

Colección  
**FACIMED**

Facultad de Ciencias Médicas



Claudio Cárcamo Molina, Sergio Álvarez Villagrán  
Rosa Vergara Díaz, María Eugenia Jaramillo Oyarzún,  
Lilian Cuadra Olmos, Ana María Neira Oportus,  
Isabel de Ferrari Fontesilla, Claudia Padilla Rubio,  
Lídice Tobar Quezada

# **RESOLUCIONES VII CONGRESO USUARIOS DE LA SALUD ANCOSALUD**



**RESOLUCIONES VII CONGRESO  
USUARIOS DE LA SALUD  
ANCOSALUD**

## **Resoluciones VII Congreso usuarios de la salud ANCOSALUD**

Editorial Universidad de Santiago de Chile, 2025  
Av. Víctor Jara 3453, Estación Central, Santiago de Chile  
Tel.: +56 2 2718 0080  
[www.editorialusach.cl](http://www.editorialusach.cl)

© Claudio Cárcamo Molina, Sergio Álvarez Villagrán,  
Rosa Vergara Díaz, María Eugenia Jaramillo Oyarzún, Lilian Cuadra Olmos,  
Ana María Neira Oportus, Isabel de Ferrari Fontesilla, Claudia Padilla Rubio y  
Lídice Tobar Quezada, 2025

ISBN edición digital: 978-956-303-733-3

Director editorial: Galo Ghigliotto G.  
Edición: Luz María Astudillo  
Diagramación: Andrea Meza V.  
Diseño de portada: Ana Ramírez P.

Primera edición, marzo 2025

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico o mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo de la editorial.

Editado en Chile

Claudio Cárcamo Molina, Sergio Álvarez Villagrán  
Rosa Vergara Díaz, María Eugenia Jaramillo Oyarzún  
Lilian Cuadra Olmos, Ana María Neira Oportus  
Isabel de Ferrari Fontesilla, Claudia Padilla Rubio  
Lídice Tobar Quezada

# **RESOLUCIONES VII CONGRESO USUARIOS DE LA SALUD ANCOSALUD**

Colección  
**FACIMED**  
Facultad de Ciencias Médicas



EDITORIAL  
USACH



# Índice

Agradecimientos.....	9
Introducción.....	13
Sistematización de las reflexiones realizadas por los integrantes del VII Congreso de ANCOSALUD, en torno a los ejes temáticos y los acuerdos expresados.....	19
Votos políticos del congreso .....	33
Análisis histórico .....	35
Propuestas .....	39



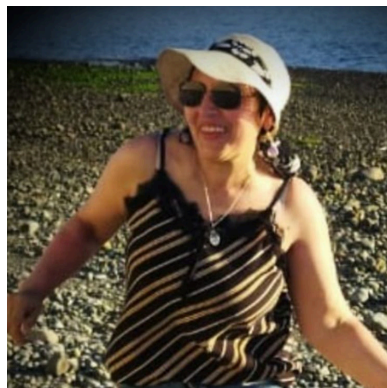
## Agradecimientos

Este congreso no sería posible sin el aporte y compromiso de los siguientes personas e instituciones:

Alejandra Guzmán, APOS Chile.  
Alison Morales, Universidad Abierta de Recoleta.  
Alumnos carreras de salud USACH y UAHC.  
Álvaro Ramis, rector Universidad Academia Humanismo Cristiano.  
Ana María Hevia, DIVAP – MINSAL.  
Andrea Román, dirigente de Salud Peñalolén.  
Banco de Alimentos.  
Colegio de Enfermeras.  
Colmed.  
Confedepus.  
Confusam.  
Daniel Jadue, alcalde de Recoleta.  
División de Organizaciones Sociales.  
EP Estudio Producciones.  
Fenats.  
Gonzalo Soto, Seremi de Salud Región Metropolitana.  
Guillermo Salinas, consejero CUT.  
Hans Reinike Moya, USACH.  
Mario Cruz Peñate, representante OPS en Chile.  
Miguel Bustamante, secretario de Formación, Convergencia Social.  
Rodrigo Hurtado, director Universidad Abierta de Recoleta.  
Soledad Barria, Universidades por el territorio. Exministra de Salud.  
Taller Tegalda Salud Pública.  
Sindicatos Ferias Libres El Bosque y Maipú.  
Dr. Juan Carlos Cocha, exministro de Salud.

Patricia del Carmen Grau Mascayano, ACAUCH. Acto Inaugural VII Congreso.  
Flor Canales (tía Charito).  
FENASENF.

Dedicamos este congreso, sus conclusiones y nuestro trabajo a Jimena Cofré Abello, directora nacional de ANCOSALUD en Puerto Montt y a Raúl Donoso, dirigente de Salud en Valparaíso, quienes lucharon incansablemente por una vida más digna y por la defensa y recuperación de la salud pública.





# Introducción

## Síntesis de encuentros y congresos de usuarios de la salud

En el fortalecimiento y recuperación de la salud pública, diversas expresiones comunitarias y actores sociales, asociados a organizaciones de salud, han venido realizando encuentros de salud para analizar y proyectar acciones en defensa de la salud como un derecho.

Desde el año 2008 hasta el 2024 se generaron cinco encuentros nacionales de consejos de usuarios, los primeros convocados colaborativamente por diversas Seremi de Salud, posteriormente desde el VI se avanzó hacia dinámicas de convocatorias autogestionadas (Congreso Nacional) con elecciones de representantes territoriales, que se detallan a continuación.

- Primer encuentro Metropolitano de Salud, convocado por la Seremi de Salud, 2008.
- Segundo encuentro Nacional de Consejo de Salud, Universidad Arcis. Santiago, 9-10 de octubre de 2009 (se crea el logo actual de ANCOSALUD).
- Tercer encuentro Nacional de Consejos de Salud. Caldera, 24 al 26 de junio de 2011.
- Cuarto encuentro Nacional de Consejos de Salud. La Serena, 14 al 16 de julio de 2012.
- Quinto encuentro Nacional de Consejos de Salud. Puerto Montt, 4 al 6 de octubre de 2013.
- Sexto Congreso Nacional por el Derecho a la Salud. Valparaíso, 26-27 de abril de 2019.
- Séptimo Congreso Nacional de Salud. Santiago, Universidad Academia Humanismo Cristiano, 13 al 15 de octubre de 2023.

