

Minuta N°7:

Salud y proceso de vida



Texto escrito por:

Laboratorio de Alternativas (Fundación SOL y OLCA, con la colaboración de EPES).

Proyecto “Plataformas de ObservAcción Popular: Articulando alianzas sociales y sindicales para imaginar una transición justa”.

Organizaciones beneficiarias del proyecto:

Fundación SOL

OLCA

FESICEM

Sindicato N°1 Chilquinta

Junta de Vecinos 8R

AFUSAM Higuera Talcahuano

Este documento se ha realizado con la ayuda financiera de la Unión Europea



Financiado por
la Unión Europea

Su contenido es responsabilidad exclusiva de las organizaciones beneficiarias y en modo alguno debe considerarse que refleja la posición de la Unión Europea.

Diseño: Paula Pardo

Enero 2026

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons

Atribución-No Comercial-Compartir Igual

4.0 Internacional



Contenido



1. ¿Cómo comprendemos y abordamos los problemas de nuestra salud?	4
2. Aproximaciones a la hegemonía del modelo biomédico	5
3. Los determinantes sociales versus la determinación social	6
3.1 El enfoque de los determinantes sociales (OMS)	6
3.2 La teoría de la determinación social (epidemiología crítica latinoamericana)	7
4. Estrategias emancipatorias en salud	8
5. Breve historia de la salud en Chile	10
6. Perspectivas sobre el financiamiento y la cobertura de la salud en Chile	16
7. Volviendo al inicio: salud y proceso de vida, algunas reflexiones finales	19

1. ¿Cómo comprendemos y abordamos los problemas de nuestra salud?

En este documento, pretendemos abordar de manera integral y pedagógica una serie de aspectos fundamentales para comprender cómo se desarrollan las políticas de salud en la actualidad y cuáles son las miradas alternativas.

Partimos del entendimiento de que el panorama de la salud está atravesado por diferentes perspectivas que no son meramente técnicas o administrativas, sino profundamente políticas.

Por un lado, existe un modelo dominante que habitualmente es llamado "biomédico", orientado a encontrar causas específicas a nivel biológico y al tratamiento de fallas o problemas técnicos. Su herencia principal proviene de corrientes positivistas, es decir, considera que el único conocimiento auténtico es el conocimiento derivado de la práctica científica. Esta primera característica del modelo biomédico permite comprender por qué se orienta a la fragmentación de la realidad de las personas en variables biológicas aisladas, y concibe la enfermedad como un desperfecto mecánico susceptible de reparación.

Por otro lado, están las corrientes del pensamiento crítico occidental, como la medicina social latinoamericana, la salud colectiva y la epidemiología crítica. Estas corrientes postulan que la salud no es un estado estático, sino un proceso dialéctico y socialmente determinado que no se puede separar de las formas históricas de reproducción de la vida. Desde esta perspectiva, se entiende que no se puede hablar de salud y enfermedad por separado, sino de un proceso de salud- enfermedad, ya que ambos momentos forman parte de la dinámica de vida y reproducción de los grupos, es decir, no es válido pensar la salud como un atributo temporal de un único individuo, sino dentro del grupo como espacio de análisis.

A lo largo de esta minuta buscaremos comprender, además, que las desigualdades sanitarias que ocu-

ren en los territorios de las regiones Metropolitana, Valparaíso y Biobío, no son “fallas de mercado” ni accidentes demográficos, sino que son más bien la expresión de una estructura social que mercantiliza la vida.

2. Aproximaciones a la hegemonía del modelo biomédico

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) o biomédico, fue institucionalizado durante la llamada revolución industrial y se caracteriza por ciertos rasgos estructurales que definen la práctica sanitaria contemporánea: biologismo, individualismo, ahistoricidad y mercantilismo (Menéndez, 2005)

La piedra angular de este enfoque es el biologismo, que reduce la complejidad del dolor humano a una alteración bioquímica o celular. Esta mirada no requiere comprensión de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad. El individualismo por otra parte, ubica la patología exclusivamente en el cuerpo del individuo y transforma problemas que son colectivos en responsabilidades personales. Por ejemplo, esto se observa en la salud ocupacional, cuando prima la idea de un “acto inseguro” y los accidentes laborales se atribuyen a la negligencia del trabajador o trabajadora y no a la organización del proceso productivo que prioriza velocidad sobre seguridad (Organización Mundial de la Salud, 2010).



