



# La determinación social del proceso salud-enfermedad en el contexto latinoamericano: la aportación de Oliva López-Arellano\*

---

## The social determination of the health-disease process in the Latin American context: the contribution of Oliva López-Arellano

---

### A determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano: a contribuição de Oliva López-Arellano

Recibido: 02 de junio de 2022. Aceptado: 20 de febrero de 2023. Publicado: 15 de octubre de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.dsps>

Daniele Correia<sup>a</sup>

Universidade de São Paulo, Brasil  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1154-4196>

Áquilas Mendes

Universidade de São Paulo, Brasil  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5632-4333>

Leonardo Carnut

Universidade Federal de São Paulo, Brasil  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>

---

<sup>a</sup> Autor de correspondencia. Correo electrónico: [daniele.correia@usp.br](mailto:daniele.correia@usp.br)

### Resumen

El objetivo de este artículo es investigar la producción científica del pensamiento de Oliva López-Arellano, para verificar su contribución al enfoque de la determinación social del proceso salud-enfermedad en el modo de producción capitalista. Para ello, se realizó una revisión crítica de su producción a través de tres repositorios de estudios científicos, dos en los portales de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y PubMed, y uno en una base de datos directa: la Scientific Electronic Library Online (Scielo). Tras los procesos de selección, se eligieron 14 artículos que fueron discutidos con base en dos dimensiones que facilitan la construcción del pensamiento de la autora: i) el enfoque sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad y ii) el enfoque sobre la relación con el modo de producción capitalista. De manera específica, en la producción científica de López-Arellano se apreciaron algunas discusiones sintetizadas en cuatro categorías de análisis: 'trabajo', 'pensamiento en salud latinoamericano', 'Estado y economía política' y 'necesidades de salud'. Con las evidencias encontradas, se concluyó que la producción de López Arellano contribuye a la realización de una aproximación crítica al contexto sanitario y su relación con el modo de producción capitalista. Se trata de una contribución fundamental para indicar los desafíos para el campo de la salud colectiva/medicina social en América Latina, que permite pensar la salud en el contexto del capitalismo contemporáneo.

**Palabras clave:** determinación social de la salud, pensamiento, capitalismo, América Latina.

### Abstract

The objective of this article is to investigate the scientific production of Oliva López-Arellano's thinking, in order to verify her contribution to the approach of the social determination of the health-disease process in the capitalist mode of production. For this purpose, a critical review of her production was carried out through three repositories of scientific studies, two in the portals of the Virtual Health Library (BVS) and PubMed, and one in a direct database: the Scientific Electronic Library Online (Scielo). After the selection process, 14 articles were chosen and discussed based on two dimensions that facilitate the construction of the author's thinking: i) the focus on the social determination of the health-disease process, and ii) the focus on the relationship with the capitalist mode of production. Specifically, in López-Arellano's scientific production, some discussions were identified and synthesized into four categories of analysis: 'work', 'Latin American health thinking', 'State and political economy', and 'health needs'. Based on the evidence found, it was concluded that López Arellano's production contributes to a critical approach to the healthcare context and its relationship with the capitalist mode of production. This is a fundamental contribution that points out the challenges for the field of collective health/social medicine in Latin America, allowing for a reflection on health in the context of contemporary capitalism.

**Keywords:** social determination of health, thinking, capitalism, Latin America.

### Resumo

O objetivo deste artigo é investigar a produção científica do pensamento de Oliva López-Arellano, a fim de verificar sua contribuição para a abordagem da determinação social do processo saúde-doença no modo de produção capitalista. Para isso, foi realizada uma revisão crítica de sua produção através de três repositórios de estudos científicos, dois nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, e um em um banco de dados direto: a Scientific Electronic Library Online (Scielo). Após o processo de seleção, foram escolhidos 14 artigos que foram discutidos com base em duas dimensões que facilitam a construção do pensamento da autora: i) o enfoque sobre a determinação social do processo saúde-doença e ii) o enfoque sobre a relação com o modo de produção capitalista. Especificamente, na produção científica de López-Arellano, foram identificadas algumas discussões sintetizadas em quatro categorias de análise: 'trabalho', 'pensamento em saúde latino-americana', 'Estado e economia política' e 'necessidades de saúde'. Com base nas evidências encontradas, concluiu-se que a produção de López Arellano contribui para uma abordagem crítica do contexto sanitário e sua relação com o modo de produção capitalista. Isso é uma contribuição fundamental para apontar os desafios para o campo da saúde coletiva/medicina social na América Latina, permitindo refletir sobre a saúde no contexto do capitalismo contemporâneo.

**Palavras-chave:** determinação social da saúde, pensamento, capitalismo, América Latina.



## Introducción

Algunos autores latinoamericanos del área de la salud han discutido sobre el contenido de los términos “determinación social del proceso salud-enfermedad” y “determinantes sociales de la salud”. El propósito de esta discusión es debatir los paradigmas científicos y epistemológicos y los marcos teóricos que avalan los diferentes proyectos políticos en disputa.

Dicha discusión ha conducido a un disenso, tal como lo argumenta Breilh (1):

[...] determinantes sociales de la salud” pasa a ser uno de esos terrenos de oposición, donde se pugna por 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 comprender por qué la reflexión de grupos de la salud colectiva latinoamericana se adelantó en tres décadas a la Organización Mundial de la Salud (OMS); para entender el debate actual sobre dicha categoría y los motivos por los cuales el pensamiento anglosajón invisibilizó la producción latinoamericana al lanzar al mundo su modelo, es necesario insertar dichas reflexiones en el movimiento de las relaciones sociales que batallan por constituir la práctica de la salud (1 p. 29).

El concepto de determinación social del proceso salud-enfermedad, construido a partir de 1970, es importante en la formación de la epidemiología social latinoamericana, incluso en la historia del movimiento sanitario brasileño, ya que transpone el enfoque biomédico de la enfermedad. Se trata de un importante movimiento de producción científica que engendró lo que se conoce en América Latina como *salud colectiva o medicina social*.

Este modelo teórico del proceso salud-enfermedad ha elaborado una perspectiva de pensamiento social de la salud –en contraposición crítica al enfoque positivista de la historia natural de la enfermedad–, demarcado por las referencias a las producciones vinculadas al materialismo histórico-dialéctico de Marx. El trabajo se considera una categoría central en el modo de producción capitalista, en que la producción y la reproducción social confieren características a la forma de vivir, enfermar y morir de la clase trabajadora.

Así, el proceso salud-enfermedad presenta un carácter social y biológico y debe ser analizado bajo esta premisa en un proceso dialécticamente imbricado. El estudio empírico para comprender la determinación social del proceso salud-enfermedad permite describir las condiciones de salud de un grupo relacionadas con sus condiciones sociales, ya que de esta manera se muestra el problema de una forma más completa que por medio de la mera descripción biológica de las condiciones de salud, hecho que influye directamente en la práctica sanitaria (2).

