

CAPÍTULO 1

Algunas Consideraciones Acerca de las Determinaciones Sociales de la Salud

Susan López y Laura E. Otero Zúcaro

Introducción

Desde hace varias décadas se reactualizó la discusión de que los problemas de salud-enfermedad no tienen como única explicación las cuestiones biológicas sino que es imperativo tener en cuenta otras dimensiones.

Este capítulo tiene la pretensión de realizar un recorrido sobre los principales conceptos e ideas que se debatieron desde pasada la mitad del siglo XX hasta los más actuales de las primeras décadas de este siglo. Asimismo realizaremos un punteo sobre los primeros antecedentes que marcaron el inicio de la visión social en el siglo XIX.

Nuestro desafío es acercar algunas herramientas de análisis teóricas y metodológicas para comprender las dimensiones y relaciones que influyen y/o condicionan y/o determinan al Proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (PSEAC) de los grupos sociales. Así como también, considerar la transversalidad de la conceptualización de la Determinación Social de la Salud.

Para alcanzar nuestro objetivo realizaremos una aproximación con un breve desarrollo sobre los principales antecedentes que dieron lugar al surgimiento de los conceptos de Determinantes Sociales de la Salud elaborado por la OMS y al de Determinación Social de la Salud (DSS) impulsado por la corriente latinoamericana de Medicina Social/Salud Colectiva.

Por otra parte, buscaremos mostrar las diferencias, tensiones y discusiones, que se presentan entre ambos conceptos: determinantes y determinación social de la salud y las posturas que defienden los puntos de vista de la salud pública más tradicional y la del pensamiento crítico expresada por la corriente de la Medicina Social Latinoamericana. Para dar cuenta de ello, nos centraremos en las dimensiones que cada visión tiene en cuenta para explicar el complejo y multidimensional campo de la salud.

Antecedentes

Si bien las discusiones y debates en relación a la visión social de la enfermedad data desde hace ya casi dos siglos de la mano de pioneros de la Medicina Social como Louis R. Villermé (Francia, 1820); Rudolf Virchow (Alemania, 1848); Edwin Chadwick y Friedrich Engels (Inglaterra, 1842 y 1848); y Bialet Massé (Argentina, 1904), entre otros, la disputa por el origen de la enfermedad y la comprensión del fenómeno salud/enfermedad encuentran aún hoy enconados debates.

A mediados del siglo XIX, a pedido del gobierno prusiano, Virchow estudió la epidemia que azotaba a la Alta Silesia³ y llegó a la conclusión que el origen de la misma eran las desfavorables condiciones climáticas. Al invierno siguiente hubo un brote de *Tifus* y allí observó que esta azotó principalmente a los sectores más pobres. A partir de estos estudios Virchow llegó a la conclusión que la pobreza era el origen de muchas enfermedades. Sus aportes son considerados pioneros desde la perspectiva de la visión social para explicar la relación entre condiciones de vida y el fenómeno salud-enfermedad.⁴ Esta idea fue consolidándose con otros estudios, principalmente epidemiológicos, en diferentes lugares de Europa⁵. Por otra parte, es importante resaltar que los estudios realizados por B. Ramazzini⁶ en el norte de Italia, hacia principios del siglo XVIII, habían demostrado la relación directa entre trabajo y patologías. Él es quien incorpora como pregunta relevante, dentro del interrogatorio que el médico le hace al enfermo, **“qué oficio desempeña”**, considerando la importancia que las condiciones de trabajo tienen sobre la condición de salud-enfermedad.

Otros estudios no provenientes de la medicina, también realizaron contribuciones en este sentido y afianzaron la idea de que existen muchas otras dimensiones a tener en cuenta que nos aproximan a una respuesta más clara del origen social de las enfermedades. Por ejemplo: en 1842 el Ingeniero Edwin Chadwick, cuyos aportes contribuyeron a la creación de la ley de Salud Pública de 1848, en el informe *“Las Condiciones Sanitarias de la Población trabajadora de Gran Bretaña”*⁷, argumentó que la mayoría de las enfermedades se propagaban principalmente entre la clase trabajadora con peores condiciones de vida. Otro relevamiento significativo fue el realizado por el filósofo y politólogo Friedrich Engels en 1845 sobre *“Las condiciones de vida de la clase obrera de Inglaterra”*. En nuestro país también fue de relevancia el informe realizado por

³ Alta Silesia es una región histórica de la Europa central, localizada actualmente en Polonia, la República Checa y por una pequeña parte en Eslovaquia.