La falta de perspectiva social e histórica reduce a la persona enferma a los hitos contenidos en su ficha médica o aquellos aspectos observables desde los puntos de vista antes indicados y despoja a los sujetos de los patrones históricos, sociales y culturales que lo involucran con su entorno, centrándose principalmente en las causas biológicas.

Finalmente, tenemos el mercantilismo que convierte la salud en una mercancía, una transacción de servicios donde lo que prima es la capacidad de pago, la cual determina la calidad de la supervivencia de los sujetos. Esto es algo que observaremos en el sistema chileno, que es altamente segregado.

3. Los determinantes sociales versus la determinación social

Como forma de construir un pensamiento y una práctica alternativos al modelo biomédico en salud, surgen propuestas para incorporar las perspectivas sociales de los sujetos al panorama de la salud. En este ámbito, podemos distinguir la mirada del modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el enfoque crítico latinoamericano. Cada uno de estos enfoques tendrá implicancias distintas; si bien suenan igual, no son lo mismo en cuanto a la propuesta concreta para abordar las problemáticas.

3.1 El enfoque de los determinantes sociales (OMS)

A partir de marzo de 2005, comenzó su trabajo la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, de la OMS. Su objetivo consistió en orientar a los Estados miembros y los programas de la OMS, para reunir datos probatorios sobre determinantes sociales de salud y sobre la forma de remediar inequidades sanitarias (OMS, 2009). A partir de estas directrices se buscó popularizar la idea de que “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” influyen en su salud (Sandoval, et al,

2020). Esta perspectiva -sale de la órbita del modelo médico hegemónico, sin embargo, sigue siendo un enfoque funcionalista, en el sentido de que entiende los determinantes como los ingresos, la educación o la vivienda como parte de factores de riesgo aislados o fragmentados, que se agregan al individuo de manera probabilística, asumiendo que con la suma de estos aspectos será posible evaluar o predecir ciertos problemas vinculados con la salud de las personas.

Se puede entender como una visión más atenta a las “causas de las causas”, pero rara vez cuestiona la estructura de poder que distribuye los determinantes de manera desigual (Sandoval, et al, 2020). En estricto rigor, busca reducir los efectos de la desigualdad, sin alterar el modelo de acumulación que la genera.

3.2 La teoría de la determinación social (epidemiología crítica latinoamericana)

Distintas corrientes, como la Medicina Social Latinoamericana y la salud colectiva, proponen la categoría de determinación social. En esta mirada, la salud no se ve afectada por factores externos, sino que es subsumida en la dinámica social general, donde se reconocen al menos tres dominios: general, particular y singular (Breilh, 2013).

La dimensión general corresponde a la lógica de acumulación de capital, a las políticas de Estado y a la inserción del país en el mercado global. En Chile, esto corresponde al modelo neoliberal subsidiario. El dominio particular corresponde a los modos de vida de los grupos sociales, definidos por su clase, género y etnia. Es en este punto donde se materializan las condiciones de trabajo y de consumo. Por último, el dominio singular corresponde a los estilos de vida y la patología individual.

En esta mirada, la salud es la forma en que se encarna el metabolismo sociedad-naturaleza. La enfermedad no es un error, sino una consecuencia esperada de las formas de producción destructivas.

La epidemiología crítica, por tanto, no busca asociar variables (correlación), sino develar los procesos generativos de la desigualdad (Idrovo, 2017).

4. Estrategias emancipatorias en salud

El llamado “modelo obrero italiano” es una de las contribuciones más sólidas al desarrollo de una mirada crítica en el ámbito de la salud capaz de generar una importante influencia en las perspectivas de salud ocupacional en Chile (Tonelli, 2016). Este modelo fue desarrollado con mayor fuerza durante las décadas de 1960 y 1970 en Italia, en pleno proceso de revueltas sociales europeas, y buscó desafiar el monopolio del saber médico sobre el cuerpo de las y los trabajadores.

