

Participación Social en Salud a cinco años del Estallido Social en Chile

Social participation in health five years after the social uprising in Chile

Camila Gallardo Gómez¹

RESUMEN

Este artículo analiza la participación social en salud en Chile cinco años después del estallido social de 2019, desde el ejemplo de los cabildos ciudadanos en salud de Valdivia y las propuestas emergentes de la movilización social. Se plantean desde sus conclusiones la necesidad de una reforma progresiva al actual sistema de salud dual basada en la universalización de la atención y un Seguro Único de Salud. Además, se proponen estrategias para fortalecer la participación ciudadana mediante un modelo de gobernanza que garantice la incidencia comunitaria en la toma de decisiones.

Palabras clave: participación social, derecho a la salud, sistema de salud.

ABSTRACT

This article analyzes social participation in health in Chile five years after the social outbreak of 2019, using the example of the citizen health councils in Valdivia and the emerging proposals from social mobilization. It concludes with the need for a progressive reform of the current dual health system based on the universalization of care and a Single Health Insurance. Furthermore, it proposes strategies to strengthen citizen participation through a governance model that ensures community influence in decision-making.

Keywords: social participation, right to health, health system.

INTRODUCCIÓN

El estallido social del octubre de 2019 en Chile marcó un punto de inflexión en la demanda ciudadana por un sistema de salud digno y universal, evidenciando las profundas deficiencias del modelo dual de salud fragmentado y segmentado. En medio de las consignas de justicia social, la exigencia de una salud pública digna se alzó como una de las principales reivindicaciones, respaldada por las masivas movilizaciones y diálogos ciudadanos a nivel nacional en torno a la crisis del sector.

Las críticas en ese entonces no solo apuntaban al reajuste salarial insuficiente para los/as trabajadores, sino también al escaso reajuste presupuestario para salud, que dirigentes gremiales denunciaban en solo un 3%, el más bajo de los últimos 10 años. Esta situación reflejaba el desmantelamiento progresivo de la Atención Primaria de Salud (APS) y del sistema público en general.

Este artículo explora los aprendizajes sobre participación social en salud y el reconocimiento del derecho a la salud en Chile, cinco años después del estallido social, a través de un ejemplo relevante de organización social en salud desarrollado en la ciudad de Valdivia, en un ejercicio de fortalecer la memoria colectiva.

Recibido el 22 de noviembre de 2024. Aceptado el 28 de febrero de 2025.

¹ Médica Cirujana CESFAM Tomás Rojas Vergara Los Lagos, Magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local. Correspondencia a camila.pgg@gmail.com

Asimismo, analiza cómo la implementación de un sistema único de salud, inspirado en el modelo brasileño (SUS), podría superar las limitaciones actuales del sistema de salud, junto con la propuesta de la creación de un Concejo Civil de Salud que institucionalice la participación vinculante de la comunidad en las decisiones de salud locales, promoviendo un sistema más equitativo y participativo.

DISCUSIÓN

1. La salud como derecho: demandas ciudadanas y el caso de Valdivia

El estallido social de octubre de 2019 en Chile marcó un punto de inflexión en la demanda ciudadana por un sistema de salud más equitativo, con mayor financiamiento y participación, evidenciando las profundas deficiencias del sistema de salud chileno. En ese contexto, surgieron con fuerza demandas por un sistema de salud digno y una nueva constitución que consagrara la salud como un derecho humano fundamental, demandando más recursos para el sistema público de salud y menos traspaso a privados.

Estas demandas, expresadas tanto en las movilizaciones de trabajadores/as de salud como en los cabildos y asambleas territoriales realizados en todo el país, reflejaron la necesidad de cambios estructurales que superaran la dependencia de presupuestos anuales insuficientes votados año a año en el Congreso. Como señalara la CUT en ese entonces “existe un consenso universal de que la salud en Chile se encuentra en una profunda crisis” (RadioUchile, 2019).