⁴ Para ampliar véase Dubos 1975. Páginas 161-162.

⁵ Peter Frank, Villermé, Von Petenkoffer, médicos contemporáneos en ese momento en Europa, fueron quienes analizaron la estrecha relación entre condiciones de vida, trabajo y enfermedades.

⁶ Ramazzini, Bernardino. Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores. pág.13 de la versión traducida en 1743.

⁷ Para ampliar véase el extracto del informe de Chadwick de 1842.

Juan Bialet Massé en el año 1904 sobre “El estado de la clase obrera en el interior de la República.” Se trató de un estudio exhaustivo de la realidad de hombres, mujeres, niños, indígenas y extranjeros en los diferentes ámbitos laborales del interior del país, que dio lugar al surgimiento de la Ley Nacional del Trabajo y a reformas concernientes al descanso dominical, la restricción de la jornada, los seguros por accidentes de trabajo, medidas de seguridad e higiene en las fábricas, entre otras.⁸

Estos trabajos que recorren más de dos siglos, buscan explicar el origen de las enfermedades que provocan la muerte o deterioran y disminuyen el rendimiento de la fuerza laboral en pleno despegue de la Revolución Industrial. En todos los casos se hizo particular hincapié en la relación entre condiciones de vida y de trabajo para demostrar, con bastante claridad, que el origen de las enfermedades no es solamente biológico sino que participan otras dimensiones que están en relación directa con las condiciones materiales de existencia.

Para ese entonces el conocimiento médico era escaso y las enfermedades se explicaban a partir de lo que se conoció como “miasmas”.⁹ Con ese conocimiento y en ese contexto se iniciaron las primeras medidas de higiene pública y la corriente de salubristas e higienistas cobró relevancia. Todas estas contribuciones, que se realizaron durante gran parte del siglo XIX, fueron cuestionadas hacia fines del mismo siglo a partir del descubrimiento del microbio o germen. Así, de la mano del revolucionario invento del microscopio, surgió la Teoría del Germen o Microbiana que explicó la causa de la enfermedad a partir de la presencia de un microorganismo que la desencadena, minimizando o ignorando las cuestiones sociales y medioambientales tal como habían sido descritas por los trabajos antes mencionados.

Esta teoría se arrogó la primacía de la explicación de la causa de las enfermedades infecciosas, que para entonces era el mayor flagelo que enfrentaba la humanidad y en general se presentaba en forma de epidemia, como por ejemplo la peste bubónica, la fiebre amarilla, etc. Sin embargo, la misma no explicaba las enfermedades no infecciosas como el cáncer, las enfermedades crónico degenerativas, las cardíacas, las provocadas por deficiencias de vitaminas y minerales, etc.

Entonces cabe preguntarnos: ¿Qué cuestiones están presentes en estas formas de enfermar? ¿Cuáles son las causas y/o los orígenes de esas otras enfermedades? ¿Qué otras dimensiones debemos considerar?

Estos y muchos otros interrogantes fueron indagados por diferentes estudios sobre el origen de las enfermedades. Las respuestas parciales a estos interrogantes comenzarán a desarrollarse a partir del siglo XX.

⁸ Para ampliar véase el Informe Bialet Massé 1904. Tomos I, II y III.

⁹ Algo impreciso, que pulula por el ambiente producto de los hedores de cuerpo enfermos, o sustancias en descomposición y/o desechos.

Por todo lo desarrollado podemos resumir, en forma muy escueta, que las teorías sobre las causas de las enfermedades surgidas y sostenidas por los primeros epidemiólogos en el transcurso de los siglos XVIII y XIX, se dirimieron entre posiciones extremas sobre si la enfermedad era sólo de orden biológico individual o social y si respondían a una causa o era multicausal.