El modelo obrero se funda en cuatro aspectos principales:

1. La no delegación: como principio fundamental, postula que la salud es un bien inalienable que no puede ser delegado a terceros, ni siquiera a médicos o técnicos expertos. Son los propios sujetos, ya sean trabajadores o comunidades, - quienes poseen la experiencia directa del sufrimiento y el riesgo y, por lo tanto, deben ser protagonistas en la validación de las condiciones de salud.

2. La no monetarización del riesgo: Este modelo rechaza la lógica de los bonos por trabajo peligroso. “La salud no se vende; se defiende”. Este principio es una crítica directa a la racionalidad capitalista y en especial a la neoliberal, que pone precio a la vida.

3. Grupo Homogéneo: La unidad de análisis no es el individuo aislado, sino el colectivo que comparte las mismas condiciones de trabajo o vida. De esta manera, el modelo obrero propone que es en el grupo donde se socializa la experiencia y se construye el conocimiento.

4. La validación consensual: Se propone que la verdad científica sobre un riesgo no reside únicamente en los instrumentos de medición, dado que estos pueden ser manipulados técnicamente o pueden ser insuficientes, sino que reside en el consenso de los trabajadores que experimentan los síntomas. De esta manera, el saber obrero tendrá que validar o refutar el saber técnico.

El modelo obrero como estrategia de la clase trabajadora surge en un contexto de crisis en diversos aspectos del capitalismo, en específico, en el periodo posterior a 1945, tras la Segunda Guerra Mundial, periodo en el cual las secuelas de dicho conflicto afectaron de manera importante al mundo del trabajo, surgiendo así diferentes manifestaciones de organización obrera y conflicto social. Fue conocido el movimiento de mayo del 68, conformado por obreros y estudiantes, principalmente en Francia; sin embargo, este fue un síntoma de grandes movilizaciones en diversos países al albor de la crisis capitalista. En este mismo periodo, entre 1960 y 1967, surgen los primeros movimientos de gestación del modelo obrero, principalmente a través de organizaciones de trabajadores que comienzan a problematizar las secuelas físicas y sanitarias de la guerra y cómo el modo de producción los concebía como una herramienta más dentro de la fábrica. Al mismo tiempo, las soluciones médicas estaban orientadas por el modelo médico hegemónico que, como hemos indicado anteriormente, se basa en aquellos aspectos individuales de las y los trabajadores, dejando de lado las cuestiones sistémicas de la producción.

Estas circunstancias empujaron a la afirmación del principio de no delegación, que se desarrolló hacia 1968 en una consolidación del modelo obrero, con el fin de enfrentar de forma más intensa la organización capitalista del trabajo. Fue en este periodo cuando se expresaron a través de negociaciones colectivas las demandas derivadas del modelo obrero. La presión de las organizaciones de trabajadores permitió establecer una institucionalidad sanitaria

que considerara los cambios propuestos en cuanto a la organización del trabajo. Luego, hacia mediados de 1980, comienzan a desarrollarse nuevos niveles de burocracia y cooptación de las organizaciones de trabajadores, lo cual progresivamente debilita la autonomía y profundidad que el modelo obrero había buscado en sus inicios.

5. Breve historia de la salud en Chile

En sus orígenes, la organización de los incipientes tratamientos y servicios de salud en Chile estaba en manos de la caridad y la iglesia. De esta manera, los latifundistas podían financiar el perdón divino mediante aportes a la caridad, administrada principalmente por monjas en conventos. En estos recintos se prestaban servicios que eran más bien de contención, es decir, para evitar que las calles en las ciudades emergentes terminaran repletas de personas moribundas. En 1885, nacieron en Chile 61.965 personas; ese mismo año murieron 66.818. Las víctimas, en su mayoría, fueron niños. Nacer para vivir era claramente un privilegio en Chile (Illanes, 2010).

A finales del siglo XIX la situación de la salud en Chile se podía comprender como una mediación en la que la iglesia y la aristocracia actuaban como agentes principales, capaces de administrar una institucionalidad compuesta por orfanatos, asilos, hospicios, hospitales de pobres y dispensarios. El objetivo era conformar un orden social basado en la compasión y la explotación. Un principio central de este orden era la caridad, entendida como recibir sin derecho a exigir.