Estas actividades movilizaron a miles de usuarios de la salud que han logrado identificar los nudos críticos del sistema de salud público. Entre las demandas más sentidas a lo largo de este periodo podemos señalar las siguientes:

- Participación ciudadana vinculante.
- Garantizar la salud como un derecho humano en la Constitución política.
- Terminar con los largos tiempos de espera.
- Mayor financiamiento para la salud pública.
- Ley de salud mental como política pública.
- Políticas públicas de salud con enfoque de género, interculturalidad, diversidad sexual e inclusión, reconocimiento y abordaje de los determinantes sociales en salud.
- Ley que asegure el acceso a medicinas alternativas y complementarias.
- Fiscalización y control social sobre las políticas públicas en salud.
- Modelo sanitario enfocado en la promoción y prevención.
- Política de recursos humanos en salud que asegure la eficiencia y calidad en la formación.
- Sistema público regido por los principios de equidad, igualdad, oportunidad y universalidad.
- Capacitación de dirigentes.
- Políticas públicas de salud con enfoque territorial rural y urbano.
- Vinculación con centros académicos, entre otros.
- En el año 2013 se propuso rebajar en el copago de Fonasa según su tramo (B, C o D). Esto se implementó el 2022 con el Copago Cero.
- En el año 2019 se propone una nueva Reforma de Salud en conjunto con las organizaciones de salud, hoy ANCOSALUD es parte de la comisión Asesora en la Universalización de la APS.

ANCOSALUD te invita a que te sumes a nuestra organización para trabajar juntos en la defensa y recuperación de la salud pública.

## Historia ANCOSALUD

En el año 2000, la SEREMI de Salud realiza la primera reunión nacional de consejos de usuarios de salud (Red Nacional de Consejos de Usuarios). Este es el primer congreso de usuarios realizado en la sede central de la CUT. Desde este congreso hasta el quinto, estos fueron organizados por la SEREMI de Salud Región Metropolitana, en conjunto con los Consejos de Salud (CDL, CDU, CODELO, entre otros).

En junio del 2015 se reúnen en Santiago dirigentes de salud, para ver las demandas del V Congreso, donde se define la necesidad de crear una agrupación nacional, para esto se eligieron representantes de las zonas norte, centro y sur, quienes comenzaron a redactar los estatutos de la nueva organización.

En mayo del 2016, después de un arduo debate en diversas asambleas, se constituye la asociación, con participación de dirigentes sociales provenientes de 22 de los 29 servicios de salud.

En esta oportunidad se elige el nombre de la organización: Asociación Nacional de Consejos y Usuarios de Salud, el cual abre su participación no solo a los Consejos, sino también a la comunidad en general.

El 2019 se comenzó a articular el VI Congreso en Valparaíso, el que se realizó de manera absolutamente autogestionada, desde los territorios, con temas propios, metodología, congregando a más de 4.000 dirigentes a lo largo del país.



Año 2008. Reunión de dirigentes para el Primer encuentro de Usuarios.

## Metodología de trabajo

El VII Congreso Nacional de ANCOSALUD se inauguró el 4 de julio del año 2023 en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. En esta instancia se dio partida a un proceso participativo territorial que tuvo una duración total de tres meses, se realizaron encuentros a lo largo de casi todo Chile a través de la convocatoria de organizaciones comunitarias de salud de diversas comunas, provincias y regiones, se logró así la participación de más de 5.000 personas.

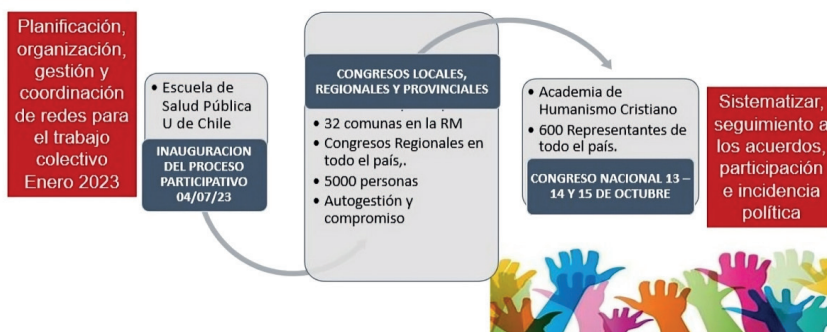
Se contó con la presencia de 32 comunas en la Región Metropolitana a través de Congresos Comunales, también contamos con presencia de los congresos provinciales y regionales, realizados en zonas como Arica, Tarapacá, Atacama, Valparaíso, Biobío, Región de los Lagos y Aysén. Como cierre del proceso de reflexión y diálogo local, durante los días 13, 14 y 15 de octubre se llevó a cabo el Congreso Nacional con la participación de 600 representantes de todo país.

La inauguración contó con la presencia de autoridades políticas, de la academia de varias universidades y de la Organización Panamericana de Salud (OPS), entre ellas: senadora Claudia Pascual, diputado Andrés Giordano, director de Fonasa Camilo Cid, representante del Partido Revolución Democrática, Bernardo Martorell (Minsal), diputada Ana María Gazmuri.

El proceso se realizó de manera autogestionada por cada territorio, con aportes de organizaciones sociales, el apoyo de universidades como la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Universidad Abierta de Recoleta, Universidad de Santiago, Universidad de Chile y Universidad de Playa Ancha. Así se contó con el patrocinio de la OPS, Ministerio de Salud (MINSAL), Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de Región Metropolitana, División de Organizaciones Sociales Secretaría General de Gobierno (D.O.S.) y colegios profesionales de salud, entre ellos estuvo el Colegio Médico de Chile y el Colegio de Enfermeras. También se contó con la representación de asociaciones gremiales de la salud, entre ellas, Confedepus, Fenasenf, Confusam y Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud Pública (FENATS Nacional).

Durante todo el proceso se abordaron tres preguntas que guiaron la conversación, de esta manera, en cada territorio y organización se discutieron estos conceptos surgiendo un intercambio de ideas a nivel local, regional y nacional, lo que permitió compartir diferentes realidades,

reflexionar y elaborar las propuestas que propone ANCOSALUD, para representar a las organizaciones de salud.



Las preguntas orientadoras de trabajo fueron las siguientes:

1. ¿Qué sabe usted del derecho a la salud en la actual Constitución y cómo cree que debería ser?
2. ¿Qué debería cambiar en una reforma de salud y qué espera de esta reforma?
3. ¿Cuál es su propuesta para un nuevo modelo de participación social en salud?

Estas preguntas permitieron desarrollar una reflexión que surge de la experiencia de las organizaciones en el trabajo territorial, comunitario y social, para desarrollar propuestas que mejoren la salud de las personas y comunidades, en torno a los ejes que se presentan en el capítulo II.



# **Sistematización de las reflexiones realizadas por los integrantes del VII Congreso de ANCOSALUD, en torno a los ejes temáticos y los acuerdos expresados**

En este capítulo se presentan los consensos logrados, acompañados con citas textuales que aportan las organizaciones participantes de las diversas comunas y regiones<sup>1</sup>.