Siglo XX y Después...

Los epidemiólogos que estudiaron la distribución y la frecuencia de la morbimortalidad en la población en el siglo XX, incursionaron en observaciones que los motivaron a repensar e incorporar otras dimensiones para sus investigaciones. En sus estudios incluyeron otras categorías, además de las tradicionales de la salud pública -edad, sexo, lugar de residencia, mortalidad, morbilidad- para analizar cómo influían determinadas situaciones en las condiciones de vida y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas.¹⁰

Los aportes de McKeown (1990) sobre la relación entre el desarrollo de los modos de producción y formas de enfermar y morir de la población humana, son una contribución relevante a la hora de pensar la complejidad del fenómeno salud/enfermedad: *"...las enfermedades no contagiosas que han desplazado en gran parte a las infecciones en los países desarrollados son enfermedades nuevas que pueden atribuirse a condiciones de vida creadas por la industrialización (McKeown, 1990.pág 299)*

Durante el transcurso del siglo XX dando continuidad a la profundización de las exploraciones descritas, en el campo de la salud se desarrollaron y propusieron varios modelos para explicar los determinantes sociales como factores influyentes en la salud de la población. La mayoría de ellos consideraba como punto de reflexión la relación entre desigualdades sociales y desigualdades en salud, entre los que podemos destacar: H. Laframboise y M. Lalonde *'Modelo Holístico'* (Canadá, 1974); D. Black *'Black Report'* (Reino Unido, 1980)¹¹, G. Dahlgren y M. Whitehead *'Modelo Arco Iris'*¹² (Reino Unido, 1991); F. Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead 2001)¹³, J. Mackenbach (Países Bajos, 1994)¹⁴; M. Marmot y R. Wilkinson (Reino Unido, 1999)¹⁵. Estas propuestas influenciaron en la definición y el modo de abordaje sobre los DSS por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹⁰ Para ampliar y profundizar el contexto histórico del desarrollo de la epidemiología sugerimos ver el artículo de López Moreno Sergio y Col (2000)

¹¹ El famoso Black Report, editado por Black y Moris en 1980, que mostraba un gradiente notable de mortalidad entre los grupos socio-ocupacionales de la sociedad inglesa.

¹² Puede encontrarse también como 'Rainbow model' o 'Modelo Capas de Influencia' o 'Modelo Multinivel'.

¹³ Puede encontrarse como Modelo *estratificación social y producción de enfermedades*.

¹⁴ Puede encontrarse como Modelo *selección y la relación de causalidad*.

¹⁵ Puede encontrarse como Modelo *producción de inequidades en salud a lo largo de la vida o influencias múltiples a lo largo de la vida*.

La Organización Mundial de la Salud

Iniciado el siglo XXI, la OMS se cuestionó la meta de *Salud para todos en el año 2000*¹⁶, razón por la que en la 57ª Asamblea Mundial de Salud el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr. Lee Jong-wook, expuso la necesidad de abordar las relaciones entre la salud, la equidad y el desarrollo a través de la creación de una comisión encargada de recoger datos sobre las causas sociales y ambientales de las desigualdades en materia de salud y la forma de corregirlas, con el fin de reorientar los lineamientos para garantizar el derecho a la salud global.¹⁷

Esta comisión llevó el nombre de *Comisión de Determinantes Sociales de la Salud* (CDSS) y se creó en el año 2005. Definió a los DSS como:

...los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: *la distribución del poder*, los ingresos y los bienes y servicios; *las circunstancias que rodean la vida de las personas*, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; *sus condiciones de trabajo y ocio*; y *el estado de su vivienda y entorno físico*. La expresión «determinantes sociales» resume pues el *conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud*. (OMS,2008, p.1)

Su lema central giró en torno a la salud como una meta social y una responsabilidad concerniente a toda la sociedad, desarrollándose a partir de dar respuesta a tres objetivos:

- 1- apoyar cambios de las políticas sanitarias en los países mediante la elaboración y promoción de modelos y prácticas eficaces, y basados en la evidencia, que aborden los determinantes sociales de la salud;
- 2- apoyar a los países a hacer de la equidad en salud un objetivo compartido por los diferentes sectores de gobierno y al cual contribuyan distintos actores sociales; y
- 3- ayudar a la construcción de un movimiento mundial sostenible para actuar sobre la equidad en salud y los determinantes sociales, estableciendo relaciones entre gobiernos, organizaciones internacionales, centros de investigación científica, sociedad civil y comunidades. (OMS; 2006, p.6)

En el Informe final de la CDSS titulado ***Subsanar las desigualdades en una generación*** realiza las siguientes recomendaciones generales: 1) Mejorar las condiciones de vida, 2) Luchar

¹⁶ Cuando se planteó este objetivo, la comunidad mundial nucleada en Asamblea, tenía la intención de reducir la pobreza preservando y mejorando, a su vez, la salud de los pueblos, pero a lo largo del tiempo se encontraron con la inequidad de los sistemas de salud tanto en el interior de los países como entre ellos. Para ampliar véase Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 1978.

¹⁷ Documento (A57/3; 2004).

contra la distribución desigual del poder el dinero y los recursos y 3) Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. (OMS; 2008. Pág. 2)

La creación de la CDSS también contempló la participación de la sociedad civil, esta estrategia fue recibida con distinto grado de aceptación por las diferentes organizaciones sociales, políticas y científicas, quienes fueron invitadas para debatir y trabajar sobre el problema de las desigualdades en salud en el contexto de América Latina. Dentro de las cuestiones que se resaltaron, se abordó el impacto de las políticas neoliberales implementadas en la región a partir de los años 80. Estas reuniones, desarrolladas entre los años 2006-2007, tenían como finalidad colocar el tema de DSS, el derecho a la salud y la equidad en salud como parte de la agenda de análisis y acción política en la región latinoamericana.

El diagnóstico inicial sobre la situación de América Latina sostuvo que:

“La característica más importante en el continente latinoamericano es la enorme desigualdad económica que se traduce en una profunda inequidad social, que impacta negativamente a la salud. Esto ha traído como consecuencia grandes violaciones al derecho a la salud, profundizadas por la orientación dada a comienzos de la década del '90 por los organismos multilaterales para estructurar los servicios de salud desde una lógica de mercado. (OMS 2006. p.5)

Cabe destacar que es también en la década de los años '90 cuando el concepto de desigualdad fue deconstruido. De este modo, las desigualdades en salud fueron discutidas y analizadas a la luz de indagar otros aspectos e indicadores que la distinguen como sinónimo de diferencia o disparidad en salud. Se incursiona sobre otras dimensiones del mismo fenómeno, que muestran además que la desigualdad puede ser injusta, evitable y/o innecesaria. Estos conceptos asumen una dimensión central en la definición de inequidad y marcan la diferencia entre desigualdad e inequidad. El concepto de inequidad fue reeditado y reformulado por Margaret Whitehead en 1991¹⁸, en el contexto de auge de las políticas neoliberales que profundizaron las desigualdades sociales, principalmente en los países subdesarrollados como en el caso de Latinoamérica.

Las discusiones en los encuentros promovidos por la CDSS giraron alrededor de las orientaciones de los sistemas de salud. Algunas propuestas estuvieron en sintonía con los modelos hegemónicos, neoliberales y pro mercado como los casos de Chile y Colombia y otros con posturas contrahegemónicas en defensa de los sistemas públicos y del derecho a la 'salud para todos' como por ejemplo -aunque con diferencias entre ellos- Cuba, Brasil y Costa Rica. (OMS.2006-b.p.6)

¹⁸ El término **inequidad** tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además se consideran injustas. ... La **desigualdad en salud** es un término empleado comúnmente en algunos países para indicar diferencias sistemáticas, evitables e importantes. (Whitehead.1991:pag.3)

Estos debates no solamente enfatizaron efectos que subyacen en los sistemas de salud, sino que además promovieron **discusiones acerca de la influencia de los factores determinantes de la salud**. Una de las cuestiones centrales fue si bastaba identificarlos o si era necesario conocer cómo, cuánto, con qué dinámica participaban en el mejoramiento o no de las problemáticas del Proceso-Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado.