Frente a este escenario, surge un movimiento con otro principio fundante: la solidaridad. Critica que la caridad no contempla la posibilidad de que los sujetos exijan o determinen las condiciones en las que se llevará a cabo la asistencia en salud. Así fue como se desplegó lo que María Angélica Illanes denomina la Solidaridad Popular Organizada (SPO). Este movimiento, impulsado principalmente por obreros e intelectuales de la época, contó con

el apoyo de los médicos. Aunque no se trataba de una alianza estrecha, ambas corrientes (la SPO y la vertiente médica) comenzaron a impulsar la participación del Estado en el proceso de salud. Por un lado, la SPO proponía la posibilidad de ejercer la autogestión de la salud para salir del orden establecido y, a su vez, exigía al patrón y al Estado que resolvieran problemas urgentes del ámbito sanitario. Por otro lado, la vertiente médica buscaba gestionar de forma científica el proceso de salud, considerando a los médicos como autoridades en la materia. Estas corrientes tensionaron la actividad caritativa y luego entraron en tensión entre sí.

El poder político de la época reconoció el estrecho vínculo entre salud y situación del país. Juan E. Mackenna, diputado por Valparaíso, planteó en el Congreso la necesidad de abordar la salud en el contexto de la crítica realidad nacional, mientras se discutían leyes sobre este asunto:

“Las condiciones generales de alimentación y de insalubridad en que vive la gran mayoría de los habitantes de nuestro país, no pueden ser más deplorables. Me refiero a las condiciones de alimentación del pueblo en general, a la carestía de todos los artículos de primera y más indispensable necesidad y las consecuencias necesarias e inevitables que ella produce.

Sabe la Cámara que en nuestro país parece un 70 a un 80% de los párvulos siendo por demás lento el desarrollo de la población debido no sólo a la falta de higiene e insalubridad en que viven nuestras clases pobres, sino también a la pésima alimentación que está a su alcance.

Sabe también la Cámara que con frecuencia se desarrollan epidemias que diezman a nuestra población, llevándose miles de brazos de valor inestimable para el progreso y la riqueza del país, siendo siempre como origen principal las mismas causas a que hemos apuntado como es natural, ello produce perjuicios inmensos al país que, examinados sólo bajo un aspecto financiero, puede sin exagerar apreciarse en millones y millones de pesos”. (Illanes, 2010)

La condición general de los obreros no era mejor, ya que en esta época los salarios no alcanzaban para los más mínimos cuidados. Según - publicaba el periódico La Igualdad de Santiago en 1894:

“Sueldo medio de un obrero, \$ 3 diarios. Reduciendo el sueldo diario a mensual: \$ 78. Una casita cuyo costo varía entre \$ 20 y \$ 25 mensuales. Las salidas de una casa no bajan de \$ 71,50 ctvos, quedando un sobrante de \$ 6,50 ctvos., que se consume en utensilios y menaje, sin que quede un solo centavo para adquirir un mal vestido. Calcúlese también los sacrificios que imponen a los jefes de familia los propietarios que, cegados por la usura, sedientos de exterminar a la clase obrera, tienen el cinismo de exigir pagos adelantados en las circunstancias actuales.”

En este contexto surgieron las Sociedades de Socorros Mutuos, organizaciones que a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX buscaron colectivizar algunos de los principales problemas de salud vinculados a los obreros. Estas entidades buscaban establecer mecanismos de protección ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar, así como un sistema embrionario de seguridad social basado en el ahorro de los socios mediante cuotas para financiar servicios médicos y visitadoras.

