdo con sus propios intereses y no los de los trabajadores y el bienestar social.

Las decisiones económicas sobre qué producir, cómo producirlo y cómo distribuir esos productos estarían, al menos en parte, impulsadas por cuestiones de necesidad social y justicia distributiva, en lugar de intercambio de mercancías y maximización de ganancias.<sup>15(297)</sup>

Harvey<sup>15</sup> también aborda el tema de la raza en la economía política de la salud, como una nueva teoría en desarrollo, cuando aborda el tema de la raza *versus* la clase y explica la relación entre el racismo y el capitalismo, el imperialismo y el colonialismo. Desde el enfoque marxista, tenemos que el racismo es útil para el capitalismo. Sirve como una barrera para la unidad de la clase trabajadora, manteniéndola dividida. Facilita la explotación de la clase baja de trabajadores racializados. Además, también está el desarrollo de una ideología racista, que intenta racionalizar y justificar la jerarquía racial a través de factores biológicos, conductuales, culturales o morales. De esta manera, el racismo puede considerarse una herramienta a favor del capitalismo, favoreciendo la explotación del trabajo y el debilitamiento de la clase trabajadora, siendo, por lo tanto, decisivo en la generación de inequidades sociales, incluida la salud.

En publicaciones más recientes, Harvey<sup>28</sup> afirma la importancia de diversas teorías sociales críticas para analizar y comprender el proceso salud-enfermedad inserto en una realidad social, así como su papel crítico explicativo en la salud pública, además de la economía política de la salud, que proporciona un marco teórico para explicar la relación entre los sistemas económico-políticos, la estructura de clases, poder político y la distribución desigual de la morbilidad y la mortalidad en la población.

En este sentido, Harvey<sup>15</sup> destaca la teoría de Breilh de la determinación social de la salud, y la coloca en oposición a la de los determinantes sociales de la salud explicada por la OMS, que tiene una explicación teórica restringida de las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, sus orígenes, cómo se mantienen, cómo se legitiman socialmente y qué se podría hacer para cambiarlas. De esta manera, estará de acuerdo con la afirmación de Breilh de que esta teoría separa sistemáticamente los **factores de riesgo** social empíricamente observables y medibles de la teoría social y que puede explicarlos, ocultando así los complejos procesos sociales dialécticos y las relaciones de poder de las que surgen estos **factores de riesgo** y por cuyas lógicas los recursos se distribuyen de manera desigual e injusta.<sup>28</sup>

En la misma línea, en su más reciente libro "Epidemiología crítica y la salud de los pueblos", Breilh<sup>22</sup> reconoce la importancia de la economía política, incluyéndola como una de sus categorías de análisis para analizar y comprender la transdisciplinariedad y complejidad de la salud, desde el enfoque de la epidemiología crítica. En esta propuesta, explicará que el objeto de estudio de la epidemiología crítica abarca y articula múltiples dimensiones: de la sociedad en general, de sus formas particulares de vida social y de sus procesos personales cotidianos, con el fin de comprender las formas de encarnación socialmente determinadas -corporales y psicológicas-, una de las cuales son las enfermedades.

A nivel general, la teoría crítica del espacio, la sociedad y la cultura, junto con la economía política, se ocupa de los procesos de reproducción social por acumulación de capital, sus elementos espaciales y las relaciones políticas y culturales generales. La ecología crítica y la ecología política, como disciplinas que estudian el movimiento metabólico en lugares específicos de la sociedad, también participan en la comprensión de la determinación general. A nivel particular, el objetivo de la sociología y la antropología crítica es tratar con la clase social, el género y los procesos étnicos de determinación social; formas de vida posteriores; y la incorporación de patrones de exposición y vulnerabilidad. A nivel individual, el objetivo de la antropología crítica es comprender el movimiento determinante de los estilos de vida personales, mientras que la biología crítica, la psicología social y la psicología clínica tienen como objetivo comprender las vías terminales de las encarnaciones fisiológicas y psicológicas.<sup>22(192)</sup>

## **EL PENSAMIENTO DE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA POR JAIME BREILH**

Breilh<sup>10</sup> hace un análisis crítico de la práctica médica, relacionándola con características centrales del capitalismo. Señala que los modelos epidemiológicos han llegado a orientar un sesgo biológico predominante, desconociendo el fenómeno económico-social para comprender la dinámica y determinación de los fenómenos salud-enfermedad.