Mirada latinoamericana: Medicina Social /Salud Colectiva

Antecedentes

Latinoamérica tiene una larga trayectoria en estudios sobre la relación entre ciencias sociales y salud. Dentro de los pioneros del movimiento de la Medicina Social Latinoamericana (MSL) encontramos a Juan César García¹⁹ quién renovó, hacia fines de los años '60 principios de los '70 del siglo XX, la forma de analizar el Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA) en nuestro continente.

Este movimiento surgió del encuentro entre académicos y trabajadores del campo de la salud que cuestionaban la política económica desarrollista. Este grupo observó que contrariamente a lo que sostenía este modelo, la salud pública entró en crisis aún a pesar del sostenido crecimiento económico de las décadas anteriores. Las desigualdades ante la enfermedad y la muerte mostraron mayores diferenciales entre clases sociales y un aumento de la inequidad en el acceso a los servicios de atención. En ese contexto, y desde la perspectiva del pensamiento crítico basado en categorías de análisis marxistas, se consolidó la corriente de la Medicina Social Latinoamericana (MSL) (Iriart y col, 2002). Cabe destacar que el movimiento de Salud Colectiva nacido en Brasil, que pone el eje en la praxis en salud, confluye con las mismas líneas de abordaje conformando lo que hoy conocemos como Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana (MS/SC)

Desde sus inicios esta corriente realizó profundos debates sobre teorías, métodos y estrategias de cambio marcando su visión crítica y diferenciándose de la salud pública anglosajona. Esto trajo aparejada la introducción de nuevas dimensiones y categorías de análisis. Una de las cuestiones centrales tuvo que ver con la unidad de análisis: ***“La medicina social considera a la población y las instituciones como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que la componen”*** (Iriart y col. 2002. pág.130)

Es importante remarcar, en relación al tema que nos convoca este texto, que ***la MS/SC conceptualiza el fenómeno salud/enfermedad como un proceso dialéctico que se desarrolla en un contexto histórico determinado***. Los trabajos de Laurell (1982 y 1986) sobre la salud-

¹⁹ Para ampliar sobre la vida y trayectoria de Juan Cesar García, véase el artículo de Galeano y otros de 2011.

enfermedad como proceso social son contundentes a la hora de demostrar el carácter social de la enfermedad y la relación entre las formas de trabajo y la determinación del PSE.

El carácter histórico y social del proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta. Estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra. (Laurell,1986. p.2)

En ese mismo contexto y bajo esta línea de pensamiento, surge la **epidemiología crítica** que hace hincapié en las condiciones sociales que determinan las formas de vida que asumen los grupos humanos, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y las relaciones de poder.

Resumiendo podemos decir que, desde su surgimiento la corriente de MS/SC consideró las dimensiones políticas, económicas y socioculturales en clave histórica para profundizar el conocimiento y saber sobre salud. Así desde sus inicios la epidemiología crítica, que surgió al amparo de esta línea de pensamiento, tiene como una de las categorías centrales a los determinantes sociales de la salud. Los mismos se edificaron como el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública (Breilh, 2013), proponiendo un nuevo método de abordaje que permite comprender la dinámica de la relación dialéctica entre la reproducción social y los modos de vivir, enfermar y morir de los grupos humanos, acuñándose la terminología de **determinación social de la salud**.

La determinación social de la salud

Con una perspectiva similar a la desarrollada por la medicina social europea, en términos de que las condiciones sociales son determinantes de la salud, la MS/SC latinoamericana se diferencia de esa visión sosteniendo que las explicaciones monocausales, simplistas y lineales del origen de la enfermedad no son adecuadas para comprender en profundidad las condiciones que son determinantes en el desarrollo de las enfermedades. Incluso plantea que los modelos epidemiológicos multicausales que consideran la interacción entre huésped, agente y ambiente tampoco logran explicar los vínculos de la dinámica de las condiciones sociales que están presentes en el PSEC.