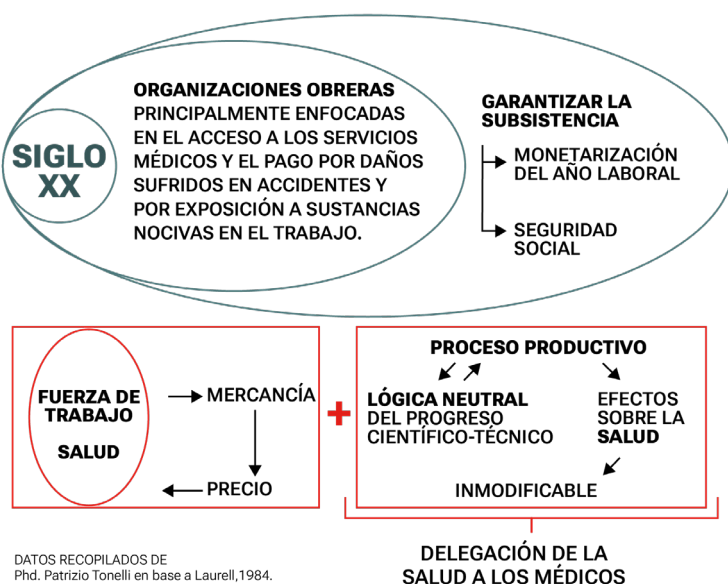
Illanes comenta sobre las mutuales que “germinaba allí un concepto de salud como sociabilidad, solidaridad y organización donde la enfermedad era inseparable de la condición social y la lucha contra ella pasaba a ser parte de una lucha del pueblo por su propia identidad y bienestar” (Illanes, 2003).

Sin embargo, las mutuales no serán la única expresión de los trabajadores en cuanto a la problemática de la salud. En esta época podrían reconocerse al menos tres corrientes: el obrerismo ilustrado, la afirmación del sindicalismo y el intervencionismo estatal. El obrerismo ilustrado se enfocó en “cambiar la condición de pobre” mediante un mejoramiento moral y material a través de la ciencia, la literatura y el arte. Por otro lado, la afirmación del sindicalismo se enfocaría en la crítica a las sociedades de socorros mutuos por considerar que estas “se ocupaban

del porvenir y poco del presente”. En esta visión, se busca pasar de la autogestión a la reivindicación, exigiendo principalmente al patrón y al Estado.

Por último, el intervencionismo estatal corresponde a una corriente que buscaba afirmar el Estado asistencial, considerando al pueblo como un recurso que debía ser cuidado para el crecimiento general, y sería el Estado el que debería definir el orden social en materia de salud y otros componentes. Desde esta perspectiva, se impulsó la caja de accidentes del trabajo para generar coberturas orientadas a indemnizaciones, subsidios, pensiones y atención médica completa para accidentes de trabajo y afecciones profesionales.

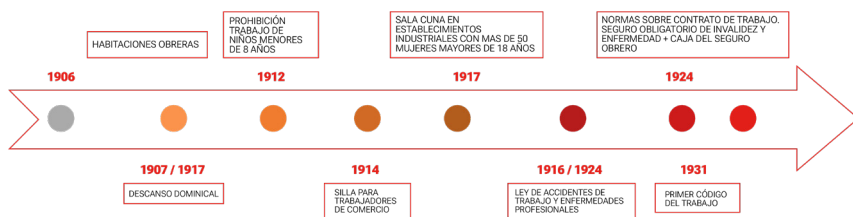
FIGURA 1: ORIENTACIONES DEL MOVIMIENTO OBRERO A INICIOS DEL SIGLO XX



Fuente: Elaboración propia a partir de Tonelli (2016) y Laurell (1984)

Como se aprecia en la figura 3, gran parte de las normas impulsadas a inicios del siglo XX en el ámbito del trabajo también tenían relación con aspectos sanitarios, como, por ejemplo, la construcción de habitaciones obreras para reducir en cierta medida el hacinamiento y la transmisión de enfermedades, la prohibición de trabajos a menores de 8 años y la creación de salas cuna con el fin de reducir la mortalidad infantil, la ley de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, etc. Sin embargo, la primera institucionalidad de salud no se establecería hasta 1952 con el primer Sistema Nacional de Salud (SNS) y 1953 con el primer Ministerio de Salud.

