

Cartilla 7:

Salud y perspectivas emancipatorias desde el mundo del trabajo



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  AFUSAM HIGUERAS
TALCAHUANO

Este documento se ha realizado con la ayuda financiera de 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.



Financiado por
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. Introducción	4
2. Aproximaciones a la hegemonía del modelo biomédico	5
3. Los determinantes sociales versus la determinación social	5
3.1 El enfoque de los determinantes sociales (zOMS)	6
3.2 La teoría de la determinación social (Epidemiología Crítica Latinoamericana)	6
4. Estrategias emancipatorias en salud	7
4.1 El despertar tras la catástrofe (1945 - 1960)	8
4.2 La trampa del modelo médico hegemónico	8
4.3 "La salud no se vende": El principio de no delegación	8
4.4 Burocracia y pérdida de autonomía (1980 en adelante)	8
5. Las mutuales de empleadores: escasos cambios regulatorios y crecientes nichos de negocio	11
6. Conclusión	12

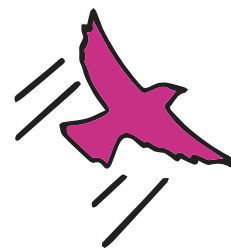
1. Introducción

En este documento 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 fisiológicos. Su herencia principal proviene de corrientes positivistas, es decir, considera que el único conocimiento auténtico es el conocimiento derivado de la práctica científica, la observación, la experimentación y la comprobación empírica de hechos estrictamente delimitados. Este enfoque, a su vez, rechaza profundamente las ideas abstractas universales o metafísicas. 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 ocurren 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 (Menendez, 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 (OMS, 2010).

La ahistoricidad 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 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 (zOMS)

A contar de marzo de 2005, la OMS puso en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con una misión clara: guiar a los países y a sus propios programas en la recolección de evidencia sólida so-

bre cómo las condiciones sociales impactan el bienestar, buscando así fórmulas para reducir las brechas de desigualdad sanitaria (OMS, 2009). Gracias a este impulso, se instaló con fuerza la idea de que nuestra salud depende directamente de las condiciones en que nacemos, nos criamos, vivimos, trabajamos y envejecemos (Sandoval et al., 2020).

Si bien esta mirada logra romper con el viejo esquema médico tradicional (donde todo se reduce a la enfermedad biológica), todavía arrastra una lógica funcionalista. En términos sencillos, tiende a ver factores como el sueldo, la educación o la calidad de la vivienda como si fueran "piezas sueltas" o riesgos aislados que se le van sumando a la persona. Al final, se termina calculando la salud de la gente de forma casi matemática o probabilística, bajo la creencia de que basta con "sumar" estos factores para predecir qué tan sana estará la población, perdiendo a veces de vista la relación profunda que existe entre todos esos elementos.

3.2 La teoría de la determinación social (Epidemiología Crítica Latinoamericana)

Desde la vereda de la Medicina Social Latinoamericana y la salud colectiva, surge el concepto de determinación social. A diferencia de otros enfoques, esta mirada plantea que la salud no se ve afectada por "cosas externas", sino que está estrechamente vinculada a la dinámica de la sociedad en su conjunto. Para entenderlo, se proponen tres niveles o dominios interconectados (Breilh, 2013):

1. Dimensión general: es el nivel macro. En este nivel, dominan la lógica de la acumulación de capital, las políticas del Estado y cómo el país se inserta en la economía global. En nuestro caso, esto se traduce directamente en el modelo neoliberal subsidiario chileno.
2. Dominio particular: se refiere a cómo viven los distintos grupos sociales según su clase, género o pertenencia étnica. En este espacio se observan las condiciones reales de trabajo y los patrones de consumo.
3. Dominio singular: es el nivel más individual, donde aparecen los estilos de vida personales y las enfermedades que cada uno desarrolla.

Bajo esta óptica, la salud es el reflejo de cómo se relacionan la sociedad y la naturaleza (el metabolismo sociedad-naturaleza). Así, la enfermedad no se entiende como un "error del sistema" o un golpe de mala suerte, sino como una consecuencia lógica de formas de producción que son inherentemente destructivas. Por eso, la epidemiología crítica no pierde el tiempo sólo buscando "correlaciones" entre variables estadísticas; lo que busca es desnudar los procesos de fondo que generan la desigualdad (Idrovo, 2017).