La década de los años '70 fue un punto de inflexión en el cuestionamiento de las formas que asume la hegemonía de la medicina científica. Desde Foucault (1968,1993), Illich (1974), Dubos (1975), Boltanski (1975), Menéndez (1990), entre otros, demostraron que el modelo de atención médica estaba íntimamente relacionado con las estructuras de poder al interior de la disciplina y vinculado con otras áreas del campo sanitario como la industria farmacéutica y el acelerado desarrollo la industria de equipamiento de tecnología médica.

Breilh (2010) nos recuerda que la MS/SC latinoamericana se había adelantado en tres décadas a la OMS, pero el pensamiento anglosajón invisibiliza la producción latinoamericana.

La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación estructural ligada a la lucha de los movimientos sociales, no la transformación de 'riesgos' aislados, o 'factores determinantes' ligada a las preocupaciones de la burocracia internacional (Breilh, 2010.p.99).

¿Cuándo y por qué comenzó a hablarse de determinación social? Esta conceptualización surge en el marco de **repensar las relaciones dialécticas entre condiciones de vida y el PSEC en la dinámica que asumen las políticas económicas e ideológicas en determinados contextos históricos sociales.**

Catalina Einbeschütz (2011) lo clarifica resumiéndolo de la siguiente manera:

Se comprende la determinación social de la salud de manera compleja, es decir, se reconocen los aportes que al respecto han hecho la MS y SC en cuanto va más allá de la causalidad y del sujeto moderno cartesiano; se la ubica como dinámica, en movimiento permanente, histórica y social. Así, la explicación se puede saldar con la multidimensionalidad, en la medida en que la explicación se da en los planos: ontológico, epistemológico y praxiológico. Lo anterior implica el reconocimiento de la no linealidad; la multiplicidad de las relaciones entre la reproducción y la generación, lo individual y lo colectivo; las jerarquías en relación con la autonomía y la subsunción, y las relaciones múltiples entre lo general, lo particular y lo singular. (Einbeschütz y otros; (2012.págs:274-275)

Determinantes y Determinación. Debates y Diferencias

Sin duda, introducir a las condiciones sociales como una dimensión clave que influye, condiciona y determina el PSEC, fue un gran avance para la comprensión de las problemáticas relacionadas con el campo de la salud. Sin embargo, el modo, la dinámica y los mecanismos que asumen los factores 'determinantes', encuentran diferencias sustanciales entre lo que propone la OMS y la epidemiología crítica de la MS/SC.

La CDSS de la OMS parte principalmente del abordaje de la epidemiología social europea, según la cual hay dos tipos de determinantes sociales. 1.- **Los estructurales:** a) contexto socioeconómico y político; y b) posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, 2.- **Los intermedios** que vinculan el anterior con los resultados en salud.

Como mencionamos anteriormente, la OMS define a los determinantes de la salud como:

El conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. (OMS,2008, p.1)

Por su parte, la epidemiología crítica cuestiona este abordaje y sostiene que esta propuesta asume una postura que busca influir principalmente sobre esos factores aislados, más que sobre los procesos estructurales que dieron lugar a las inequidades en salud. Este planteamiento puede resumirse con los argumentos de Breilh (2008), quien sostiene que la CDSS adoptó una posición neo-causalista porque los determinantes sociales son vistos como factores de riesgo dejando de lado el análisis de la determinación como procesos y modos históricos estructurados.

En este sentido, señala que la MS/SC latinoamericana ha avanzado en superar este enfoque por varias vías: *contextualizando la exposición dentro de modos de vida, estudiando la dialéctica entre lo individual y lo colectivo y a la salud como objeto complejo multidimensional.* (González Guzmán, 2009. Pág. 136)

Para la MS/SC:

La determinación social se refiere a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos en términos de su configuración histórica. Requiere la comprensión de las articulaciones entre estructuras y sujetos sociales con sus capacidades de acción y de sentido que se expresan en forma sintética en modos de vida y perfiles de salud de los colectivos humanos. (López Arellano. 2013.p 145)

La riqueza de las discusiones y los debates giran en torno al eje de la tensión entre la interpretación desde la causalidad lineal y el de la complejidad para la comprensión de los procesos de salud enfermedad.