Sin embargo, desde principio de siglo, la relación entre la salud y la sociedad ha entrado en la agenda política mundial desde una perspectiva teórica y metodológica, diferente a la producida por la epidemiología social de los años 70. Las discusiones en torno a esta relación adquieren protagonismo en el enfoque de los “determinantes sociales de la salud” (DSS) para propiciar un intenso debate cuyo eje de análisis se centra en el tema de las “desigualdades” (3). El predominio del marcador DSS se debe, en gran medida, a la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2005), impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS),

la cual ha alentado a los países a llevar a cabo prácticas colectivas destinadas a combatir las desigualdades y sus impactos en la salud.

Según Breilh (4), la perspectiva de los DSS representa un enfoque reduccionista, ya que oculta categorías analíticas como la *reproducción social* y los *modos de producción*. Además, dificulta una reflexión crítica directa sobre la esencia de la organización social de la sociedad de mercado y el régimen de acumulación capitalista, a través de los procesos de explotación humana y sus consecuencias en la salud. Así, las causas estructurales de las desigualdades sociales en salud, a pesar de asumir una posición de relevancia, siguen apareciendo como abstracciones vaciadas de contenido y movimiento crítico. También, los DSS impiden analizar el proceso radical de acumulación económica-exclusión social como eje de una reproducción ampliada de las desigualdades sociales que repercuten en la salud (4).

Aunque ambos enfoques toman ideas de la matriz de la producción crítica latinoamericana de los años 70, el enfoque de los DSS limita la superación de las desigualdades sociales en salud al plan de mejora de las condiciones de vida y a la idea de compartir recursos, limitando la salud a un bien de justicia distributiva a cargo del Estado (4, 5). Entonces, se trata de un enfoque que caracteriza compatibilidad entre el régimen de acumulación capitalista y los estilos de vida saludables (4).

En el punto de partida para la conformación del materialismo marxiano, en la tesis doctoral de Marx titulada “Diferencia entre la filosofía de la naturaleza de Demócrito y Epicuro”, ya se discutía la evidencia de la oposición 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 los DSS; en Epicuro, el azar es una realidad que tiene como único valor la posibilidad. Ahora bien, la posibilidad se manifiesta a veces como posibilidad abstracta, a veces como posibilidad real, perspectiva en la que se ancla en la comprensión de la determinación social de la salud (6). Es decir, la realidad social no es estrictamente determinista, sino todo lo contrario. Epicuro presenta el mundo como posibilidad y contingencia, desde una determinación en que el libre albedrío y la libertad del sujeto se piensan correlativamente (7).

Así, adoptando el enfoque de la determinación social, entendemos que los hombres hacen su propia historia, pero no la hacen como quieren; no la hacen bajo circunstancias de su propia elección, sino bajo aquellas con las que se enfrentan directamente, legadas y transmitidas por el pasado (8). No se trata de una “determinación de contenido, sino de forma” (6 p. 50) con posibilidad de transformación, para liberar a los proletarios de las ataduras a las supersticiones de la economía capitalista (6).

Se han dirigido muchas críticas a las limitaciones del enfoque de los DSS a través de debates dentro de la salud colectiva/medicina social latinoamericana. La Asociación Latinoamericana de



Medicina Social (ALAMES) y el Centro Brasileño de Estudios de la Salud (CEBES) adoptaron la posición crítica que rechaza la perspectiva positivista predominante en la epidemiología tradicional, de modo que los determinantes sociales son considerados factores conectados externamente, en la lógica causal. Aunque este enfoque reconoce los determinantes estructurales e intermedios, lo hace de tal manera que es imposible establecer el vínculo histórico entre las dimensiones de la vida (9, 10).

Entonces, se hace necesario ampliar la discusión teórica y conceptual para la apropiación de la academia y de los trabajadores de la salud –relacionados directamente en la producción de salud– para romper con la hegemonía de una visión técnica y de acciones focalizadas que desconocen la dimensión histórica y social. En este sentido, el CEBES (2011) considera que la disputa narrativa por el abordaje del determinante social en salud está ligada a un poder hegemónico neoliberal, que se expresa en una propiedad intelectual que beneficia a la industria médica y en diferentes estrategias de manipulación del pensamiento colectivo (11).

En rigor, el campo de conocimiento de la salud colectiva/medicina social trascendió el proyecto original de la medicina preventiva al trasladar el énfasis de la salud-enfermedad a la determinación social de los procesos y prácticas de salud. Además, en lugar de solo reflexionar sobre la realidad, buscamos transformarla a través de la praxis social, es decir que la producción teórica asociada a la militancia política fue la marca inaugural de este campo de conocimiento.

Según López-Arellano *et al* (5), esta corriente de pensamiento latinoamericano reconoció dos grandes objetos en el estudio de la salud colectiva/medicina social: 1) los determinantes<sup>1</sup> del proceso salud-enfermedad y 2) las interpretaciones, saberes y prácticas especializadas en torno a la salud. Estas últimas fueron desarrolladas con una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales que se desvinculan de los procesos sociales, naturalizan lo social e individualizan los fenómenos, cuyo procedimiento metodológico es propio de las ciencias naturales.

Así, destacamos la pertinencia de revisar la producción académica latinoamericana sobre el concepto de salud, avalando una posición política en la perspectiva históricosocial de la determinación social en oposición a los enfoques reduccionistas, en el campo de la disputa de la hegemonía por distintos proyectos de sociedad. Para ello, consideramos importante la producción de Oliva López-Arellano para analizar sus producciones científicas, presentando sus tesis, su trayectoria intelectual y relacionando sus construcciones con los movimientos de la salud colectiva/medicina social.

En la actualidad, López-Arellano es secretaria de Salud de la Ciudad de México y asume la gestión de la secretaría con el esfuerzo de fortalecer los servicios de salud pública. Estuvo en la gestión durante un periodo pandémico en la ciudad con todos los retos de un sistema sanitario fragmentado, invirtiendo en medidas profilácticas a través de la comunicación sanitaria con la población. Por lo anterior, López-Arellano es una figura exponente. Hay que tener en cuenta la voz y la actuación altamente cualificadas de una mujer que articula la praxis de la actuación

política y la producción intelectual en un entorno que predominan los hombres. Nos interesa presentar de qué manera sus análisis al respecto de la determinación social de salud-enfermedad se relacionan con el modo de producción capitalista en el contexto latinoamericano.

Para hacerlo, el artículo está dividido en cuatro secciones. La primera sección contextualiza una breve presentación de la biografía de López-Arellano. La segunda presenta el método por el cual se realizó un estudio de revisión crítica su pensamiento. En la tercera sección se presentan los resultados de la revisión crítica de la producción de López-Arellano a partir de los artículos elegidos en la mencionada elección metodológica, seguido de una breve discusión. En la cuarta, y última sección, se presentan las consideraciones finales.