Se puede entender la perspectiva de los determinantes sociales 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.

4. Estrategias emancipatorias en salud

Una de las herramientas más potentes para construir esta mirada crítica es el denominado "**Modelo Obrero Italiano**". Este enfoque ha tenido un impacto profundo en cómo entendemos la salud ocupacional en Chile (Tonelli, 2016). Surgió con fuerza entre los años 60 y 70 en Italia, en una época de grandes movilizaciones sociales en Europa, con un objetivo político y técnico muy claro: **arrebatarle al saber médico el monopolio sobre el cuerpo de las y los trabajadores**. Se trata de que la propia persona que trabaja sea protagonista y conocedora de los riesgos que enfrenta, dejando de ser un objeto de estudio para convertirse en un sujeto activo de su propio cuidado.

La figura 1 nos muestra uno de los esquemas más emblemáticos de este modelo, que fue publicado precisamente en un material didáctico para el sindicato metalmeccánico FIM de Italia. En él se aprecia cómo el ambiente de trabajo influye como un componente esencial para transformar el capital y la fuerza de trabajo en mercancías y salarios, pero al mismo tiempo genera daños a la salud, lo cual se evidencia en las figuras humanas que aparecen con una disposición distinta a la salida del ambiente de trabajo, representado por una fábrica.

Desde una perspectiva crítica, podemos comprender que la producción de mercancías requiere necesariamente la intervención de la fuerza de trabajo en el proceso productivo que se desarrolla en un espacio físico como una fábrica. Este proceso, si bien genera el salario del trabajador o la trabajadora, también deja en él o ella la huella indiscutible de la transformación física que no es remunerada ni reconocida por los capitalistas como un efecto directo del proceso productivo.

FIGURA 1: ESQUEMA PARA COMPRENDER A NIVEL GENERAL EL DAÑO A LA SALUD EN EL ESPACIO DE TRABAJO USADO COMO REFERENCIA EN EL MODELO OBRERO



Fuente: Imagen extraída de "L'ambiente di lavoro: nessun fattore nocivo" (1971)

4.1 El despertar tras la catástrofe (1945 - 1960)

El modelo obrero no surgió de la nada, sino como respuesta a la crisis del capitalismo tras la Segunda Guerra Mundial. A partir de 1945, el mundo del trabajo quedó profundamente marcado por las secuelas del conflicto, lo que dio lugar a nuevas formas de organización y fricciones sociales.

Aunque el "Mayo del 68" en Francia es el hito más recordado, en el que obreros y estudiantes marcharon juntos, este fue solo la punta del iceberg de un malestar global. En este contexto, entre 1960 y 1967, comenzaron a surgir los primeros movimientos que sentaron las bases del modelo. Los trabajadores ya no solo pedían mejores sueldos, sino que también cuestionaban el desgaste físico y mental que les imponía una fábrica que los trataba como una pieza más de la maquinaria.

4.2 La trampa del modelo médico hegemónico

En ese entonces (y muchas veces todavía hoy), la medicina oficial funcionaba bajo un modelo médico hegemónico ¿Qué significa esto en la práctica?

1. Se enfocaba solo en el individuo "enfermo".
2. Buscaba la falla biológica o el "mal hábito" del trabajador.
3. Ignoraba completamente el sistema de producción y cómo el diseño de la pega era lo que realmente estaba enfermando a la gente.

4.3 "La salud no se vende": El principio de no delegación

Hacia 1968, estas tensiones reventaron y el Modelo Obrero se consolidó bajo una consigna revolucionaria: el principio de no delegación. Los trabajadores decidieron que ya no le entregarían a los "expertos" o a la empresa la potestad de decidir qué era seguro o saludable para sus propios cuerpos.

Esta postura se tradujo en hitos concretos:

1. Negociaciones colectivas: La salud entró de lleno en la mesa de discusión.
2. Presión institucional: Se logró forzar la creación de normas sanitarias que, por primera vez, miraban cómo se organizaba el trabajo y no solo cómo se parchaba a la persona herida.