Según Breilh,<sup>10</sup> el pensamiento epidemiológico inscrito en la línea contagionista presupone que la salud debe ser regulada y supervisada por el Estado en beneficio de la sociedad, en todas las esferas de la actividad humana.

Breilh<sup>10</sup> reafirmará el carácter instrumental de la medicina y la epidemiología para el desarrollo del capitalismo a lo largo de la historia. Durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, la expansión imperialista de los países europeos y, posteriormente, de Estados Unidos en regiones de Asia, África y América Latina, motivada por la extracción de materias primas, provocó el surgimiento y aumento de enfermedades infecciosas tropicales en los trabajadores de estas regiones, debido a la enorme construcción de accesos terrestres y, a su vez, la mayor destrucción de la naturaleza, asociada al deterioro de las formas de trabajo, así como a la exposición a nuevos patógenos.

La investigación de las enfermedades infecciosas tropicales desde el punto de vista microbiológico se entendió como una de las soluciones con menor precio y adecuada al pensamiento capitalista. Así, se decidió apoyar a las escuelas e institutos con apoyo técnico y financiero, ya que la agresión contra el hombre por causas supuestamente naturales exonera a las clases dominantes de la responsabilidad de su enfermedad. La medicina se puso al servicio del capitalismo, en un contexto de mayor productividad en la historia de la humanidad, pero también de mayor destrucción de su recurso fundamental: la fuerza de trabajo humana.

El desarrollo de la microbiología se considera el mayor descubrimiento de la medicina, al modificar los conceptos sobre la causalidad y el tratamiento de la mayoría de las enfermedades. Y así, en la fase de consolidación de los monopolios capitalistas, permitió su expansión imperialista, llevando a los países subdesarrollados programas para la erradicación de la fiebre amarilla y la malaria, por ejemplo. El grupo Rockefeller fue uno de los pioneros en este sentido. A pesar de la naturaleza aparentemente

humanitaria de estos proyectos, en realidad tenían como objetivo mantener la productividad de las unidades establecidas en sus nuevas colonias. Además, las directrices de Institutos como el Laboratorio de Fatiga de *Harvard* se extendieron a través de las instituciones sanitarias poniendo en práctica los Principios de la Reforma Flexner. De esta manera, se consolidó un nuevo tipo de práctica médica basada en la infraestructura hospitalaria y las innovaciones tecnológicas, abriendo un largo período de predominio biológico y científico. En este contexto, rompió los vínculos con lo social.<sup>10</sup>

Así, el modelo científico-hospitalario logró la máxima articulación con las necesidades del modo de producción capitalista a través de los grandes hospitales, inicialmente pertenecientes a la seguridad social. Estos funcionaron como instrumentos de conciliación, absorbiendo las demandas de los trabajadores que exigían mejores condiciones de salud y los requisitos de capital para reparar la fuerza laboral enferma.<sup>6</sup>

La epidemiología, como ciencia tal como fue creada, esencialmente biologizante, ha pasado por diferentes etapas tanto en el enfoque dado a las enfermedades como en la forma en que se conceptualizó. En este sentido, el modelo se basó esencialmente en el **causalismo**. El punto de partida fue la teoría unicausal, cuando la enfermedad se consideró producto de un agente patógeno, y la teoría multicausal, cuando se consideraron varios factores en el proceso de la enfermedad, incluida la visión de la tríada ecológica de Leavell y Clark.<sup>6</sup>

Contrariamente a este movimiento biologizante destinado a satisfacer los intereses capitalistas, un nuevo proyecto epistemológico comenzó a desarrollarse a principios de la década de 1970. Los autores pertenecientes a este movimiento argumentaron que las prácticas convencionales, al considerar los factores de riesgo como un punto clave en la producción de conocimiento en salud, se verían limitadas en la explicación profunda del proceso salud-enfermedad, al analizar a los individuos de forma aislada. Sería, por tanto, una lógica lineal y fragmentada, al visualizar de forma no dialéctica los efectos individuales sufridos en función de factores externos.<sup>6</sup>

En este sentido, la construcción de una epidemiología crítica requirió extrapolar los análisis del cuidado con procesos individuales de bienestar centrados en lo biológico y genético a los desafíos inherentes a los procesos sociales y la relación con el trabajo. Breilh<sup>10</sup> señala que la epidemiología crítica pasó por varias etapas, influenciada por el

movimiento internacional y por la maduración de las discusiones teórico-metodológicas que se presentaron.