ANCOSALUD reconoce el valor de las propuestas locales y la autonomía de las organizaciones locales para desarrollar e impulsar estas iniciativas, formando parte de espacios de coconstrucción de la salud.

## **1. La salud es un derecho humano fundamental**

Por esta razón, como país, debemos aspirar a contar con una Constitución que declare el derecho a la salud y que garantice este concepto de manera clara, precisa y universal.

Con esta mirada de derecho garantizado, se debe realizar vigilancia en el cumplimiento de los plazos establecidos en la Ley de Garantías Explícitas en Salud. También se plantea la necesidad de incorporar nuevos problemas de salud que no están en el sistema GES, que sean de alto riesgo y eliminar restricciones etarias.

También es importante abordar la oportunidad de la respuesta sanitaria y la dignidad de las personas en situaciones de salud que requieren atención de especialistas y cirugías, para lo cual se propone contar con registro y seguimiento de las personas que están en listas de espera, resguardando la seguridad de los datos.

Otro tema relevante con el enfoque de derecho es la implementación efectiva del programa PRAIS. La norma técnica 88 resulta ambigua e insuficiente.

---

<sup>1</sup> Se analizaron más de 170 citas obtenidas de las presentaciones de los congresos comunales y regionales.

**Citas textuales que dan cuenta de lo que surge en este congreso y que tiene que quedar establecido una nueva Constitución se presentan a continuación:**

“Se requiere que la nueva Constitución eleve la salud a un derecho humano con rango constitucional, terminando con la salud con criterio de mercado”.

“En la actual Constitución, el acceso a la salud está mediado por la capacidad de pago, lo que profundiza la desigualdad. Los hospitales y centros de salud públicos no cuentan con los recursos, la tecnología y el personal para la cantidad de personas que abarcan por territorio”.

“Se necesita una Constitución que hoy en día no haga diferencias entre si tiene dinero o no y que se hagan más incentivos en el diagnóstico que en el resultado. Se desea para Chile que se hagan los diagnósticos y atenciones oportunas y que la salud no esté limitada por nuestra condición social o económica”.

“Una nueva Constitución debería establecer el derecho a la salud universal y en todas sus etapas (preventiva, paliativa, entre otras), asegurando también su financiamiento, mediante una reforma tributaria, para mantener en el tiempo los planes y mejoras realizadas”.

“Discapacidad: acceso a salud en todo el territorio nacional como derecho inalienable, salud de calidad y priorizando personas mayores, niñas y discapacidad”.

“Elaboración de propuesta de ley para instalar la salud como un derecho humano constitucional, superando la idea de acceso a la salud”.

“Debe garantizar los derechos humanos y fortalecer los derechos de las mujeres en salud”.

“Promover la participación comunitaria vinculante y democracia interna en el sistema de salud”.

“Nosotros pedimos que la salud debe ser un derecho universal integral donde el centro sean las personas y el Estado garantice una salud digna

y oportuna con pertenencia cultural a los territorios. Esto tiene que ver con pueblos indígenas y financiamiento en general”.

“La salud tiene que ser universal y gratuita... La gente reclama que no hay en los consultorios ni en las emergencias, un trato que sea armonioso (no hay buena comunicación, ni un buen trato a los usuarios). Por ello, hay que tener una educación universal y de calidad. A la vez, debemos entender que tener derechos también significa tener obligaciones, debo comportarme como un verdadero ciudadano”.

“La salud debe ser un derecho social garantizado por el Estado, el que tiene la responsabilidad de proteger a la ciudadanía”.

“La salud debe ser un derecho garantizado por el estado, debe ser un sistema único y solidario, aumentando el impuesto a los que ganan más. Debe considerar el aumento de la población de adultos mayores, niños TEA y hay patologías que no se cumplen con el GES. Deberían estar garantizada la atención oportuna de todas las patologías”.

“El Estado debe garantizar acceso y calidad en salud, de manera integral considerando la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, salud mental”.

“Bueno, creo que la Constitución política de nuestro país tiene que tener más, que genere una estructura de cómo debería funcionar el sistema de salud de nuestro país. Debería poner principios como el de la solidaridad, no discriminación, igualdad de género, sentido de pertenencia, tiene que haber alguna manera de formar igualdad. Tiene que existir un control desde el Estado hacia lo privado, estos espacios deben estar regulados por el Estado para funcionar bajo las leyes actuales y los principios sanitarios e igual de las personas”.

“Un derecho realmente garantizado 100% por el Estado a través de un financiamiento adecuado para las necesidades de la población actual”.

“Garantizar acceso a medicamentos. Garantizar el acceso a atención de todas las enfermedades, incluyendo las enfermedades catastróficas”.

## 2. Reforma de Salud

En Chile existe la necesidad urgente de formular y realizar una Reforma de Salud, la que debe estar centrada en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, con cambios que mejoren la gestión sanitaria integral, como un todo. Se debe considerar un modelo que considere la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las afecciones desde la estrategia de salud primaria y los niveles de atención secundarios y terciario, respondiendo principalmente a problemáticas hasta ahora olvidadas como son la salud mental, salud oral, problemas oncológicos y con programas que permitan bajar los tiempos de espera para la atención, tanto de los centros de atención primaria como de los hospitales.

En síntesis, se plantea una reforma que considere la salud como un derecho humano universal, al alcance de todos los habitantes de Chile, gratuita, oportuna, de calidad y que ponga en el centro de la política sanitaria a las personas.

Se debe avanzar hacia un modelo integral de cuidados, con enfoque biopsicosocial, intercultural, inclusivo y de género.

Se debiese crear un sistema que integre a todas las instituciones y organismos en salud desde nivel nacional hasta las comunas y que favorezca estrategias conjuntas en beneficio de la comunidad formando alianzas interministeriales considerando los determinantes sociales en salud, Ministerio de Educación, Ministerio del Medio Ambiente, Ministerio del Interior, Ministerio de Vivienda, Ministerio de la Mujer, entre otros.

Hay que fortalecer la participación local, la gestión del nivel primario de atención y el control social, como una estrategia de salud avanzando hacia un sistema integrado que implementa políticas y normativas en red, centrado en las comunidades, en la realidad regional y coordinados con los servicios de salud.

Las citas textuales que dan cuenta de lo que surge en este congreso, en relación al sistema de salud, se presentan a continuación:

Respecto a la visión futura, se acuerda que:

“En el marco de la universalización de la APS, se debe avanzar a una reforma integral del modelo de salud vigente, que más allá de los cambios producidos sigue siendo insuficientes. Esto requiere mirada integral como sociedad, ver la salud integrando a todos los sectores que dicen con el ciclo de vida de la ciudadanía cambiar la salud desde la enfermedad,

hacia la promoción y prevención, se debe aumentar recursos destinados a la promoción y prevención para lograr una población más sana. Realizar educación en salud a estudiantes en colegios y a los trabajadores en las empresas o instituciones”.