En cuanto a la relación y diferencias entre los conceptos determinantes y determinación podemos decir que la MS/SC sostiene que:

- Los **determinantes** sociales son expresión de la **determinación** social.
- La determinación social **se configura en momentos particulares** de las sociedades y grupos específicos.
- La **determinación social no es un listado de condicionantes y /o factores** de aplicación general, ni se reduce a datos empíricos, estadísticos o indicadores.
- **La determinación social es intrínseca al PSEAC.**

Por último, otra de las cuestiones centrales que el MS/SC le critica a la OMS es la falta de consideración de los procesos medulares que influyen en la producción y reproducción de las inequidades sociales en salud. Así como también la no consideración de la interrelación dinámica entre diferentes dimensiones, como migración, género, interculturalidad, condiciones de vida, clase social, economías desarrolladas y subdesarrolladas, entre otras. (Borde,2015.pág.845).

El PSEC puede ser realmente comprendido en la complejidad de la multidimensionalidad que lo atraviesa sin descuidar el contexto sociohistórico y político donde transcurre.

Reflexiones Finales

La visión social que enarbó de forma estrecha la relación de las enfermedades con las condiciones sociales puede ubicarse hacia fines del siglo XVIII y principios del XIX, cuando el modo de producción capitalista emprende su vigoroso despegue.

Las posibles vinculaciones entre enfermedades, condiciones de vida y de trabajo en ese contexto fueron observadas por médicos y políticos estudiosos de las transformaciones que generaba la revolución industrial. No obstante, será recién en el siglo XX cuando las evidencias se hicieron manifiestas, con la aparición de enfermedades no infecciosas como las cardiovasculares, crónicas degenerativas, hipertensión, diabetes, entre otras -en gran parte porque el homo sapiens solamente había logrado controlar algunas las enfermedades infecciosas-.

Los avances de las ciencias médicas y la tecnología aplicadas a la medicina monopolizaron el discurso y el saber sobre las cuestiones de salud/enfermedad, subalternizando y despreciando aquellos saberes ancestrales y no occidentales.

La década de los años '70 del siglo XX fue un punto de inflexión en el cuestionamiento de las formas que asume la hegemonía de la medicina científica. Se analizaron los efectos iatrogénicos, no deseados y dañinos para la salud, que generaba la expansión de las prácticas médicas en la sociedad de consumo capitalista. Fue la época también donde la MS/SC comenzó a estudiar el impacto de las condiciones de trabajo y los estilos de vida en estrecha vinculación con los modelos económicos, observando profundas diferencias en las formas de vivir, enfermar y morir de las diferentes clases sociales según el contexto histórico. Es decir, que la MS/SC desde sus inicios estudió la *determinación social de la salud*, aspecto que invisibilizaron los epidemiólogos anglosajones.

Es recién a principios del siglo XXI cuando el principal organismo mundial de la salud, frente al fracaso de la estrategia de *Salud para todos en el año 2000* y al aumento de las desigualdades en salud, crea una comisión para estudiar los determinantes sociales (CDSS). Sin duda, fue un gran avance que la OMS incorpore otras dimensiones para la comprensión de las problemáticas relacionadas con el campo de la salud. Sin embargo, la propuesta de la CDSS, de los factores determinantes de la salud es criticada por la MS/SC latinoamericana.

Existen diferencias sustanciales entre ambas propuestas. En primer lugar MS/SC sostiene que las explicaciones monocausales, simplistas y lineales del origen de la enfermedad, lo que la OMS llama factores, no son adecuadas para comprender la totalidad de las condiciones y los mecanismos que determinan PSEC. En segundo lugar, sostiene que la CDSS adoptó una posición neo-causalista porque los determinantes sociales son vistos como factores de riesgo dejando de lado el análisis de la determinación como procesos de las dinámicas sociohistóricas.

Estas críticas también ponen de manifiesto la visión de la MS/SC y su construcción de sujeto, desde un punto de vista ontológico, como ser plausible de transformación y que al mismo tiempo transforma el sistema mundo del que forma parte a partir de las tensiones y disputas que se erigen, por ejemplo, alrededor de las denominaciones de salud-enfermedad y en su compleja multidimensionalidad expresada en el género, la etnia, la clase social, las representaciones sociales, entre otras.