A principios de la década de 1970, las categorías centrales se basaban en una **nueva objetividad en epidemiología**. En este primer momento, la crítica se centró en la discusión del modelo positivista de pensamiento sobre la salud basado en el examen de los **factores de riesgo** y el **causalismo** como estructurante. El debate tuvo como objetivo avanzar desde el **causalismo** y la teoría del riesgo hasta la concepción de la determinación.<sup>6</sup>

Entre 1991 y 1995, buscamos analizar los efectos de la triple inequidad en la determinación de la inequidad en salud – social, de género y de clase étnica. Durante este período, categorías como reproducción social, forma de vida, clases sociales y perfil epidemiológico se agregaron a la idea de determinación, ampliando la visión crítica desarrollada hasta entonces.

Finalmente, en el período que comienza en 1995 y continúa hasta nuestros días, los estudios de epidemiología crítica de Breilh<sup>6</sup> se concentraron en la construcción de un **neohumanismo popular y una nueva subjetividad**. En esta fase, la epidemiología amplía el sentido crítico sobre el tema y propone relacionar la ciencia con la nueva concepción de género según una perspectiva social metacrítica y una praxis intercultural.

El debate trazado desde la década de 1970 permite observar el camino que la epidemiología crítica siguió inicialmente en la discusión de su objeto, rediscutiéndolo y estructurándolo desde una nueva perspectiva; posteriormente, se reconstruyó el sujeto de su acción y, finalmente, la articulación de estos dos **nuevos** elementos, a través del movimiento de una epidemiología metacrítica e intercultural.<sup>29</sup>

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Este ensayo presenta una reflexión teórica sobre los enfoques de pensamiento de Michael Harvey y Jaime Breilh. Harvey, sobre la relación entre el sistema económico-político capitalista y las desigualdades sociales en general y en salud, discutido a la luz de la economía política de la salud y Breilh sobre epidemiología crítica.

La epidemiología crítica, discutida y desarrollada por Breilh, busca extrapolar los análisis del cuidado con procesos individuales de bienestar centrados en lo biológico y

genético a los desafíos inherentes a los procesos sociales y la relación con el trabajo. El debate aporta argumentos que van en contra de los de la epidemiología biologizante, que aún persiste y que basa la práctica de la medicina como respuesta al capital, en modelos centrados en el individuo, de alta especialización tecnológica y en el ámbito hospitalario.

El texto de referencia de Harvey revisita la teoría marxista en un diálogo con autores que fundamentan los orígenes de la economía política y, posteriormente, la economía política de la salud para abordar la forma en que la salud pública se ha posicionado en el siglo XXI frente a las desigualdades sociales y de salud que persisten a pesar del grado de desarrollo alcanzado. En este sentido, Breilh enriquece la discusión al diferenciar la inequidad de la desigualdad. Considera que sin esta distinción, el análisis estratégico se centra en la desigualdad y sus efectos, sin centrarse en sus determinantes, entendiendo que la desigualdad es en realidad la expresión de la desigualdad. La desigualdad es una evidencia relevante en los datos estadísticos, pero para su correcta comprensión es necesario desentrañar la desigualdad que la produce. Él describe esta diferencia en detalle<sup>6</sup>:

[...] la desigualdad es una injusticia o inequidad (es decir, con i) en el acceso, una exclusión producida en relación con su beneficio, una disparidad en la calidad de vida. Mientras que la inequidad (es decir, con y) es la falta de equidad, que es una característica inherente a una sociedad que impide el bien común e instituye la inviabilidad de una distribución humana que provea a cada uno de acuerdo con su necesidad y le permita desarrollarse plenamente de acuerdo con su capacidad.<sup>6(201)</sup>

Los aportes aportados por los autores avanzan analizando al hombre como un sujeto complejo que se inserta en una realidad que está en constante cambio y por lo tanto requiere una mirada crítica sobre sus relaciones con el otro y con el entorno. El proceso de la enfermedad, las discusiones sobre la salud pública y su modo de intervención requieren una mirada crítica para satisfacer las necesidades que se imponen.

## **CONTRIBUCIÓN AUTORAL**

ANM, BCF, CBS, HHR, LGWA, MAZO y SHA llevaron a cabo la conceptualización, metodología, investigación, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición y visualización de manera igualitaria.