Las críticas al sistema de salud se han sostenido por décadas lo cual, sumado al impacto de la pandemia por COVID-19 entre 2020 y 2022, ha agudizado las brechas en atención y financiamiento, sobrecargando la infraestructura sanitaria con el consiguiente aumento en las listas de espera. Si bien el sistema AUGE-GES puesto en marcha en el 2008 en el país, ha significado un avance al garantizar cobertura en patologías priorizadas, ha

excluido diversas necesidades sanitarias que afectan a un gran porcentaje de la población.

La falta de un reajuste presupuestario acorde al crecimiento de la demanda ha limitado la resolutivez del sector público, generando malestar ciudadano y prolongadas listas de espera. Cinco años después, la encuesta Cadem muestra que un 80% de los ciudadanos/as considera que las demandas sociales que dieron origen al estallido social no han sido resueltas y han empeorado, reflejando una deuda estructural del sistema (Cadem, 2024) lo que resalta la importancia de recordar las consignas y demandas enarboladas durante el 2019 en Chile.

En el contexto de la movilización protagonizada por millones de personas a partir del ya histórico 18 de octubre, surgieron también en todo el país desde el 24 de octubre de 2019 miles de diálogos autoconvocados en torno a la crisis que atravesaba el país llamados “Cabildos” y “Asambleas Territoriales”. Unidad Social, una colectividad conformada el mismo año por diversas organizaciones gremiales y sociales, fue clave en la convocatoria, propuesta metodológica y sistematización de estos cabildos (Soy Chile, 2019; Secretaría Ejecutiva de Participación Ciudadana, 2023).

En Valdivia, la participación fue especialmente significativa con más de 1500 personas organizadas en 38 diferentes cabildos temáticos y territoriales entre el 24 y 27 de octubre, lo que posicionó a la ciudad con el 15% de la totalidad de asistentes a nivel país, ubicando a Valdivia como la ciudad con mayor participación en proporción a número de habitantes en dicho momento. Los temas relacionados con salud destacaron, representando el 24% de la participación total (Revista Bagual, 2019).

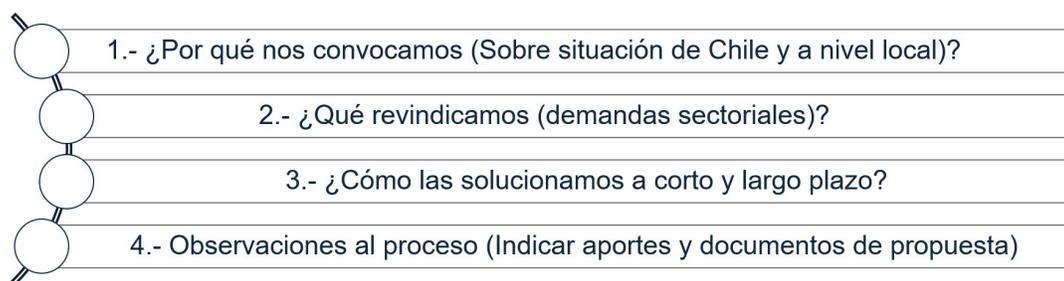
La experiencia en torno a los cabildos de salud en Valdivia, contó con la participación de más de 400 personas en 6 cabildos realizados entre el 24 de octubre y el 6 de noviembre del 2019, los cuales fueron convocados por distintos actores: funcionarios/as de APS y Hospital de Valdivia, Colegio Médico, organizaciones sociales y vecinos/as como se puede apreciar en la tabla 1.

Tabla 1. Cabildos de salud realizados entre el 24 de octubre y el 06 de noviembre de 2019 en Valdivia.

Fecha	Cabildo	Lugar	N° de participantes
24/10/19	Cabildo abierto	CESFAM Jorge Sabat	68
24/10/19	Cabildo de funcionario/as	CESFAM Las Ánimas	30
25/10/19	Cabildo Abierto	Sindicato la Papelera	27
27/10/19	Cabildo abierto de Salud Mental	Sindicato la Papelera	113
02/11/19	Cabildo abierto	Club Tierra de Oz	60
06/11/19	Cabildo de médico/as	Sede COLMED	51

Fuente: Fuente: Equipo Sistematización Cabildos Salud Valdivia, 2019.

Figura 1. Preguntas guía Mesa de Unidad Social Valdivia.