Bibliografía

- Boltanski, L. (1972). *El descubrimiento de la enfermedad*. Ediciones Ciencia Nueva. Buenos Aires.
- Breilh, J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción basada en la determinación social de la salud. *Taller latinoamericano de determinantes sociales de la Salud. 29 de septiembre a 2 de octubre*. ALAMES. México.
- Breilh, J. (2010). La Epidemiología crítica una nueva forma de mirar la salud. *Salud Colectiva* 6(1) 83-101. Lanús.
- Breilh, J. (2010). Las Tres "S" de la Determinación de la Vida y el Triángulo de la Política. Diez Tesis para una Visión Crítica sobre la Determinación Social de la Vida y la Salud. *Conferencia en el Seminario "Rediscutiendo a questão da determinação social da saúde", organizado por el Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Salvador Bahía. Brasil*.
- Breilh, J. (2013). La determinación social como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (Salud Colectiva). Ponencia presentada en: *VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI*. Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
- CEBES-ALAMES (2011). El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud. *Documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES*. Rio de Janeiro. Brasil
- Dubos, R. (1975). *La búsqueda filosófica de la salud*. Págs. 158-181. En: *El espejismo de la salud*. FCE, México.
- Eibenschutz Hartman, C. y col. (2011). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? *Memoria del Taller Latinoamericano sobre. Determinantes Sociales de la Salud*. UAM. México.
- Eslava Castañeda, J. (2017). Pensando la determinación social del PSE. *Rev. Salud Pública*. 19 (3): 396-403. Bogotá. Colombia.
- Foucault, M. (1968). *El Nacimiento de la Clínica*. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Foucault, M. (1993). *La vida de los hombres infames*. Editorial Altamira. Buenos Aires.
- Galeano, D. Trotta, L. y Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva* v. 7(3):285-315. Buenos Aires. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/scol/2011.v7n3/285-315/es>
- González Guzmán, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión de determinantes de la salud. Organización Mundial de la Salud. En *Medicina Social*. vol 4(2):135-143. Disponible en: www.medicinasocial.info
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores, Barcelona.
- Informe de Chadwick sobre Condiciones Sanitarias (1842). *Extracto del Informe de los Comisionados de Leyes de Pobres en una investigación sobre Las condiciones Sanitarias de la Población trabajadora de Gran Bretaña*, Londres, 1842, pp. 369-372. Disponible en: <https://www.thornber.net/medicine/html/chadwick.html>
- Iriart, C. Waitzkin, Horward; Breilh, J. Estrada A. y Merhy, E. (2002). Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. v.12(2):128-136.

- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. En: *Cuadernos Médico Sociales* N°19:1-11. Rosario, Argentina.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud enfermedad en América Latina. En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 37:1-11. Rosario, Argentina.
- López Arellano, Oliva. (2013) Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En: *Divulgação em saude para debate*. N° 49:150-156. Rio de Janeiro. Brasil.
- López-Moreno S. Garrido-Latorre F., Hernández-Avila M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública Mex* [Internet]. 1 de marzo de 2000 [citado 23 de noviembre de 2022]; 42(2):133-4. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6221>
- Mc Keown, T. (1990). *Los orígenes de las enfermedades humanas* Introducción y conclusiones. Crítica, Barcelona.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial. México.
- OMS. Commission on Social Determinants of Health. (2006-a). *Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69350>
- OMS. (2006-b) Estrategias de participación de la sociedad civil de latinoamérica en la CDSS. Segunda Fase. Resumen ejecutivo. Comisión sobre determinantes sociales de la Salud, ALAMES, CLOC y RSST. Mayo de 2006.
- OMS (2008). *Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Resumen analítico del informe final. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- OMS. Consejo Ejecutivo, 124. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: informe de la Secretaría*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/2440>
- Ramazzini, Bernardino. (2011 [1743]). *Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores. De Morbis artificum Diatriba*. Versión traducida disponible en : <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/tratado-sobre-las-enfermedades-de-los-trabajadores>
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en salud. *Programas de Desarrollo de Política en Salud. Serie Traducciones OPS*. Washington.