FIGURA 2: LÍNEA DE TIEMPO DE NORMATIVAS RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN ESTATAL A PRINCIPIOS DEL SIGLO XX



Fuente: Elaboración propia a partir de Illanes (2010)

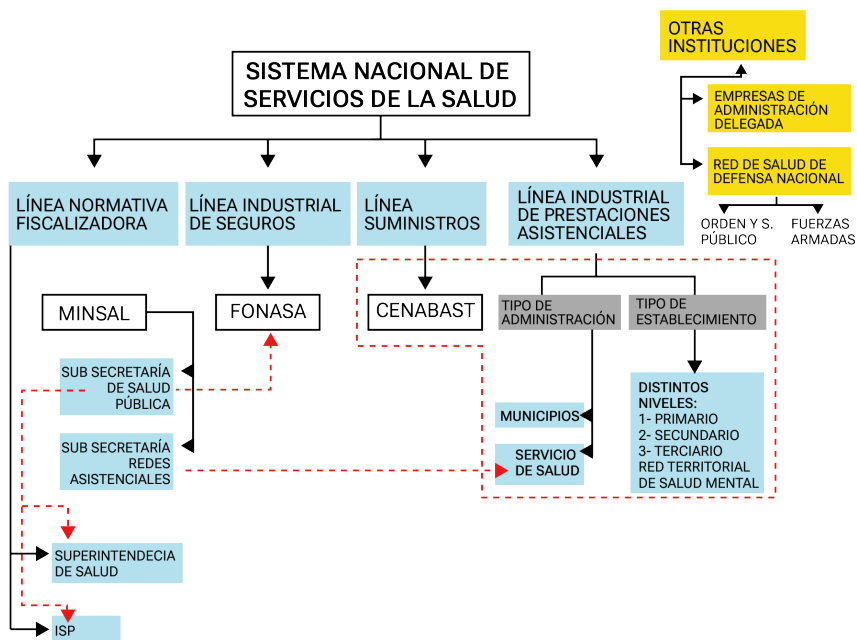
Durante la dictadura militar de 1979, el sistema Nacional de Salud se descentralizó y pasó a llamarse Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). En 1980, la Atención Primaria de Salud (APS) se municipalizó, con lo cual se derivó a los municipios la administración de la salud primaria.

En 1981 se creó el sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que comenzaron a funcionar

con estructuras que permitieron la llamada integración vertical, donde un mismo controlador podía ser dueño de una aseguradora de salud o ISAPRE y de las instituciones proveedoras de servicios, ya fueran clínicas o centros de salud. Esto generaba un amplio margen para la acumulación de ganancias por parte del gran capital.

Tras la dictadura militar, la estructura general del SNSS y del sistema de ISAPRE se mantuvieron durante mucho tiempo, incorporando reformas que, principalmente, estarían orientadas a crear programas de gasto público en el sistema de salud, pero sin modificar la estructura descentralizada ni la participación de los seguros privados.

FIGURA 3: ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD E INSTITUCIONES RELACIONADAS



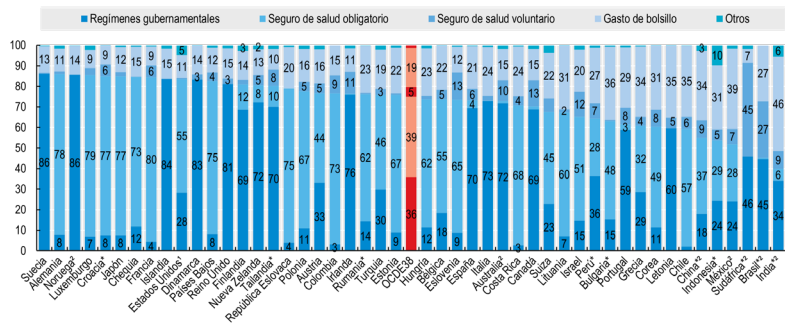
Fuente: Caracterización del sistema de salud chileno: enfoque laboral, sindical e institucional, G. Duran, K. Narbona - Fundación SOL 2009, cuadernos investigación N°11

6. Perspectivas sobre el financiamiento y la cobertura de la salud en Chile

Teniendo en cuenta lo que hemos revisado hasta ahora, surge una pregunta importante: ¿quién paga realmente la provisión de servicios de salud? y cómo se compone esta provisión en las distintas regiones de las plataformas territoriales? Podemos comprender que el financiamiento de la salud es la expresión monetaria de las prioridades que la sociedad establece según la estructura social dominante. Formalmente, existen diversas formas de clasificar el gasto en los sistemas de salud. También es relevante observar un panorama comparativo de los principales componentes del sistema de salud en Chile con respecto a otros países. Para ello, recurriremos a estadísticas de la OCDE que permiten visualizar el estado en que se encuentra el país.