## **Breve presentación de la biografía de Oliva López-Arellano**

Oliva López-Arellano es mexicana, nació el 8 de mayo de 1961 y le gusta bailar, cantar y viajar. Ella es Médica, Magíster en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Xochimilco y Doctora en Ciencias de la Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública. Es una reconocida académica en el campo de la salud colectiva/medicina social en América Latina, y se ha desempeñado como profesora e investigadora en la UAM Xochimilco. Concomitantemente a su trayectoria académica, tiene una relevante práctica profesional en los servicios de salud de México, actuando como médica comunitaria en programas de extensión de cobertura en la Huasteca Potosina y Chiapas y como epidemióloga de los Servicios de Salud del Distrito Federal y del estado de Michoacán. Desde 2018 es secretaria de salud de la Ciudad de México.

Como investigadora, se alinea al concepto de determinación social de la salud, aunque también utiliza la terminología “determinantes” a lo largo de su trayectoria y producción intelectual de pensamiento en salud. Esto no le quita la comprensión de una perspectiva crítica de análisis a la salud, como veremos a lo largo de este artículo, que realiza una revisión crítica de sus constructos.

Sus producciones académicas sobre salud, en el marco de un país con una economía dependiente-periférica, contribuyen al pensamiento sanitario latinoamericano desde una perspectiva de economía política crítica de la salud, en la construcción de un proyecto de sociedad contrario a la lógica del modo de producción capitalista. Los resultados de sus investigaciones han sido presentados en más de 250 eventos especializados, como los Congresos de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), espacio de destacada resistencia política y teórica al desmantelamiento del campo de la salud.

## **Enfoque metodológico**

Se realizó un estudio de revisión crítica del pensamiento de Oliva López-Arellano para comprender su posición teórica y política a través del análisis de sus artículos científicos<sup>2</sup>. Así,



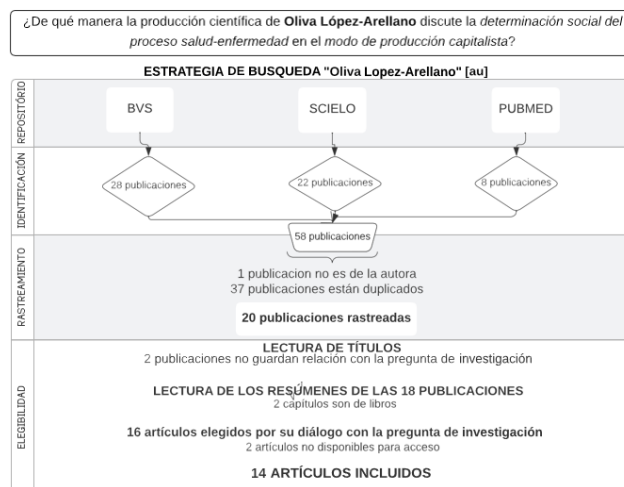
partimos de la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera la producción científica de Oliva López-Arellano discute la *determinación social del proceso salud-enfermedad en el modo de producción capitalista*?

Para la recopilación de datos, buscamos su nombre en la página web de la universidad donde la autora es profesora (Universidad Autónoma Metropolitana – UAM Xochimilco) y se encontró la descripción de muchos de sus trabajos. Después, buscamos en *google académico* a través del nombre completo de la autora sus producciones académicas y encontramos 105 descripciones de artículos, capítulos de libros y notas técnico-informativas. Además, al no ser una base de producciones que pudieran anclar la colección de artículos, decidimos prescindir de ellas como aportación al presente estudio. Sin embargo, el haber pasado por estas vías nos ha indicado los artículos más citados y los repositorios más frecuentes donde se encuentran las producciones de la autora.

Así, elegimos trabajar en esta revisión crítica con tres (3) repositorios científicos; dos (2) en portales, la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y PubMed y uno (1) en una base de datos directa: la Scientific Electronic Library Online (SciELO). En la búsqueda realizada (figura 1) encontramos 58 publicaciones: veintiocho (28) en la BVS; veintidós (22) en SciELO; ocho (8) en PubMed. De este total, había treinta y siete (37) publicaciones en duplicidad y una (1) que no era de la autoría de López-Arellano, resultando veinte (20) publicaciones que se quedaron para lectura de sus títulos.

Tras la lectura de los títulos de las publicaciones, se comprobó que dos (2) no estaban relacionadas con los puntos clave de la pregunta de investigación, quedando un total de dieciocho (18) publicaciones para el estudio. El siguiente paso consistió en leer los resúmenes de estas 18 publicaciones, tratando de identificar las relaciones con los puntos clave ya mencionados. Sin embargo, de estos 18 documentos se identificó que dos (2) eran capítulos de libros, por lo cual no coincidían para los propósitos de la presente revisión, en la que se optó por restringirla sólo a artículos científicos. Tras la lectura de los resúmenes y la elegibilidad de dieciséis (16) artículos científicos, dos (2) no estaban disponibles para el acceso. Entonces, la búsqueda final realizada alcanzó un total de catorce (14) artículos, titulados como artículos incluidos para la presente revisión crítica.





**Figura 1. Flujograma del proceso de selección de los artículos científicos de López-Arellano, Olivia**

Fuente: Elaboración propia a partir del procedimiento metodológico.

El examen de los catorce (14) artículos se desarrolló mediante análisis crítico de contenido, cuyas categorías se presentaron (método materialista) en el recorrido de la lectura cronológica en que los artículos fueron escritos por la autora. La fundamentación teórica y metodológica se basa en el razonamiento dialéctico de la teoría social crítica, ya que permite comprender la totalidad desde el análisis de la categoría de determinación social del proceso salud-enfermedad en el marco de la sociabilidad del modo de producción capitalista, abordado en la investigación del pensamiento de López-Arellano.

Así, recorrimos a Netto (12) para aclarar nuestro proceso metodológico

[...] el objetivo de la investigación marxiana es, expresamente, conocer “las categorías que constituyen la articulación interna de la sociedad burguesa” [...] “expresan [...] formas de modo de ser, determinaciones de existencia, aspectos a menudo aislados de [una] sociedad determinada” - es decir: son objetivas, reales (pertenecen al orden del ser - son categorías ontológicas); a través de procedimientos intelectuales (básicamente, a través de la abstracción), el investigador las reproduce teóricamente (12 p. 46).

Es importante añadir que la idea planteada por la autora sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad implica un posicionamiento político acerca de la configuración de la sociedad y una elección teórica para explicar su dinámica (5). Por esto, se justifica la elección metodológica de utilizar el materialismo desde el encuentro de los analistas del contenido con el texto analizado. Desde ahí, se procedió a la emergencia de las categorías organizadas por los procedimientos intelectuales de los mismos (basadas en semejanza léxico-semántica). Juzgamos



que este enfoque da coherencia interna y alineamiento necesario para una crítica inmanente del contenido.