“Cambiar el criterio de gasto en salud por inversión social en salud. Se debe disminuir brechas existentes para una buena salud integral considerando por lo tanto la salud mental. Planificar a corto y mediano plazo. Superar la fragmentación territorial mejorando redes”.

“Aumentar el recurso humano, mejorar infraestructura, contar con médicos especialistas o con sus asesorías”.

“Mejor infraestructura para la atención primaria y hospitales. Aumentar presupuesto para atención inmediata”.

“Coordinación entre atención primaria y hospitalaria. Aumentar la formación de médicos especialistas”.

“Hubo plena coincidencia sobre la caracterización que hace la actual Constitución hacia la salud que dice garantizar el acceso, pero no el derecho, lo que relativiza la posibilidad cierta de recibir atención oportuna en el tiempo, los déficits crónicos de personal e infraestructura material y tecnológica van en detrimento de la calidad, generando además las listas de espera en forma dramática para segmentos de la población que no tiene otra posibilidad de recibir respuestas a sus demandas sanitarias si no es a través de la salud pública, como son los sectores económicamente más vulnerables. La salud mental es la más abandonada y sin salud mental no hay salud. En salud no se cumple el principio de equidad, no se consideran las determinantes sociales. Solo quien tiene recursos económicos puede solventar los gastos de enfermedades catastróficas, individualmente puede estar tranquilo”.

“El encarecimiento de fármacos ha transformado a Chile en uno de los países cuyos ciudadanos tiene uno de los gastos de bolsillos más altos, por lo que ciertos tratamientos farmacológicos no se concluyen”.

“Se debe aumentar el financiamiento para mejorar la infraestructura y contar con más especialistas en los centros de salud”.

Respecto a Urgencias, se constata lo siguiente:

“Bueno, y en los casos complejos como los que a nosotros nos toca ver, requieren hospitalizaciones de urgencia y las camas de urgencia en Chile, de urgencia psiquiátrica, son 34, en Chile hay cuatro hospitales psiquiátricos, el Horowitz, el Peral en Santiago, el Philippe Pinel en Putaendo y El Salvador en Valparaíso. El Salvador no tiene Urgencias, el Peral tampoco y Urgencias tiene el Horwitz con 16 camas y el Philippe Pinel con 18, entonces es muy poco con la cantidad de urgencias que se ven, sería lo ideal que en todos los hospitales hubiera atención de Urgencia psiquiátrica que es lo que se ha programado hace mucho tiempo”.

“No sé cómo se puede llegar a incentivar, pero necesitamos médicos en las zonas rurales, porque no puede ser que viajemos para un diagnóstico”.

“Falta de financiamiento y de resolutiveidad en APS. Hacen falta especialistas y equipos que ayuden a avanzar en Diagnóstico-Exámenes-Derivación”.

“Se debe mejorar el acceso y la vinculación de las comunidades a través de la APS, que está más cerca de las personas para detectar necesidades y trabajar en la prevención y promoción de la salud”.

En algunas reuniones locales del congreso se expresa el siguiente comentario, que, a juicio de la comisión de ANCOSALUD, da cuenta de la necesidad de un mayor control institucional por parte de la Contraloría General de La República y establecer instancias comunitarias locales de control social que permitan levantar alertas e informar en instancias comunitarias e institucionales pertinentes:

“La desmunicipalización de la APS como una forma de avance hacia un mejor sistema que no dependa de la voluntad del alcalde de turno”.

“Se necesita contar con espacios de esparcimiento (artes y la cultura sin costo), así como también acercar a dispositivos de salud al territorio, logrando una conexión entre funcionarios y usuarios que permita enfrentar juntos los desafíos que significa mejorar la salud en nuestro país”.

“Sacar adelante la ley de salud mental, sea una realidad, asegurando el financiamiento para aumentar el número de centros de salud mental de larga estadia y especialistas para quienes lo requieran”.

En torno al sistema de salud, se realizan propuestas para cambiar el modelo de financiamiento:

### **2.1. Abordar el financiamiento público del sector salud con un aumento de financiamiento basal en el PIB (6%) como sucede en países de la OCDE**

Se debe cautelar que en la gestión se trabaje con modelos de incentivos que respondan a criterios de equidad en su distribución social y territorial, para superar la lógica de incentivos personales o institucionales que redundan en acciones con escasos resultados de mejoramiento sanitario para la población.

Se debe resguardar el uso transparente de los recursos públicos y reforzar el control social de estos. La eliminación del cobro abusivo en salud en la compra de servicios al sector privado, además de eliminar el modelo de concesiones, que no da garantías a la calidad de la atención y es un costo mayor para el sector público.

Se insiste en la necesidad de asegurar el aumento y permanencia de recursos financieros para obtener una salud pública de calidad, lo que pone el foco en el nivel primario de atención, recursos humanos, infraestructura y tecnología.

Se necesita financiar el trabajo intersectorial con asignación de horas profesionales para trabajar en las actividades de coordinación y la articulación de acciones conjuntas en infancia, salud mental, género y discapacidad, entre otras.

La distribución de los aportes financieros a nivel nacional debe privilegiar las regiones más desprotegidas y alejadas del nivel central, para resguardar que la gestión de compra y distribución de medicamentos cumpla con estos criterios para garantizar acceso a toda la población.

También es necesario generar un sistema de asignación presupuestaria de manera equitativa y transparente según necesidades correctamente convenidas. Se considera que es un requisito mejorar las condiciones laborales dignas en el sector público de salud, para asegurar la presencia

y permanencia de las y los trabajadores de salud a lo largo del territorio nacional.

Hay que garantizar aportes que aseguren el bienestar de los adultos mayores, personas en situación de discapacidad y personas en otras condiciones de dependencia que requieran contar con apoyo de cuidadoras o cuidadores adecuadamente preparados.

En otros términos, aun cuando no estamos de acuerdo con el sistema de concesiones de infraestructura sanitaria, se plantea como necesidad imperiosa mantener un control riguroso en la gestión de las concesiones hospitalarias existentes y reducirlas a lo estrictamente necesario en materia de inversiones.

Las siguientes citas textuales expresan el sentir de los asistentes:

“Disminución progresiva de la subvención en salud a los privados con el plazo que sea y que los fondos vayan destinados a la infraestructura y cobertura en la salud pública”.

“Respecto al financiamiento, hoy día necesitamos un nuevo sistema de salud, ya que lo que se recauda de isapres y FONASA se las quedan ellos, no se junta ese dinero para hacer algo solidario, necesitamos que la gente que tiene más dinero sea más solidaria con la que no tiene”.