4.4 Burocracia y pérdida de autonomía (1980 en adelante)

Lamentablemente, este impulso se frenó. A mediados de los años ochenta, el sistema empezó a "absorber" estas demandas mediante nuevas capas burocráticas. Las organizaciones de trabajadores empezaron a ser cooptadas o integradas en estructuras institucionales rígidas.

Este proceso fue debilitando progresivamente la autonomía de las bases. Lo que en un principio fue una lucha profunda por transformar el modo de

producción terminó convirtiéndose muchas veces en trámites administrativos, perdiendo así la potencia política que buscaba que el trabajador fuera el verdadero dueño de su bienestar.

En la figura 2 se aprecia una síntesis de la cadena de eventos que sucedieron en el contexto posguerra, en el marco del desarrollo de estrategias vinculadas al modelo obrero.

FIGURA 2: PERIODIZACIÓN DEL MODELO OBRERO EN ITALIA



EL MODELO ITALIANO CARECÍA DE BASES TEÓRICAS FUERTES AL FUNDAR SU FORTALEZA EN LA SOLA SUBJETIVIDAD DE LOS TRABAJADORES, LO QUE HIZO DEPENDER LOS RESULTADOS DEL MODELO SOLO DE LA SITUACIÓN POLÍTICA CONCRETA EN LA CUAL SE IBA APLICANDO. (TONELLI, 2016)

Fuente: Elaboración propia en base a Tonelli (2016), basado en (Laurell, 1984)

Mientras en Europa y el resto de Latinoamérica se gestaban movimientos que cuestionaban el poder del capital sobre la salud, en Chile el camino tomó un rumbo particular, liderado inicialmente por el propio empresariado. A mediados del siglo XX, las asociaciones de industriales comenzaron a darse cuenta de que los accidentes laborales no solo eran tragedias humanas, sino también un problema para la continuidad de la producción. Así, antes de que el Estado interviniera, los empleadores crearon sus propias organizaciones mutualistas: corporaciones sin ánimo de lucro destinadas a gestionar los riesgos laborales.

El hito fundacional de este modelo en Chile se produjo en 1957, cuando los industriales de Valparaíso y Aconcagua crearon el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST). Fue la primera mutual del país y su enfoque era marcadamente técnico: prevenir accidentes y rehabilitar al trabajador "lisiado", e incluso extender ciertos beneficios a sus familias. Este impulso gremial se consolidó rápidamente con la fundación de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) por parte de la SOFOFA en 1958 y, más tarde, en 1966, con la creación de la Mutual de Seguridad por parte de la Cámara Chilena de la Construcción.

Sin embargo, el panorama de estas iniciativas privadas, que operaban bajo una lógica de gestión de riesgos muy similar al “modelo médico funcionalista”, sufrió un cambio institucional en 1968. Ese año se promulgó la Ley n.º 16.744, un hito fundamental que convirtió estas iniciativas en un sistema de seguridad social obligatorio. La ley no sólo validó las mutualidades existentes desde una perspectiva de gestión sin ánimo de lucro y con consejos de administración bipartitos (en los que participan trabajadores y empleadores), sino que también creó el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) como la entidad pública encargada de esta cobertura.

AL COMPARAR ESTO CON EL MODELO OBRERO ITALIANO, SE OBSERVA UNA DIFERENCIA CLAVE: MIENTRAS QUE EN ITALIA SE BUSCABA LA “NO DELEGACIÓN” Y LA AUTONOMÍA TOTAL FRENTE AL PATRÓN, EN CHILE LA INSTITUCIONALIDAD SANITARIA SE CONSTRUYÓ DESDE UNA ALIANZA ENTRE EL ESTADO Y EL EMPRESARIADO. AUNQUE SE LOGRÓ UNA COBERTURA TÉCNICA DE VANGUARDIA PARA LA ÉPOCA, SE MANTUVO UNA ESTRUCTURA EN LA QUE LA PREVENCIÓN Y LA SALUD SIGUEN SIENDO GESTIONADAS POR ORGANISMOS QUE, SI BIEN SON “BIPARTITOS” SOBRE EL PAPEL, A MENUDO OPERAN DESDE UNA LÓGICA DE EFICIENCIA TÉCNICA Y BUROCRÁTICA, DISTANCIÁNDOSE DE LA BASE SOCIAL QUE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA BUSCA EMPODERAR.