## Resultados

La revisión crítica de contenido, a partir de los artículos elegidos, nos presenta 3 décadas de producción científica, (1991-2019). Con la información extraída de los catorce (14) artículos se elaboró un cuadro resumen (Tabla 1), el cual incluye el análisis comparativo de los principales argumentos y está organizado en dos dimensiones que facilitan la forma de construcción del pensamiento de la autora en dos enfoques: a) la determinación social del proceso salud-enfermedad y b) la relación con el modo de producción capitalista. Los artículos están organizados en el tiempo histórico en el que fueron publicados, permitiendo una aproximación al desarrollo intelectual y teórico de López-Arellano.

**Tabla 1. Lista de artículos incluidos en la Revista según autores/año, método, objetivos, enfoque sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad y enfoque sobre la relación con el modo de producción capitalista.**

Autores, año	Método	Objetivos	Determinación social del proceso salud-enfermedad	Relación con el modo de producción capitalista
Santos DBC <i>et al</i> , 2019 (13)	Revisión sistemática con análisis descriptivo	Identificar el acceso a los servicios de salud de los niños con diversidad funcional en América Latina	La práctica de la medicina preventiva (vacunación y control nutricional) repercute en la reducción de la mortalidad infantil	Las dificultades de acceso a los servicios sanitarios están asociadas a una mayor vulnerabilidad y a factores demográficos y socioeconómicos
Medina-Gómez O, López-Arellano O, 2019 (14)	Ensayo	Propuestas para construir un sistema sanitario y de seguridad social integral e inclusivo	Bajo la égida neoliberal, las condiciones de trabajo han cambiado sustancialmente. El trabajo formal da paso cada vez más al trabajo informal y sin protección social, lo que repercute en las condiciones de vida y salud	Las condiciones de trabajo definidas bajo la égida neoliberal en México repercuten en la dificultad de acceso al sistema de salud y seguridad social, violando los derechos de los trabajadores
López-Arellano O, Jarillo-Soto E C, 2017 (15)	Ensayo	Analizar las consecuencias para las condiciones de vida y de trabajo de la población tras las reformas del sistema sanitario mexicano	Hay un aumento de los problemas de salud. Las enfermedades erradicadas o controladas reaparecen: malaria, cólera y sarampión	Las transformaciones en el sistema de salud mexicano, subordinado por la economía estadounidense y las reformas neoliberales, siguen la lógica de la privatización y la acción público-privada
López-Arellano O, 2013 (16)	Ensayo	Presentar los retos epistemológicos, teórico-metodológicos y ético-políticos del MS/SC, cuestionando el actual modelo civilizatorio excluyente	Señala que el enfoque de los determinantes sociales de la salud ha permitido una comprensión más profunda de los procesos que conforman la vida de las comunidades y que se expresan en la salud, la enfermedad y la muerte	La corriente de pensamiento latinoamericano en salud ha ayudado a comprender que la salud de las poblaciones se origina en las formas de organización social
Linares-Pérez N, López-Arellano O, 2012 (17)	Análisis crítico	Crítica a la reforma del sector salud en México y su impacto en el acceso a los sistemas estatales de salud	La dinámica de profundización de las desigualdades en el periodo (1990-2002) y la transformación de los sistemas estatales de salud no contribuyen al logro de la equidad en el acceso a la salud	La reforma del sistema sanitario estatal crea una agenda caracterizada por la centralización de la política macroeconómica y la privatización de los servicios sociales, bajo el argumento de la eficiencia
López-Moreno <i>et al</i> , 2011 (18)	Artículo original	Evaluar las consecuencias de la subcontratación en el suministro y la cumplimentación de recetas en los servicios sanitarios estatales	Los modelos de abasto de los medicamentos externalizados sin la incorporación de mecanismos de evaluación pueden tener consecuencias en los sistemas sanitarios estatales	La incorporación del sector privado a la cadena de abasto de los medicamentos no es una solución a la escasez de servicios sanitarios, especialmente a nivel hospitalario
Medina-Gómez OS, López-Arellano O, 2011 (19)	Ensayo	Vinculación de las carencias económicas y sociales con las tasas de mortalidad infantil registradas en 2008 en México	Destaca la marginación, la pobreza y la falta de acceso a la educación y la sanidad como factores determinantes del aumento de las tasas de mortalidad infantil	La mortalidad infantil en México ha disminuido en los últimos 28 años analizados. Sin embargo, la reducción no fue homogénea y persisten desigualdades que repercuten en las tasas de mortalidad infantil
Linares-Pérez N, López-Arellano O, 2009 (20)	Artículo	Identificar los efectos sobre la equidad sanitaria vinculados a las intervenciones de la reforma desarrollada en México (1995-2002)	Las condiciones socioeconómicas de las poblaciones son indicadores sociales de los procesos de enfermedad y muerte	Las estrategias de reforma lanzadas en México entre 1995-2002 son indicadores de las desigualdades en salud
López-Arellano O, Blanco Gil J, 2008 (21)	Ensayo	Contraste la política sanitaria nacional (México) con la política sanitaria local (Distrito Federal). Se analizaron los documentos institucionales del periodo 1994-2006	Las políticas nacionales y locales se basan en un diagnóstico que reconoce la inequidad en el acceso a la salud por el deterioro de los servicios públicos	Las políticas de ajuste, impulsadas desde los años 90, se articulan con la globalización capitalista en la lógica de la economía neoclásica y la ideología neoliberal, en una integración orgánica con la economía estadounidense
López-Arellano O <i>et al</i> , 2008 (5)	Taller "Determinantes Sociales de la Salud en América Latina" ALAMES	Documento básico para el debate sobre los determinantes sociales de la salud y la acción política	Crítica a las visiones biomédicas y epidemiológicas desarticuladas de los procesos sociales, que naturalizan lo social e individualizan los fenómenos, cuya acción metodológica es propia de las ciencias naturales	La discusión sobre los determinantes de la salud se articula con la comprensión de las relaciones de subordinación capitalista
Jarillo-Soto C, López-Arellano O, 2007 (22)	Ensayo	Discutir los retos de la Salud Pública, en torno a su objeto de conocimiento como práctica profesional y espacio de formación	Reconoce el contexto social y sanitario desigual de América Latina	Entiende la salud pública como una práctica a través del Estado, en condiciones forjadas por la sociabilidad capitalista
López-Arellano O, Blanco-Gil J, 2001 (23)	Ensayo	Crítica a la política de salud en México, que ha pasado de una concepción de atención integral a una mercantilización de los servicios de salud	Las políticas sanitarias se redefinen y simplifican desde la modernización neoliberal, justificando un conjunto de reformas en el acceso a la salud que no responden a las necesidades sanitarias	Las políticas de ajuste estructural se adoptan para contener las crisis económicas, lo que repercute en un grave impacto en la financiación y organización de la política sanitaria
Parra-Cabrera, <i>et al</i> , 1999 (24)	Ensayo	Comparar los modelos técnicos y metodológicos utilizados en el estudio de los problemas de salud pública: el epidemiológico clásico y el social	Presenta los enfoques controvertidos de los determinantes del proceso salud-enfermedad. Por un lado, una posición que destaca los factores causales; por otro, una posición que interpreta desde una perspectiva histórico-social	Destaca la necesidad de que las ciencias sociales contribuyan a la investigación y producción de la salud pública
Laurell <i>et al</i> , 1991 (25)	Investigación cualitativa	Problematiza la relación entre trabajo y salud en el proceso salud-enfermedad desde la concreción de un grupo de siderúrgicos mexicanos	Describe el proceso de trabajo y enfermedad, destacando las implicaciones sociales en términos físicos y mentales. Señala que el enfoque de la medicina del trabajo no es capaz de dar cuenta de la complejidad del análisis en la relación entre los procesos de trabajo y la salud	No establece relación explícita entre el proceso de trabajo analizado y el modo de producción capitalista