El financiamiento del gasto de salud proviene de distintas fuentes: el gasto del Gobierno a partir de la recaudación de impuestos generales, el gasto de un seguro o fondo médico obligatorio que deben pagar quienes son trabajadores formales, el gasto de seguros voluntarios, que generalmente son privados, y el gasto de bolsillo, que realizan directamente los hogares. A nivel comparado, Chile es uno de los países con mayor gasto de bolsillo, situándose por encima de la media de los países de la OCDE. Esto indica una importante carga para los hogares en términos de costos de salud, ya que deben asumir el 35% del gasto total. Otro componente relevante en el caso chileno es el gasto del régimen público, que corresponde principalmente a FONASA y que actúa como un fondo solidario más que como un seguro, ya que, si bien se financia en parte con contribuciones, también lo hace con gasto público y las prestaciones no dependen del monto contribuido individualmente.

GRÁFICO 1: GASTO EN SALUD POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO 2023 (OCDE 2025)



Fuente: OECD Health Statistics 2025. La categoría “Otros” se refiere al financiamiento por parte de ONGs, empleadores, esquemas para no residentes y esquemas desconocidos. (1) Todo el gasto de las Isapres (compañías de seguros de salud privados) reportado bajo el seguro de salud obligatorio. (2) Últimos datos disponibles.

Otra forma de verlo es observando únicamente el gasto de salud realizado por el Gobierno y el gasto de bolsillo per cápita en dólares comparables. El promedio de los países de la OCDE asciende a USD 5.790, de los cuales el 22,6% corresponde al gasto de bolsillo, mientras que en el caso de Chile, el gasto promedio per cápita es de USD 3.749 y el 44,9% corresponde al gasto de bolsillo, lo que lo sitúa como uno de los países con un mayor volumen de este tipo de gasto, demostrando la importante carga que supone para los hogares el financiamiento de la salud. Un dato preocupante es el aumento del gasto de bolsillo, que según los datos del Ministerio de Salud creció un 29,5% en 2024. Esto indica que, a pesar del aumento del gasto gubernamental del 6,3%, los hogares están asumiendo una carga financiera desproporcionada, principalmente en la compra de bienes y servicios privados (en farmacias y consultas).

Al aterrizar esta realidad en los territorios, la Región Metropolitana emerge como el espejo de las contradicciones del crecimiento urbano chileno. A pesar de concentrar la mayor parte de la riqueza y de tener la mayor oferta hospitalaria, sus habitantes sufren una grave crisis de bienestar psicosocial: el 20,1% reporta síntomas depresivos y la victimización en los hogares alcanza el 20,8%, unas cifras que superan a

las de las otras regiones analizadas. La segregación es la norma en la capital; mientras que un sector de la población tiene acceso a seguros privados, el 70,5% depende de Fonasa, y un preocupante 11,4% de las personas con problemas de salud no lograron recibir atención, lo que evidencia que la disponibilidad física de hospitales no garantiza el acceso real a la atención en salud en una ciudad fragmentada.

Hacia la costa, la Región de Valparaíso se enfrenta a un desafío demográfico que ya no es una proyección futura, sino una urgencia presente. Con un índice de envejecimiento de 90,5 personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años —el más alto de este análisis—, la región sufre una presión enorme sobre sus servicios de cuidados crónicos. Esta estructura de población envejecida se traduce en una carga de enfermedad grave y costosa, con tasas de incidencia de cáncer en hombres de 235,3 por 100.000 habitantes, que superan el promedio nacional. En este contexto, el aumento del gasto de bolsillo cobra un sentido dramático, sugiriendo que muchas familias porteñas están financiando con recursos propios la sobrevivencia de sus adultos mayores.