“Aumento de recursos para garantizar el bienestar triestamental de trabajadores, usuarios y el correcto funcionamiento del sistema de salud”.

“(…) necesario que Chile se preocupara de formar y fortalecer el proceso de tener más especialistas, y sobre todo asociados a la atención primaria, más infraestructura, más recursos”.

Otro aspecto central para el sistema de salud y la calidad de la atención es la formación de profesionales, técnicos y del equipo de salud, en este tema se realizan las propuestas a continuación.

**2.2. Se debe capacitar a las y los trabajadores de la salud considerando aspectos éticos, biopsicosociales y de derechos humanos. Es decir, prepararlos no solo en aspectos técnicos, sino también en habilidades psicológicas y sociales con herramientas para el trabajo individual y colectivo a nivel comunitario, a todo el país, extendido también a los lugares más rurales**

La importancia de generar planes de estudio en pregrado y la formación continua hacia profesionales, técnicos y administrativos de la salud, que los prepare para el trabajo territorial, comunitario, que responda a un enfoque integral de la salud, lo que ubica a las personas al centro del proceso de atención y cuidados.

Fortalecer las políticas de formación de profesionales en salud y medicina familiar, para cautelar la equidad territorial en el sistema de becas de formación.

Se considera indispensable capacitar al personal de salud para la adecuada atención de personas con diferentes tipos de discapacidades físicas y cognitivas, así como aumentar el número de médicos especialistas, lo que incluye el médico de Salud Familiar, para mejorar el sistema de Evaluación del EUNACOM, transparentando sus objetivos y otras evaluaciones.

“Atención integral, pasar realmente al modelo biopsicosocial (salud física, salud mental y salud social) con enfoque intercultural, equidad de género e inclusivo”.

“La formación de las nuevas generaciones de profesionales y técnicos, debe ser desde el pregrado a través de mallas curriculares que dialoguen con la comunidad en lo formación teórica como práctica”.

“Actualmente, la salud está enfocada desde la mirada de la enfermedad. No hay nada sobre la promoción, y ahí entramos en un currículum enfermo, porque a los jóvenes de salud se les enseña solo para la enfermedad y cómo cuidar y curar, pero no hay ninguna parte donde se hable de la promoción, prevención y el trabajo con la comunidad fuera del establecimiento”.

“Mayor tiempo en la atención de salud y que esta sea más empática e integral. Más acercamiento entre médico y usuario, y una atención de calidad”.

“Capacitar en temas de salud preventiva a todo el personal de salud (médico, profesionales no médicos, auxiliares, personal de aseo) de tal manera que se llegue a la comunidad un lenguaje distinto, un ‘lenguaje saludable’ orientado a educar”.

“Fortalecer la formación para la empatía, la ética y el profesionalismo de las y los trabajadores, quienes en algunos casos hacen prácticas que se alejan del rol social de la medicina”.

### 3. Participación efectiva y vinculante en salud

En el eje de participación, hay una reflexión importante para contar con una ciudadanía incidente en las políticas y en la gestión de salud, lo que incluye el control social. Lo anterior, se expresa en un modelo de gobernanza del sistema de salud.

Es imperativo que el modelo de participación social en salud dé cuenta de los cambios y demandas que ha experimentado la sociedad chilena, lo que se debe reflejar en la democratización de espacios, con un modelo de gobernanza que garantice la apertura en la toma de decisiones junto con la comunidad y sus organizaciones. Es decir, un modelo en el que se valoren los diferentes saberes, en el marco de relaciones y espacios de discusión horizontal, integrando a distintos actores del intersector para coconstruir soluciones a las necesidades de atención de salud y de buen vivir<sup>2</sup> de la población. Frente a las históricas demandas de salud y dignidad que se han expresado en múltiples ocasiones por

2 El concepto de “Buen vivir” o “Vivir bien”, originado en los saberes ancestrales de los pueblos indígenas de América Latina, como el Sumak Kawsay y el Suma Qamaña, ha ganado relevancia en discusiones globales sobre sostenibilidad y ética social. Este enfoque holístico promueve la armonía tanto con la naturaleza como entre los seres humanos, y sugiere un modelo vital para reformular prácticas en diversas disciplinas, incluida la salud (Huanacuni, 2010).

Incluir el Buen vivir en la mirada de salud es un aporte para construir modelos de atención integral de las personas, incorporando su contexto familiar, social, comunitario y ambiental, para comprender integralmente las necesidades de atención y cuidados en salud de las personas y promover “una ética del cuidado basada en la reciprocidad y la interdependencia, preparando a los equipos profesionales para que respeten la diversidad cultural y valoren

parte de los movimientos sociales, aspiramos a una participación vinculante, que contemple mecanismos para el control social de la gestión pública y el diseño de políticas sanitarias, que preserven la autonomía de las organizaciones.

“Necesitamos una participación vinculante, que no es limitar la gobernanza de la autoridad, es desarrollar con sentido de construcción en comunidad de la salud. Los Consejos de Desarrollo Local en salud deben ser verdaderas escuelas de participación y motivar a las personas a integrarse en el trabajo en salud comunitaria”.

“Participación social vinculante, presente en todos los procesos de salud, proyectos, recursos, modelos de atención”.

“Se debe fortalecer el rol de la contraloría ciudadana, realizando evaluaciones de desempeño y haciendo medidas correctivas de ser necesarias”.

“La participación ciudadana, actualmente, es insuficiente en todos los ámbitos. Es necesario terminar con los consultivos y mesas de diálogo para entrar en instancias resolutivas”.

“Elaboración de propuesta para un nuevo modelo de participación ciudadana y promoción de la salud, con una comunidad activa, informada y articulada que nos permita ser parte del sector de la salud como actores deliberantes, vinculantes y resolutivos en las decisiones que afectan a las personas a lo largo del territorio”.

“La participación social en salud tiene que ser vinculante y con financiamiento basal. Les doy un ejemplo: en mi junta de vecinos en Recoleta, nos ganamos un fondo del CESFAM, quinientas *lucas*, y con estas quinientas *lucas* ahora estamos remodelando una plaza, los vecinos han participado alegremente, y si eso no es salud ¿qué es?, ¡eso es salud!”.

---

las dimensiones éticas de la atención sanitaria, algo esencial en un contexto globalizado” (Walsh, 2008).

Se toma como referencia la introducción al artículo “El rol conceptual del buen vivir en la formación de profesionales de la salud”, de Isabel de Ferrari, decana de Salud y Buen Vivir UAHC.

“Yo creo que, para cambiar la Constitución, y aportar, tiene que haber una participación ciudadana y social. Uno se tiene que capacitar y junto a las universidades capacitar para invitar estudiantes y dirigentes, lo cual nos dio resultado e incluso invitamos a conocer nuestros barrios, porque muchos no conocían los cerros, vivían en el centro, pero empezaron a ir y fue súper importante, porque ellos no tenían idea. Yo creo que para cambiar eso debe de venir desde la comunidad y la participación social educada, coordinada, ordenada y tener la relación con las carreras en salud”.