## REFERENCIAS

1. Carnut L, Pires JSM, Mendes Á. Economia e saúde: aproximações para uma abordagem da economia política crítica marxista. *Marx Marx*. 2021;9(16):122-56. <https://doi.org/10.62782/2318-9657.2021.362>.
2. Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política de saúde. São Paulo: Hucitec; 1986.
3. Carnut L, Mendes Á. Pensamento econômico e saúde: a crítica de Braga e Paula à visão neoclássica revisitada. *Crit Revolucionaria*. 2022;2:e001. [https://doi.org/10.14295/2764-4979-CR\\_RC.v2-e001](https://doi.org/10.14295/2764-4979-CR_RC.v2-e001).
4. Lamy RLR. Iniquidades sociais e saúde bucal: análise da produção científica no campo da saúde bucal coletiva [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
5. Escola Nacional de Saúde Pública. Determinantes Sociais da Saúde: o que é? [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020 [citado em 23 dez. 2022]. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/> Informar o termo/expressão consultada.
6. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
7. Harvey M, McGladrey M. Explaining the origins and distribution of health and disease: an analysis of epidemiologic theory in core Master of Public Health coursework in the United States. *Crit Public Health*. 2018;29(1):5-17. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1535698>.
8. Salamanca-Camargo Y, Gamboa DNT. Estudio bibliométrico de artículos publicados en revistas científicas sobre psicología de la salud en Colombia (2010-2020). *Rev Psicol Univ Antioq*. 2022;14(1):e344103. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e344103>.
9. Breilh J. Crítica a la interpretación ecológica funcionalista de la epidemiología: un ensayo para desmitificar el proceso salud-enfermedad [dissertação]. Ciudad de México: Universidade Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 1977.
10. Breilh J. Epidemiologia: Economia, política e saúde. São Paulo: UNESP; 1991.
11. Breilh J. Entrevista: Jaime Breilh. *Trab Educ Saude*. 2015;13(2):533-40. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00071>.

12. Breilh J. *Curriculum vitae: Jaime Breilh Paz y Miño*. [Sucre]: Universidad Andina Simón Bolívar; 2021 [citado 23 dez. 2022]. Disponible en: <https://www.uasb.edu.ec/wp-content/uploads/2021/04/Jaime-Breilh.pdf>.
13. Harvey M. *Perfil: Michael Harvey*. Philadelphia, PA: College of Public Health, Temple University; 2021 [citado 23 dez. 2022]. Disponible en: <https://cph.temple.edu/sites/cph/files/node/profile/resume/Michael%20Harvey%20CV%20Jun%202021.pdf>.
14. Harvey M. Political economy of health research for universal health coverage: an outline of a theoretical and methodological agenda. *Ann Glob Health*. 2016;82(3):329-330. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.04.008>.
15. Harvey M. The political economy of health: revisiting its marxian origins to address 21st-century health inequalities. *Am J Public Health*. 2021;111(2):293-300. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305996>.
16. Waitzkin H., Waterman B. *The exploitation of illness in capitalist society*. Indianapolis: Bobbs-Merrill; 1974.
17. Navarro V. *Medicine under capitalism*. New York: Prodist; 1976.
18. Doyal L, Pennell I. *The political economy of health*. London: Pluto Press; 1979.
19. Laurell AC. Work and health in Mexico. *Int J Health Serv*. 1979;9(4):543-68. <https://doi.org/10.2190/49B4-MB4C-56GU-BEX4>.
20. Breilh J. *Epidemiología: economía, política y salud. bases estructurales de la determinación social de la salud*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2010.
21. Engels F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo; 2008.
22. Breilh J. *Critical epidemiology and the people's health*. New York, NY: Oxford University Press; 2021. <https://doi.org/10.1093/med/9780190492786.001.0001>.
23. Allende S. *La realidad medico social chilena*. Santiago: Lathrop; 1939.
24. Espejo E. *Reflexiones sobre el contagio y la transmisión de las viruelas*. Quito: Imprenta Municipal; 1930.
25. Raphael D, Bryant T. Maintaining population health in a period of welfare state decline: political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice. *Promot Educ*. 2006;13(4):236-42.
26. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. 2001;30(4):668-77. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>.
27. Baer HA. On the political economy of health. *Med Anthropol Newsl* [Internet]. 1982;14(1):1-17. <https://www.jstor.org/stable/648038>.

28. Harvey M. How do we explain the social, political, and economic determinants of health?: a call for the inclusion of social theories of health inequality within U.S.-based public health pedagogy. *Pedagogy Health Promot.* 2020;6(4):246-52. <https://doi.org/10.1177/237337992093771>.
29. Souza IFP, Mendes Á, Carnut L. História política e pensamento epidemiológico: Breilh e a economia política da saúde. *Rev Guillermo Ockham.* 2019;17(1):77-84. <https://doi.org/10.21500/22563202.403>.