### *Determinación social del proceso salud-enfermedad*

Las producciones científicas de la autora en la década de 1990 abordan el trabajo como elemento de la determinación social del proceso salud-enfermedad, cuando se considera la relación entre el proceso de trabajo y el proceso de enfermedad. Hace una crítica en relación con el abordaje de la medicina del trabajo, 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 alcanzando la complejidad de análisis en la relación entre procesos de trabajo y salud (25).

En las producciones de la década de los años 2000, la autora discute sus argumentos sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad en una crítica frente a las visiones biomédicas que desarticulan fácticamente de los procesos sociales, al individualizar los fenómenos, cuya acción metodológica es propia de las ciencias naturales. En este periodo de producción se centra en los efectos de las reformas desarrolladas en México entre 1995 y 2002, se enfatiza el contexto sociosanitario desigual de América Latina como indicador de inequidades en salud (17).

Los años 2010, la producción nos señala el análisis de las condiciones que determinan las desigualdades y el aumento de la mortalidad infantil en México (14). Se asevera que en este periodo de México bajo la égida neoliberal, las condiciones de trabajo han cambiado sustancialmente. El trabajo formal da paso cada vez más al trabajo informal, temporal, sin contrato y sin protección social, lo que se refleja en las condiciones de vida y salud. Por lo tanto, infiere que

Durante la implementación del modelo neoliberal en México, se impulsó un régimen de dominación financiera sobre las políticas públicas, apertura y desregulación de los mercados de bienes y servicios e irrestricta movilidad del capital financiero para lo cual fue necesario subordinar en forma extrema el mundo del trabajo y en forma simultánea dismantelar el sistema de bienestar desarrollado previamente, con el argumento de modernizar al país y fortalecer una economía abierta. Sin embargo, a 35 años de su implementación el modelo neoliberal, ha tenido un pobre efecto para impulsar la inversión productiva y erosiona a largo plazo las fuentes de crecimiento de la productividad, mientras que la frágil estabilidad económica se sustenta evitando el crecimiento en la tasa de salarios (14 p. 2584).

La producción señala que para una comprensión de los procesos de enfermedad se requiere, por lo tanto, de enfoques analíticos capaces de abordar diferentes niveles de interpretación y de articular las relaciones, especificidades y formas de las condiciones materiales y objetivas socialmente determinadas.

### *Relación con el modo de producción capitalista*

La relación entre la salud y el modo de producción capitalista no es tratada directamente en la producción de López-Arellano en los años 1990. Sin embargo, llama la atención la necesidad de incorporar al análisis la comprensión de la totalidad social (25).

En la década de los años 2000, la producción discute las políticas de ajuste estructural adoptadas para contener las crisis económicas y cómo ellas repercuten en un severo impacto sobre el financiamiento y la organización de la política de salud. Entiende la salud pública conformada como una práctica a través del Estado, en condiciones forjadas por la sociabilidad capitalista. Señala que la discusión sobre los determinantes de la salud (terminología adoptada en el período) se articula con la comprensión de las relaciones de subordinación capitalista. Además, se destaca en las producciones del período las referencias a políticas de ajuste macroeconómico, además de señalar que la articulación del país con la globalización capitalista está en consonancia con un reordenamiento político económico en la lógica de la economía neoclásica y la ideología neoliberal en una integración orgánica con la economía estadounidense.

Se enfatiza sobre las estrategias de reformas lanzadas en México entre los años 1995 y 2002, como sobre la descentralización de los servicios de salud y el financiamiento, en cobertura a través del paquete básico de servicios de salud. Estas estrategias también se reflejan como indicadores de efecto sobre las inequidades en salud (21).

En la década de 2010, la producción presenta las transformaciones del sistema de salud en México, colocando al país como subordinado a la economía estadounidense. Esta subordinación es tratada en el entendido de las reformas neoliberales llevadas a cabo en México y regidas por la lógica de la privatización a partir de la acción público-privada en salud; además, reconoce la captura del Estado por sectores dominantes y sus intereses prevalecientes, con la desregulación económica y la apertura comercial (15).

La transformación del país en la lógica neoliberal profundiza el deterioro de la calidad de vida de las mayorías, aumentando la población en condiciones de pobreza y la desigualdad. Se incrementa el trabajo precario y cerca del 60 % de las personas ocupadas se encuentran en la informalidad laboral y fuera de la seguridad social. El salario pierde capacidad adquisitiva y persisten carencias sociales que afectan con mayor gravedad a grupos y territorios vulnerados e impiden el acceso a satisfactores esenciales para la vida (15 p. 3).

A lo largo de la década de los años 2000, se observa un aporte singular al pensamiento de la salud en América Latina al articular las condiciones de vida y salud y el modo de producción capitalista. En la clave de entender que la salud de las poblaciones se origina en las formas de organización social, encarnadas en las condiciones de trabajo y protección social, López-Arellano retrata los procesos de enfermedad vinculados a la realidad de México, país al que la autora señala como subordinado, es decir, en nuestra clave de análisis, dependiente y periférico.

### *Agrupamiento de categorías*

A partir de los planteamientos expuestos, a los que hemos tratado de ser fieles en las nomenclaturas y denominaciones utilizadas, aprehendimos discusiones que se sintetizan agrupadas en cuatro categorías de análisis: a) trabajo, b) pensamiento en salud latinoamericano, c) Estado y economía política y d) necesidades de salud.



### *Trabajo*

El análisis de la relación entre el proceso de trabajo y el perfil patológico de los trabajadores de la industria siderúrgica encontró, en términos generales, que la mayoría de las enfermedades y dolencias crónicas o agudas recurrentes pueden explicarse por las características del proceso de trabajo (25). Demuestra que la precariedad de las condiciones laborales y sanitarias, con riesgos físicos y químicos, genera un sufrimiento diario a los trabajadores(as), con repercusiones en su vida familiar y social,

La importancia que tiene estos problemas debe subrayarse, ya que generan a los trabajadores malestar o sufrimiento. Incluso para el obrero, la cefalea, la fatiga e la irritabilidad son peores que, por ejemplo, la faringitis crónica tanto por el malestar directo que le causan como por el impacto familiar y social que es mucho más grave (25 p. 23).