“Estoy de acuerdo con muchas cosas, creo que la participación tiene que ser vinculante y no solo porque es importante para que se tomen decisiones más integrales, sino para que también las personas que participan en los espacios sientan el estímulo de participar en un espacio que realmente les produzca algo, ya que cuando se participa donde no se produce nada, que no tiene un resultado final productivo, es muy desmotivante. Entonces, hay que buscar la forma de mejorar la motivación de las personas a participar, porque hoy en día la mayor parte de los que participan son personas mayores que ya llegaron al final de su edad laboral, que no tiene mucho que hacer y no hay espacio para gente más joven que trabaja o estudia, por lo que es importante incentivar e integrar a todas las poblaciones, haciendo más espacios adecuados y en horarios en que la gente más joven pueda asistir”.

La ciudadanía afectada por algo debe tener participación organizada, elegida democráticamente, y debe coconstruir políticas públicas.

Se destaca la importancia de la organización, la unidad y la movilización como elementos esenciales para lograr una participación efectiva.

#### **4. El eje territorial**

El congreso recogió las diversas iniciativas de trabajo comunal y territorial que responden a la realidad local, tanto rural como urbana. En ellas destacan acciones de las organizaciones que constituyen redes de colaboración y cuidado, lo que es un aporte sustantivo al buen vivir de las comunidades, las familias y personas.

Se reconoce que en el tema territorial es necesario mantener el enfoque de los determinantes sociales de salud y para esto se requiere avanzar en:

- Generar espacios para el Buen vivir en todos los ámbitos descritos.
- Fortalecer las redes comunitarias para que las organizaciones sociales afines a la salud se apoyen entre sí.
- Establecer un sistema de control para la defensa de pacientes por negligencias y malos tratos, propendiendo la mejora de este, para crear un sistema de mediación en salud.

Se solicita implementar integralmente el modelo de salud familiar y abordar temas de humanización de la atención, lo que mejora la convivencia y trato entre usuarios y funcionarios de la salud. Abordar temas de trato digno, respeto a todas las personas y el enfoque de género.

Frente a la pregunta ¿cómo aporta mi organización territorial para una mejor calidad de vida?, se destacan las siguientes opiniones:

“Realizando autocuidado familiar y personal. Participación activa con la comunidad, aportar al trabajo comunitario y participación con autoridades. Cuidar espacios públicos recreativos”.

“Propuestas para la vida comunitaria: mejorar instancias de comunicación y participación de las y los vecinos para cuidar la salud y otros derechos”.

“Un nuevo modelo de participación social en salud necesita nutrirse de mayor conexión con las juntas de vecinos. Este trabajo conjunto permite que se optimicen los recursos en focalizar sectores que demandan mayor atención”.

“Descentralizado, ¿por qué descentralizado?, porque son los ciudadanos locales los que deben tener la oportunidad de gestionar esos recursos. Fortalecer la vida comunitaria, política, enfocada a la participación de las organizaciones territoriales”.

“Promover la prevención desde las organizaciones comunitarias, para hacernos cargo de nuestra salud. Empoderar a los vecinos que pueden

aportar, potenciar sus saberes para que seamos los protagonistas de la prevención en nuestros territorios”.

“Fortalecer la organización, en todos sus niveles, lo que nos permitirá tener más fuerzas para demandar que se cumpla con las leyes y que se puedan satisfacer todas las necesidades de salud de la población”.

## Votos políticos del congreso

- La salud debe ser un derecho humano universal, de calidad y oportuno para todas y todos. Se rechaza la actual propuesta de nueva Constitución, que se consagra en el negocio de los privados.
- Aumento a las pensiones.
- Educación gratuita para todas y todos.
- Rechazo al perdonazo a las ISAPRES.
- Consagrar el 4 de julio como “Día Nacional por la Salud Digna”, aprobado ya en la Cámara de Diputados quedando pendiente la aprobación del Senado.
- Una reforma tributaria para financiar los derechos sociales, con impuestos a los más ricos del país.
- Paz para el pueblo Palestino, fin a los abusos y crímenes de guerra.





# **Análisis histórico**

## **Historia de la participación social en salud**

La declaración de Alma Ata definió a la participación social como una estrategia para garantizar que los servicios de atención primaria brinden soluciones a los problemas de salud de la población. No obstante esta definición, la participación social en salud ha sido interpretada desde dos perspectivas: una utilitarista, donde los gobiernos y otros sectores de la sociedad se valen de los recursos disponibles en la comunidad para compensar costos en la provisión de servicios de salud y otra que la ve como una herramienta de empoderamiento que da a la comunidad un papel más activo y de mayor responsabilidad en lo referido a la salud de la población<sup>3</sup>. La participación social en salud puede ser concebida y ejercida entonces no solo como una relación entre usuarios y proveedores, sino que como parte de un proceso de democratización y de ejercicio de la autonomía de ciudadanas y ciudadanos.

Estas tensiones han cruzado el desarrollo histórico de la participación social en Chile y se encuentran plenamente vigentes.

Las condiciones sociales de fines del siglo XIX y principios del siglo XX generaron en la emergente clase trabajadora la necesidad no solo de esperar la respuesta de un Estado que se estaba organizando respecto a un sistema de seguridad social. Así, se crean diversas formas de articulación y autogestión frente a los problemas del hambre, la enfermedad, la viudez prematura, como fueron las mutualidades y mancomunales de obreros. Estas instituciones solidarias, autogestionadas y con perspectiva de clase tuvieron como propósito agenciar y mejorar las condiciones de vida de las obreras y los obreros.

---

3 Méndez, C. A. y Vanegas López, J. J. (2012). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 27(2), 144-148.

Esta dualidad, dada por una población trabajadora viviendo en condiciones precarias, en lo laboral, vivienda, educación, alimentación, factores todos que inciden en el nivel de salud, y por otra parte el Estado y su acción en políticas públicas en seguridad social y salud en las diversas etapas de la historia de Chile, es el campo en que se ha desarrollado la organización comunitaria en salud.

La construcción de un Estado que transitó desde el liberalismo oligárquico y conservador a un Estado de Bienestar y posteriormente al “Estado subsidiario” en dictadura y el “Estado subsidiario” en democracia, está cruzado por la construcción de políticas públicas en salud en donde la presencia y participación activa de la población ha sido marcada por la asimetría de poder.