En el sur, la Región del Biobío refleja las cicatrices de la desigualdad estructural y el desgaste del trabajo industrial. Es la zona con mayor pobreza por ingresos (7,5%) y una brecha social abismal, donde el quintil más rico gana 13,4 veces más que el más pobre. Su perfil epidemiológico se caracteriza por la elevada incidencia de las causas externas: las tasas de hospitalización por accidentes de tránsito (91,7 por 100.000) superan ampliamente el promedio del país, lo que probablemente refleja la intensa actividad forestal e industrial. Con una dependencia de Fonasa del 86,5%, la población del Biobío es extremadamente vulnerable a las limitaciones del presupuesto público y tiene menos margen que ninguna otra para compensar las carencias del sistema con su propio bolsillo.

7. Volviendo al inicio: salud y proceso de vida, algunas reflexiones finales

A lo largo de este documento, hemos podido ver que existen diversas maneras de comprender nuestra situación de salud, pero todas ellas se relacionan de forma íntima con el modo de producción y reproducción social, que no es otro que el capitalista. Este atraviesa todo el periodo de tiempo explorado en este documento.

Por tanto, el modelo hegemónico de salud no es indiferente a la necesidad fundamental de acumulación incesante de capital y está al servicio de aquello mediante diversas estrategias que promueven la individualidad y la segregación de los problemas sociales y de la salud. Esto se vincula de forma consistente con la evolución de la institucionalidad hegemónica global, como la OMS y otros organismos regionales.

SIN EMBARGO, EXISTEN MIRADAS ALTERNATIVAS QUE SE HAN DESARROLLADO EN EL ALBOR DEL CONFLICTO CAPITAL-TRABAJO, EN DIFERENTES ÉPOCAS Y BAJO DISTINTAS CIRCUNSTANCIAS, COMO EL MODELO OBRERO, EN UN CONTEXTO ABIERTO DE CRISIS GLOBAL, O EL PENSAMIENTO LATINOAMERICANO EN SALUD, DURANTE EL DESARROLLO MÁS AMPLIO DEL LLAMADO NEOLIBERALISMO. ESTAS PERSPECTIVAS EMANCIPATORIAS HAN COLOCADO AL CENTRO LA RELEVANCIA DE COMPRENDER EL TRABAJO Y EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DESDE UNA PERSPECTIVA CAPAZ DE CONSTRUIR ALTERNATIVAS AL CAPITALISMO DESDE LA BASE SOCIAL PARA LA CLASE TRABAJADORA Y EL PUEBLO EN SU CONJUNTO. ESTO IMPLICA DESARROLLAR ESTRATEGIAS QUE PUEDAN TENER UN IMPACTO REAL EN LA VIDA DE LAS PERSONAS, ASÍ COMO EN SU PENSAMIENTO Y EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO.



Bibliografía

Breilh, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública [online]. 2013, vol.31, suppl.1, pp.13-27. ISSN 0120-386X.

Laurell, Asa Cristina. Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia. Cuadernos Políticos, número 41, México, D. F., editorial Era, julio-diciembre de 1984, pp. 63-83.

Idrovo, Alvaro. Determinación social del proceso salud-enfermedad: una mirada crítica desde la epidemiología del siglo XXI. Rev. Salud Pública. 2017.

Illanes, María Angélica, Chile des-centrado: formación socio-cultural republicana y transición capitalista 1810-1910 / M. Angélica Illanes O. 1ª ed. Santiago de Chile : LOM Eds., 2003.

Illanes, María Angélica, En el nombre del pueblo del Estado y la ciencia. Historia social de la salud pública, 1880-1973. Santiago, 2010

Menéndez, Eduardo. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.

Oddone, Ivar. L'ambiente di lavoro: nessun fattore nocivo. 2nd ed. Roma: FIM - FIOM - UILM Sindacati Metalmeccanici; 1971.

OCDE, Health at a Glance. OECD and G20 indicators, 2025.

Organización Mundial de la Salud, OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud. 2009

Organización Mundial de la Salud, OMS. Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. ISBN 978 92 4 350024 9. 2010

Sandoval, Jorge, et al. Determinantes o determinación social en la comprensión de la salud-enfermedad. Una reflexión necesaria. Salud problema, n° 27. 2020.

Tonelli, Patrizio. Para el estudio de la difusión del modelo obrero. Tres historias desde Chile. Laboreal, 2016. <http://journals.openedition.org/laboreal/2181>



POAP

**PLATAFORMAS DE
OBSERVACIÓN
POPULAR**