Su estudio en profundidad de las especificidades de las condiciones de trabajo pone de manifiesto la “alta frecuencia de los trastornos mentales, que además de ser obstáculos directos en las relaciones familiares y sociales frecuentemente están detrás de problemas de accidentes [de trabajo], el alcoholismo y la violencia” (25 p. 31). En este aspecto, la producción ratifica la importancia de un enfoque que considera el trabajo como un elemento de la vida social.

En nuestra consideración, esta es una categoría central de análisis para entender los procesos de enfermedad, destacando las limitaciones del enfoque de la medicina del trabajo como modelo de análisis, el cual busca la asociación de riesgos específicos con enfermedades específicas, pero no pudiendo dar cuenta de la complejidad del análisis en la relación entre procesos de trabajo y salud. Es necesario relacionarlo con los modos de vida de la población trabajadora, para luego comprender los efectos deletéreos del trabajo que realizan (25).

La producción vuelve a apuntar más directamente al trabajo y a las condiciones sociales en que se realiza, en un análisis crítico del trabajo informal y el derecho a la salud en México. En México se ha reducido el empleo formal y ha aumentado el trabajo precario (informal, temporal, sin contrato y sin seguridad social). La autora advierte que hay una importante participación de las mujeres y los jóvenes en la informalidad, quienes representan un mecanismo compensatorio de la reducción del poder adquisitivo de las familias y en las tasas de desempleo (14).

La flexibilización del trabajo se justifica como un mecanismo para aumentar la competitividad, lo que implica el abaratamiento de la mano de obra. Mientras que el desgaste físico y emocional aumenta la vulnerabilidad de las poblaciones trabajadoras, presentando problemas de salud específicos de los procesos de trabajo en los que están sometidos (14).

Es mencionado otro rasgo de la política social mexicana que impacta en el mundo del trabajo: un sistema de seguridad social heterogéneo y fragmentado, dirigido por categorías laborales, que configuran ciudadanía social distintas, que contribuyen a la diferenciación laboral y que

dividen las poblaciones trabajadoras. Este escenario dificulta la defensa colectiva y unificada del derecho al trabajo y a la seguridad social (16).

Así, podemos reconocer que la configuración de cómo viven, enferman y mueren los grupos sociales está directamente ligada a las condiciones materiales de reproducción social que se expresan en contradicciones y particularidades históricas. En este sentido, y desde nuestra interpretación, la producción de López-Arellano contribuye a la comprensión de la relación entre trabajo y salud en el contexto latinoamericano, con una inserción subordinada dentro del modo de producción capitalista, en el que la propiedad privada y la apropiación desigual de la riqueza socialmente construida se basan en la sobreexplotación de la fuerza de trabajo (26).

### *Pensamiento en salud latinoamericano*

Se destaca que la concepción del proceso salud-enfermedad tiene como elemento fundamental la identificación de la historicidad, poniendo de manifiesto una ruptura con el pensamiento médico dominante, cuyo postulado es el carácter ahistórico (24). Así, se desarrolla uno de los temas centrales de la epidemiología social: la comprensión de la determinación social del proceso salud-enfermedad y no la causalidad. En este sentido, la epidemiología social considera la determinación social del proceso salud-enfermedad por una mezcla de varias tendencias explicativas que se “suman” en la comprensión de este proceso, tal como expone Krieger (funcionalista, histórico, social). Mientras que, por su parte, la epidemiología crítica se ancla específicamente en la relación de producción capitalista, cuyo análisis de la totalidad se basa en un soporte marxiano. Esta diferencia no debe ser despreciada, ya que en la primera hay un esletismo en la comprensión del fenómeno (que puede ser producto del capitalismo o no) mientras que, en la segunda perspectiva, los procesos de salud-enfermedad son productos inherentes al modo de producción capitalista.

De este modo, López-Arellano et al. (5) señalan que en el marcador “determinantes sociales de la salud” estos no vislumbran y no se problematizan las desigualdades sociales y sanitarias como resultado del capitalismo. Es decir, persiste un discurso de superación de la desigualdad social (y sanitaria) que no aborda la raíz del problema. De este modo, se destaca un marco teórico que sostiene el modo de producción capitalista en intervenciones superficiales y conservadoras del movimiento del capital.

Al describir el curso del pensamiento en salud colectiva/medicina social en América Latina, López-Arellano y Saint Martin (27) caracterizan tres momentos, según el contexto histórico y económico<sup>3</sup>. Al primer momento lo denominan fase de expansión capitalista, desde la colonización hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando la economía latinoamericana se basaba en la explotación de los recursos naturales. La formación de los estados nacionales no fue concluyente y las acciones de salud pública se centraron en el control y la erradicación de las enfermedades infecciosas, acciones directamente relacionadas con los intereses económicos,



ya que las epidemias representaban una amenaza para las actividades comerciales. Una lógica preventiva, basada en el modelo epidemiológico unicasal, dialogó no sólo con el progreso científico epidemiológico, sino también con la organización del Estado en ese período.

El segundo momento, entre las décadas de 1940 y 1980, fue testigo del modelo de sustitución de importaciones. Las acciones de salud pública y asistencia adquirieron pretensiones de mantenimiento de la fuerza de trabajo para el modo de producción capitalista. En el contexto del inicio de la industrialización hubo una urbanización acelerada, con éxodo rural e incorporación de la mujer en la composición de ventas de la fuerza de trabajo, que resultó en el plan epidemiológico la adición de enfermedades crónicas degenerativas a las infecciosas, aún prevalentes en la época. Las autoras sitúan que en este período se produce el surgimiento de modelos multicausales, contrarios a la teoría social crítica, para aprehender el contexto social.

El tercero momento es una fase de globalización de la economía caracterizada por la imposición por organismos supranacionales de un nuevo modelo económico denominado “neoliberal”, que comenzó en América Latina con Chile en los años setenta, en donde se borran las fronteras nacionales y reconfiguran las políticas sociales, desmantelando aparatos de protección social, lo que ocasiona un proceso de “privatización de la vida” y de todas las áreas rentables de la economía, incluyendo la atención a la salud. Sin embargo, el pensamiento de la salud colectiva/ medicina social en América Latina confirman algunos contornos de la teoría social de mediados de la década de 1970 (27).