Con la institucionalización de los partidos políticos, la creación de los sindicatos, la promulgación del seguro obrero y la fundación del Sistema Nacional de Salud, la participación social se vinculó a la interacción entre las colectividades y el Estado. El Estado generó instituciones que permitieron canalizar la participación social en las estructuras de salud. Así, entre 1960 a 1973, se establecieron variadas estrategias para asegurar la participación social en salud a propósito de la alta acumulación de fuerzas populares en el escenario político. Una de ellas fue el programa de “Promoción popular” impulsado por el gobierno de Eduardo Frei Montalva, durante su mandato entre 1964 y 1970. El programa tuvo como objetivo asegurar la participación social en las políticas estatales por parte de las organizaciones comunitarias y los sectores tradicionalmente marginados de los centros de decisión.

En el marco del programa de “Promoción popular”, se crearon los consejos comunitarios de salud, a través del Decreto 250, de 1967. Este Decreto estableció la creación de consejos comunitarios en cada establecimiento del Servicio Nacional de Salud y permitió la participación consultiva de las comunidades organizadas como Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Clubes Deportivos, entre otros. Las acciones enmarcadas en los consejos comunitarios de salud fueron:

(...) examinar los problemas de salud que afecten a la comunidad; propender a que ellos sean solucionados mediante acciones rápidas y eficaces; promover el interés de los habitantes para participar en forma activa en la solución de los mismos; colaborar en la divulgación de los planes y acciones de salud que programe la autoridad; representar las anomalías que aparezcan en la ejecución de esas acciones y, en general, procurar

un mayor acercamiento de la comunidad con los establecimientos que ejecutan acciones de salud.

En paralelo a la creación de los consejos comunitarios de salud, en 1968 se promulgó la Ley 16.880 sobre Organizaciones Comunitarias, cuya orientación fue generar las condiciones para que las comunidades pudieran interactuar con el Estado de manera permanente y dar respuesta a las necesidades sociales, incluidas las de salud.

Las políticas de participación social en salud se potenciaron bajo la presidencia de Salvador Allende, particularmente, con la creación de los consejos locales de salud a través del Decreto 602 del Ministerio de Salud Pública, en 1971. En la práctica, los consejos locales de salud fueron las instituciones que reemplazaron a los consejos comunitarios con modificaciones en cuanto a la proporcionalidad paritaria de representantes de los trabajadores de la salud. Una característica relevante del Decreto 602 fue la eliminación del concepto “participación consultiva”, por lo que quedaba a la interpretación si los consejos locales de salud pudieran ser órganos vinculantes en las decisiones de los establecimientos sanitarios. Sin embargo, el Departamento Jurídico de la Contraloría General de la República hizo explícita la incompatibilidad del Decreto 602 respecto a la toma de decisiones vinculantes y se pronunció con relación a los consejos locales de salud, para definir lo que debían ser órganos asesores o consultivos. En ese sentido, existieron al menos dos limitaciones en los consejos locales de salud. En palabras de Castañeda y Salamé, los consejos locales de salud estaban enmarcados en una política de emancipación social, pero fue contrastada por el caudillismo de dirigentes y el carácter de asesor al Servicio Nacional de Salud<sup>4</sup>.

En consecuencia, desde la perspectiva bioética, la participación social en salud en los gobiernos de Frei Montalva y Allende presentó interesantes características al incluir un espectro social amplio para la gestión sanitaria y, por tanto, la expansión del rol político-social de los colectivos. No obstante, a pesar de la existencia de interacción entre los grupos sociales organizados y las estructuras sanitarias, la participación fue consultiva, situación que no permitió a las comunidades incidir de manera real en la toma de decisiones en el sistema de salud. Por consiguiente, no hubo deliberación social por parte de los involucrados en el

---

4 Guerrero-Nancuante, C., Melo, A., Gundelach, P. y Fuster, N. (2023). Participación social en el sistema de salud de Chile: aportes reflexivos desde la bioética. *Salud Colectiva*, 19, e4486. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1522901>

ámbito de salud, cuestión fundamental cuando se vincula la participación social y la reflexión bioética.

Desafío: la relevancia de la participación de una ciudadanía activa, soberana, con recursos autónomos para establecer prioridades y desarrollar los espacios de control social respecto de la implementación de programas.

## Propuestas

1. El Congreso de ANCOSALUD ha puesto en evidencia aspectos importantes para la salud de la población. Los temas centrales expresados en la sistematización que llevan a la construcción de políticas basadas en el principio que la salud es un derecho humano y no un conjunto de beneficios (de modo que se avance a un sistema de justicia social) son los siguientes:
  - Establecer mecanismos de control en el uso de los recursos y financiamiento local, regional y a nivel nacional, por parte de la ciudadanía (Contraloría social ANCOSALUD) con financiamiento mediante subvención u otro mecanismo que permita mantener la autonomía de los vecinos u organizaciones.
  - Desarrollar un modelo de gobernanza de la salud en el espacio local comunal (APS), en los servicios de salud y a nivel nacional, en el Ministerio de Salud.
  - Desarrollar una política nacional en los planes de formación de pregrado, posgrado y formación continua de los equipos de salud, lo que incluye el personal auxiliar, de aseo y diferentes servicios.
  - Crear un sistema que integre a todos los organismos comunales y favorezca estrategias integradas en beneficio de las comunidades para desarrollar alianzas interministeriales, considerando las condiciones de interseccionalidad que afecta a diferentes grupos y comunidades (abordando los DSS).
  - Plan de emergencia del Estado de Chile, con fondos especiales para el manejo de lista de espera que permita abordar oportunamente las situaciones de daño, en problemas que no son parte del GES, respetando los tiempos establecidos en cada caso.

2. A partir de las reflexiones del Congreso, se propone desarrollar, en la Reforma de salud, los siguientes temas, que son de la mayor relevancia para la ciudadanía:
- Incorporar como objetivo primordial la necesidad de mejorar el trato a las personas que son atendidas en toda la red asistencial. Se requiere explicitar una meta y un plan de trabajo para lograr la humanización que favorecerá a los equipos de salud, a las personas atendidas y sus familias.
  - Integración de los centros formadores de profesionales, universidades, institutos y centros de formación técnica para avanzar en la implementación efectiva de espacios humanizados y bien tratantes, como habilidades de desempeño y competencias transversales en sus planes de estudio.
  - Incorporar a la reforma la perspectiva de género, debido a que no está explicitada, esta requiere ser implementada en toda la red asistencial, pues no se observa programa ni meta en este enfoque.
  - Es necesario incorporar el tema de salud mental y salud oral para hablar de un modelo integral de salud. Debido al abandono de estas especialidades son brechas extremadamente altas en salud mental, con grandes déficits en infraestructura hospitalaria y de especialistas y en salud oral, con una implementación que solo acoge a los niños a los seis años, urgencias y atención a los 60 años, incorporando a las embarazadas, por lo que se queda fuera todo lo demás, lo cual está sometido al sistema privado que lucra de esta gran debilidad y que no permite tener políticas sanitarias de prevención y promoción.
  - La participación ciudadana entendida más allá del aporte en el diagnóstico y priorización de las problemáticas, sino que, en la búsqueda de soluciones, en la implementación y en el control de la misma.
  - Reconocer las diversidades y los migrantes, para generar condiciones para el acceso de una atención digna y de calidad.
  - En salud mental resulta necesario darle prioridad y sacar adelante la Ley de Salud Mental, lo que aseguraría el financiamiento, para así aumentar el número de centros de salud mental de larga estadía y especialistas para quienes lo requieran.