5. Las mutuales de empleadores: escasos cambios regulatorios y crecientes nichos de negocio

En el año 2011, el Centro de Investigación Periodística de Chile (CIPER) publicó un reportaje titulado: “El imperio de negocios que la ACHS creó con las cotizaciones de los trabajadores”. Este artículo se desarrolla en el contexto del accidente ocurrido en agosto de 2010 en la mina San José, propiedad de la Compañía Minera San Esteban, en el que 33 trabajadores quedaron atrapados.

El reportaje de los periodistas Juan Pablo Figueroa y Gustavo Villarrubia aborda una serie de aspectos relacionados con la actuación de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) en relación con el accidente, pero también analiza los vínculos de esta mutual con otras empresas del mismo grupo empresarial, muchas de las cuales están controladas en su totalidad por la mutual. Aunque la ley establece que las mutuas de empleadores son corporaciones sin ánimo de lucro, las empresas relacionadas sí pueden obtener beneficios por sus negocios.

Según los datos disponibles, la mutual con mayor número de cotizantes es la ACHS, que incrementó sus ingresos ordinarios en un 10,3% entre 2023 y 2024. De estos ingresos, el 62,8% proviene de cotizaciones obligatorias y adicionales. Sus ingresos ordinarios en 2024 superaron los \$886 mil millones de pesos.

Le sigue la mutual de la Cámara Chilena de la Construcción, que en 2024 obtuvo ingresos ordinarios por más de 566 mil millones de pesos, de los cuales el 78,6 % proviene de cotizaciones obligatorias y adicionales. Esta mutual también experimentó un crecimiento en sus ingresos ordinarios entre 2023 y 2024, aunque menor que el de la ACHS, con un 3,9 %.

6. Conclusión

Para concluir, es crucial reconocer que nuestra salud no es un fenómeno aislado ni puramente biológico, sino que está estrechamente vinculada a la forma en que producimos y reproducimos nuestra existencia bajo la lógica del capital. A lo largo de este texto, hemos visto que el sistema capitalista no es solo un escenario donde sucede la vida, sino un motor que atraviesa todos los aspectos de la reproducción social, moldeando la forma en que vivimos, trabajamos, enfermamos y sanamos. En este sentido, la salud se convierte en un reflejo directo del conflicto de clases, en el que el bienestar suele quedar supeditado a las necesidades de un mercado que antepone la acumulación a la vida.

Por ello, el modelo médico hegemónico no es neutral, sino que opera como una estrategia que favorece la acumulación incesante de capital. Al promover una visión individualista y fragmentada de los problemas sanitarios, instituciones globales como la OMS han tendido a separar lo social de lo biológico, convirtiendo determinantes profundos en simples “factores de riesgo” aislados. Esta perspectiva invisibiliza las raíces sistémicas y la desigualdad, y convence al individuo de que su salud es una responsabilidad puramente personal, desconectándola de las estructuras de poder que, en última instancia, deciden cómo se reproducen las enfermedades y sus curas.

Frente a este panorama, cobran fuerza las perspectivas emancipatorias, como el modelo obrero y la medicina social latinoamericana, que surgen precisamente del conflicto entre el capital y el trabajo. Estas perspectivas no sólo denuncian las carencias del sistema, sino que también proponen un cambio de paradigma en el que la salud deja de ser una mercancía o un objeto de estudio para convertirse en una herramienta de lucha y soberanía. Al situar la experiencia de la clase trabajadora y del pueblo en el centro, estas teorías buscan crear un conocimiento propio con un impacto real en la vida cotidiana que nos permita imaginar y construir alternativas al capitalismo que devuelvan la dignidad al hecho de vivir, trabajar y envejecer en nuestros territorios.



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

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.

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

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

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>

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



POAP

**PLATAFORMAS DE
OBSERVACIÓN
POPULAR**