El abordaje de la salud centrado en las ciencias biológicas y la visión funcionalista de la sociedad comenzaron a ser contrastados desde fines de la década de 1960 por estudiosos que, basados en el materialismo histórico y dialéctico, consolidan el campo de la teoría social de la medicina, también conocido como enfoque marxista de la salud. Inscribieron la salud en su relación con el conjunto de la vida social, teniendo en cuenta sus aspectos sociales, económicos, políticos y culturales. La noción de que la salud está socialmente determinada tuvo un fuerte impacto en la renovación de los currículos de los departamentos universitarios de medicina preventiva, en la construcción de espacios académicos para la difusión de investigaciones con este enfoque y en los movimientos sociales y políticos en defensa del derecho universal a la salud y del deber del Estado en su consecución.

Las autoras (27) señalan que algunos estudios actuales en el área de la salud reafirman el enfoque anclado en una lectura del materialismo histórico-dialéctico al retomar la interconexión entre lo económico y lo político, así como la noción de clase como proceso y como relación, entendiendo la historia como posibilidad.

### *Estado y economía política*

López-Arellano y Blanco Gil (23) argumentan que la política social se subordina a las necesidades de ajuste macroeconómico y –en la misma lógica– la política sanitaria restringe la acción pública a modelos asistenciales y selectivos que se concretan a través de paquetes



de servicios básicos, justificados desde un punto de vista tecnocrático en términos de costo-efectividad. Paralelamente, y como estrategia central para la organización del sector sanitario en su conjunto, se desarrolla una promoción gubernamental activa con el objetivo de crear mercados estables para la asistencia sanitaria. Así, “la intervención estatal se orienta hacia los pobres en una lógica de beneficencia, mientras que, para la población ‘no pobre’, el acceso a diversos servicios y la resolución de sus necesidades se plantean a través del mercado” (23 p. 52).

Al analizar la política de salud en México (21) se destaca la ideología neoliberal como eje de las condiciones de la política de salud. Con el telón de fondo de las prioridades de la salud pública en la garantía de los derechos, las políticas de ajuste macroeconómico y la articulación del país con la rearticulación capitalista crean un reordenamiento político y económico en la lógica de la economía neoclásica y la ideología neoliberal, lo que conlleva a una integración orgánica con la economía estadounidense (21).

Por lo tanto, ante la crisis del capital, lo que se plantea es necesariamente llevar cada vez más al Estado nuevas formas de actuación, introduciendo mecanismos de mercado dentro del *modus operandi* del Estado. La lógica neoliberal se ajusta a este ámbito de actuación, en que no tenemos menos de Estado. Por el contrario, es más Estado con la presencia del mercado, de las asociaciones público-privadas, para satisfacer los intereses de la acumulación capitalista.

#### *Necesidades de salud*

Entendiendo que la salud resulta del proceso de producción y reproducción social y que las necesidades de salud, en el contexto del modo de producción capitalista, siguen su lógica, Lináres-Pérez y López-Arellano (17) señalan que la reforma del sistema de salud pública en México avanza modulada por los procesos de ajuste macroeconómico. Así, el periodo neoliberal en América Latina y el Caribe está marcado por las reformas del Estado, que afectan a los sistemas de salud.

En México, la reorientación del papel del Estado en el ámbito de la salud es impulsada de forma especial por el Banco Mundial en la década de 1990, que recomienda e impone, por la vía de préstamos condicionados, el enfoque selectivo del quehacer público en el financiamiento y la producción de servicios de salud. Se pretende contener el gasto, reducir la ineficiencia de operación del sistema público e introducir otra lógica de ordenamiento al sector salud y, simultáneamente, superar el agotamiento de la capacidad de respuesta frente a la complejidad sanitaria y la exacerbada desigualdad, especialmente en la distribución de los recursos y de los servicios, en un contexto de marcado deterioro de las condiciones de vida de las mayorías, de crecimiento de la pobreza de grandes núcleos poblacionales y de reducciones severas en el gasto público y en la inversión social (17 p. 592)

Otro elemento destacado en la producción analizada es la incorporación de la mercantilización de la salud a través de la elección por modelos de externalización de los servicios sanitarios (18). Progresivamente, se fomenta la participación de la iniciativa privada en la producción



de servicios que implican una mayor rentabilidad económica, proponiendo su regulación por medio de las fuerzas oligopólicas del mercado y, a su vez, se profundiza la acción selectiva del Estado a través de programas de gestión de la pobreza. Tal es el caso del atraso en el acceso a la salud, puesto que identifica sólo la falta de afiliación a una institución o programa público de salud, sin dar cuenta del nivel de acceso y disponibilidad de los servicios de salud por parte de la población (19 p. 1606).

## Conclusiones

La contribución de Oliva López-Arellano a la comprensión de la determinación social del proceso salud-enfermedad en el contexto latinoamericano se expresa en esta revisión en tres décadas de producción intelectual a través de sus artículos científicos. Para asimilar cómo su producción se afilia a este enfoque teórico metodológico de base marxista, extrajimos de los artículos sus perspectivas de análisis de los procesos salud-enfermedad, relacionándolos con el modo de producción capitalista. Así, la producción de López-Arellano discute el proceso salud-enfermedad como resultado de los procesos históricos y sociales vividos por los sujetos.

La obra de la autora mexicana no tiene un punto de contacto directo con pensadores del campo de la salud que se han mantenido marxistas a lo largo de su carrera y que se ocupan del debate sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad, como Jaime Breilh (quien defiende la perspectiva de la crítica de la epidemiología basada en la teoría engelsiana) (28); Naomar Almeida-Filho (que trabaja con el concepto de sobredeterminación, con base althusseriana, aunque con una fuerte discusión crítica al etnocentrismo) (29), o incluso la pensadora clásica de la epidemiología social María Cecilia Donnangelo (que realizó una crítica marxista al papel de la clínica y la medicina en la sociedad capitalista en desarrollo) (30); sin embargo, cuando revisamos a profundidad la obra de López-Arellano, queda claro que ella sigue siendo crítica al continuar considerando el papel del modo de producción capitalista como la (de)“terminación” de la comprensión de la totalidad del proceso (31).

La característica *sui generis* del pensamiento de López-Arellano descansa en la problematización desde la determinación social de este proceso es a partir del ‘trabajo’, sin sacarlo del proscenio. Además, tiene el mérito de traer ejemplos concretos de una realidad latinoamericana, orientando el problema social en su similar condición de problema geopolítico, característica que poco es tematizada y que hace que el pensamiento de López-Arellano sea muy singular. Creemos que este es un punto de partida muy potente y que la autora nos ofrece, por ejemplo, para pensar articulaciones más robustas sobre el lugar de la relación ‘salud-trabajo’ con la categoría ‘sobreexplotación del trabajo’ en la dependencia latinoamericana (26).

Esto se evidencia en las categorías que fueron enumeradas en su pensamiento como resultado de una comprensión de la relación ‘salud-trabajo’ desde el punto de vista de la producción social total, y no de manera parcial o que desconozca el papel del movimiento de capital en la producción de la enfermedad. Además, se comprende la naturaleza de clase del Estado, al tiempo que se señala la subordinación al capital. Así, si hay un aparente “giro” en el pensamiento de la

autora cuando no utiliza el término ‘determinación’ para usar ‘determinantes’, esto no significa un abandono del contenido de la teoría social crítica.