- Fomentar la cohesión social y la formación de redes de apoyo que generen prácticas de promoción de la salud mental que afecten tanto a las comunidades como a los mismos funcionarios.
3. Avanzar hacia un nuevo modelo de participación ciudadana deliberativa e integral en salud.

Proponemos un modelo que reconozca la autonomía de las organizaciones sociales y comunitarias en participación social y considerare que es un factor protector de la salud, evitando que sea instrumentalizada. Se estima necesario romper con el reduccionismo que focaliza todo el trabajo que se realiza al mero cumplimiento de medios de verificación que no están diseñados para mejorar la salud ni fomentan la asociatividad entre las comunidades y tampoco fortalecen el tejido social. Respecto a esto:

- Las acciones del plan local de salud deben ser **priorizadas** por una instancia de planificación conjunta y dialogada con los actores sociales del territorio y contar con presupuesto establecido para la gestión y control social. Por ejemplo, partir con jornadas locales participativas que den cuenta de las necesidades de diferentes actores territoriales en salud (acorde a las orientaciones de planificación en red).
- El funcionamiento de las reuniones e instancias de participación debe establecerse por normativa en el plan de salud familiar comunal en concordancia con el mundo social, para garantizar recursos básicos y la autonomía para su funcionamiento.
- Se espera avanzar en un salto cualitativo de empoderamiento y conocimiento del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS), por lo que es necesario fortalecer la capacidad de fiscalización y control social de los indicadores sanitarios y potenciar el enfoque colaborativo para una mejor gobernanza en salud.
- Las instancias de participación deberían fomentar la formación para un efectivo control social de la gestión pública y la motivación para que las personas se integren a los equipos de salud en el trabajo de salud comunitaria.
- Integrar a las diversas organizaciones territoriales al trabajo de participación social en salud.

- Se constata que considerar la participación social en salud como una meta sanitaria asociada a la entrega de incentivo monetario a los equipos y funcionarios de salud distorsiona la razón fundamental de la participación en salud y genera desconfianza en la comunidad. Sin perjuicio de que en muchos centros de salud el contar con esta meta sea una oportunidad para la participación, creemos que es necesario que su monitoreo se asocie, de alguna manera, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El informe de implementación de esta meta, que elaboran los servicios de salud, debe ser utilizado para explorar ámbitos de mejora y destacar buenas prácticas.
- Incorporar en la formación de las y los futuros profesionales de la salud experiencias en materia del trabajo comunitario para que las y los estudiantes aporten a la comunidad y también aprendan el valor de la participación social en salud. El Ministerio de Salud debe pedirlo como requerimiento de los currículos académicos de todas las carreras y exigirlo para las prácticas asistenciales en todos los niveles de formación.
- A nivel local y territorial, las organizaciones sociales de salud se deben insertar en los instrumentos de planificación de los gobiernos locales y regionales, como son los PLADECOS e instancias de priorización de los gobiernos regionales.
- Desarrollar una escuela de formación para dirigentes de salud, de carácter formal y reconocida a nivel nacional, entregando habilidades tanto técnicas (sistema de salud chileno, participación social, entre otras), como competencias en liderazgo y organización colectiva de los territorios en salud (cátedras dirigidas por dirigentes de salud). Se propone realizar un piloto para luego implementar a nivel nacional.
- Apoyo judicial ciudadano en salud frente a eventos adversos y negligencias médicas. Inicialmente con respaldo de las universidades por el territorio.

## Propuesta equipo ANCOSALUD:

1. Separar la participación social en salud de las metas sanitarias, incorporándola como una acción de salud al plan de salud familiar con enfoque comunitario financiado por el per cápita.

El hecho de considerar la participación social en salud como una meta sanitaria asociada a la entrega de un incentivo monetario a los funcionarios, genera desconfianza en la comunidad y distorsiona la razón fundamental de la participación social en salud.

Es una meta direccionada hacia lo biomédico, donde se induce a las organizaciones sociales a cumplir mediante operativos de salud un porcentaje de prestaciones de salud, entre las más conocidas están la toma de EMPA, EMPAM, PAP, etc.

Una meta excluyente de los determinantes sociales estructurales e intermedios en salud es la que viene definida desde los servicios de salud restándole autonomía al mundo social.

Es una meta social asociada a ciclos políticos administrativos y sin financiamiento para el mundo social.

2. Incorporar la participación ciudadana en salud al índice de actividad de la atención primaria de salud (IAAPS), sumándose a la sección de estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS).

Tal medida permitiría avanzar en las siguientes direcciones:

- Salto cualitativo de empoderamiento en el conocimiento de los principios del modelo de atención integral de salud familiar con enfoque comunitario (M.A.I.S).
- Nuevo enfoque prospectivo de participación territorial e integración horizontal con los equipos de salud.
- Fiscalización y control social sobre indicadores sanitarios.
- Participación activa con enfoque de determinantes sociales.
- Participación con enfoque de promoción y prevención.
- Enfoque colaborativo y propositivo sobre gobernanza en salud.



**VII CONGRESO  
NACIONAL  
DE USUARIOS  
DE LA SALUD**

DIRECCIÓN METROPOLITANA  
SANTIAGO 2023

# ENTRE TODAS Y TODOS CONSTRUYAMOS DIGNIDAD Y EQUIDAD EN LA SALUD DESDE EL TERRITORIO



**Director**  
Galo Ghigliotto

**Equipo editorial**  
Luz María Astudillo  
Daniella Gutiérrez  
Katherine Hoch  
Consuelo Olguín

**Equipo diseño**  
Andrea Estefanía  
Andrea Meza  
Ana Ramírez

**Equipo administrativo**  
Martín Angulo  
Daisy Farías  
Claudia Gamboa

**Equipo comercial**  
Darío Núñez  
Javier Solís



Esta primera edición de *Resoluciones VII Congreso Usuarios de la Salud Ancosalud* se terminó de editar en marzo de 2025.

Para los textos de portada se utilizó la tipografía Roboto Slab; para el interior se utilizó la tipografía Minion Pro.