Además, no hay analistas de su obra hasta el momento. Esto demuestra, una vez más, la importancia de recuperar su obra en el sentido de visibilizar la temática salud-trabajo desde una perspectiva latinoamericana que trae una mujer que tiene múltiples experiencias como médica-social, con experiencia comunitaria con los pueblos originarios mexicanos, con experiencia investigadora y quien asume uno de los más altos cargos de la institución de salud en la Ciudad de México en el gobierno de Andrés Manuel López Obrador.

Así, los resultados de esta revisión crítica comprenden una importante discusión sobre las condiciones laborales, de vida y de salud de las poblaciones latinoamericanas, partiendo de la concreción de México, país de origen de la autora analizada. Por lo tanto, el constructo intelectual de López-Arellano es muy importante para reflexionar en el ámbito de la salud colectiva. Hay una discusión crítica de los contextos de salud y la totalidad social presente en la realidad latinoamericana.

El reconocimiento de los dilemas y las crisis del sistema de protección social en salud, actualmente en Brasil (donde pretendemos difundir con fuerza el pensamiento crítico en salud) y en el mundo, hace más explícita la necesidad de revisar y renovar las ideas y las líneas del pensamiento político y económico crítico en salud. Desandar el camino recorrido por los autores latinoamericanos significa no sólo contribuir a la comprensión de sus análisis del objeto salud, sino, sobre todo, recuperar bases teóricas, no coadyuvantes, de formas de enfrentar los desafíos que se presentan.

Además, reconocer y caracterizar autores fundamentales de la salud colectiva/medicina social latinoamericana y de la crítica de la economía política contribuye a identificar aspectos como la persistencia de esta producción en el tiempo histórico y la capacidad de producir un pensamiento crítico en salud, dentro de la práctica institucional y más allá, en el movimiento de la lucha de clases.

## Referencias

1. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco y Asociación Latinoamericana, 2011.
2. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED. (Org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.
3. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: Nogueira, RP (Org.). Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.



4. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(Supl 1): S13-S27.
5. López-Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Oficina Latino-Americana de Determinantes Sociais da Saúde da ALAMES, 2008.
6. Marx K. Diferença entre a filosofia da natureza de Demócrito e a de Epicuro. São Paulo: Boitempo, 2018.
7. Collin D. Epicuro e a formação do pensamento de Karl Marx. *Politeia: História e Sociedade, Vitória da Conquista*. 2006; 6(1):15-27.
8. Marx K. O 18 brumário de Luiz Bonaparte. São Paulo: Boitempo, 2003.
9. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación de la vida y de la salud. In: Nogueira, P. (org.). *Determinação social da saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
10. Rocha PR, David HMSL. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista Esc. Enferm. USP*. 2015; 49(1):129-135.
11. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. 2011; 35(90): 496-498.
12. Netto JP. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
13. Santos DBC, Vázquez-Ramos V, Oliveira CCC, López-Arellano O. Accesibilidad en salud: revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil-Perú-Colombia. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv*. 2019; 17 (2). doi: <http://doi.org/0.11600/1692715x.17206>
14. Medina-Gómez O, López-Arellano O. Informalidad laboral y derecho a la salud en México, un análisis crítico. *Ciën. Saúde Colet*. 2019; 24(7): 2583-92. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018247.14342017>
15. López-Arellano O, Jarillo-Soto EC. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33 Sup 2: e00087416. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00087416>
16. López-Arellano O. Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles. *Divulg. saúde debate*. 2013; (49): 150-156.
17. Linares-Pérez N, López-Arellano O. Inequidades en la salud en México. *Gaceta Médica de México*. 2012; 148(6): 591-7.
18. López-Moreno S, Martínez-Ojeda RH, López-Arellano O, Jarillo-Soto E, Castro-Albarrán JM. Organización del abasto de medicamentos en los servicios estatales de salud. Potenciales consecuencias de la mezcla público-privada. *Salud Publica Mex*. 2011;53 supl 4: S445-S457.
19. Medina-Gómez OS, López-Arellano O. Asociación de los tipos de carencia y grado de desarrollo humano con la mortalidad infantil en México, 2008. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(8): 1603-10. doi: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800015>
20. Linares Pérez N, 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.

21. López-Arellano O, Blanco-Gil J. Caminos divergentes para la protección social en salud en México. *Salud Colect.* 2008; 4(3): 319-333. doi:<http://doi.org/10.1590/S1851-82652008000300005>
22. Jarillo-Soto EC, López-Arellano O. Salud Pública: Objeto de Conocimiento, Prácticas y Formación. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2007; 9(1): 140-54. doi: <http://doi.org/10.1590/S0124-00642007000100014>
23. López-arellano O, Blanco-Gil J. La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 2001.
24. Parra-cabrera S, Hernández B, Durán-Arenas L, López-Arellano O. Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. *Rev. saúde pública*. 1999; 33(3): 314-25.
25. Laurell AC, Noriega EM, López- Arellano O, Martínez Alcántara S. El trabajo como determinante de la enfermedad. *Cuad. méd. soc. [Ros.]*. 1991; 56: 17-33.
26. Marini R. *Dialética da dependência*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
27. López-Arellano O, Saint Martin FP. Salud y sociedad: aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Medicina Social*. 2006; 1 (3): 82-102.
28. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Antioquia*, n. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013.
29. Almeida-Filho N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! *Cad. Saúde Pública* 37 (12) 10 Dez 2021. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00237521>
30. Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho* São Paulo: Pioneira; 1975.
31. Hegel GWF. *Diferencia entre el sistema de filosofía de Fichte y el de Schelling*, trad. Juan Antonio Rodríguez Tous. Madrid: Alianza Editorial, 1989.

## Notas

\* Tipología de artículo: de investigación

1 Es importante señalar que el uso del término “determinantes” en la producción de estos autores no es el mismo enfoque que se vuelve hegemónico, aportado por la perspectiva positivista funcionalista, como discutiremos más adelante.

2 Conscientes de las limitaciones que nos impone los artículos científicos (encuadran contenidos en una determinada forma de presentación) para comprender el labor de una médica social en su ámbito, destacamos que el artículo presentado representa un esfuerzo de acercamiento y difusión de la obra de López-Arellano, que no circula en los espacios académicos de Brasil, país de origen de los autores de este artículo, como demarcación política e intelectual de valorización de la producción latinoamericana crítica.

3 Es importante señalar que este trabajo de la autora, no aparece en las búsquedas dentro del recorrido metodológico que hemos realizado. Lo encontramos a posteriori, y por considerar que es un trabajo de suma importancia, lo utilizamos en la discusión de este artículo para este apartado.