Fuente: Equipo Sistematización Cabildos Salud Valdivia, 2019

En cuanto a la metodología, los diálogos fueron desarrollados en grupos pequeños de no más de 10 personas, en base a preguntas guía respecto a las causas de la movilización, las demandas del sector y propuestas de solución a corto y largo plazo sugeridas por la Mesa de Unidad Social Valdivia como se puede apreciar en la figura 1. Posterior a las discusiones, se realizaban plenarios para presentar los resultados de cada grupo y llegar a acuerdos respecto a cómo continuar para organizar las demandas. Los resultados de estos cabildos fueron sistematizados por un equipo multidisciplinar (Equipo Sistematización Cabildos Salud Valdivia, 2019).

En cuanto a los resultados, los cabildos de salud identificaron como problemáticas centrales el desfinanciamiento de la salud pública y la preponderancia del enfoque biomédico. Al respecto se demandaba la creación de un seguro/sistema único de salud universal y solidario, el derecho constitucional a la salud y un sistema de salud con enfoque multidimensional y pluricultural. Se enfatizaron, además, otras demandas como la promoción de una relación más horizontal y colaborativa entre usuarios/as y profesionales; mayor incidencia y participación vinculante de los/as usuarios/as y de los equipos de salud en la planificación de los programas y en el presupuesto; disminución de la brecha de recursos humanos en regiones; reemplazo del modelo de metas en salud por un modelo preventivo de enfermedad; y mejora en las condiciones contractuales de los funcionarios de la salud (Equipo de sistematización de asambleas y cabildos Valdivia, 2019-2020).

Respecto a la salud mental se señalaba la urgencia de un aumento de recursos para esta área dentro del presupuesto de salud y la necesidad de relevar las determinantes políticas y sociales a la hora de establecer definiciones, diagnósticos y tratamientos en salud mental. Sumado a lo anterior,

se propuso fomentar políticas interculturales que consideren alternativas a los tratamientos convencionales; integrar una perspectiva de derechos que vele por las poblaciones marginadas en el cuidado de la salud; y democratizar la salud mental a través de un enfoque comunitario que articule a trabajadoras/es, usuarias/os, ex-usuarias/os y organizaciones comunitarias. Se demandaba también educación sexual no binaria y no sexista, aborto libre, sistema de apoyo a cuidadores/as y derecho al acceso a tratamientos con sustancias consideradas en la Ley N°20.000 (Equipo de sistematización de asambleas y cabildos Valdivia, 2019-2020).

La ciudadanía en ese entonces fue capaz de generar de manera democrática, tanto diagnósticos como propuestas en relación a la temática de salud, basados en el diálogo y la construcción de consensos. En contraste, la encuesta Cadem de 2024 señala que un 58% de los encuestados percibe que la salud en Chile está peor que hace 5 años atrás (Cadem, 2024). Este dato refleja la persistente percepción de insuficiencia en las políticas públicas actuales, subrayando la importancia de rememorar los diálogos colectivos efectuados y sus propuestas.

2. Participación social en Chile y vinculación con el sistema de salud

Dentro de la historia de Chile la sociedad ha enfrentado diferentes crisis, y siempre ha habido un factor importante que es la organización popular. Se pueden mencionar en materia de salud, por ejemplo, el Movimiento de Artesanos y las Sociedades de Socorros Mutuos que surgieron como una respuesta popular a su radical experiencia de ausencia de Estado en materia de salud en plena República en el año 1853 o las Brigadas de Salud que eran el “ojo clínico” de la población en el contexto del gobierno de la Unidad Popular (Illanes, 2010).

Posteriormente, en el año 1968, se promulgó la Ley de Juntas de Vecinos y Organizaciones Funcionales (Casa Museo Eduardo Frei, 2018), consolidando una estructura de organización barrial que permitió la formación de los Comités de Salud en los años 70, con un enfoque más territorial y comunitario. Durante el periodo de dictadura en el país destacan las ollas comunes como ejemplo de organización popular, y luego de este periodo de la historia destaca La Asociación Nacional De Consejos y Usuarios de Salud (ANCOSALUD) como una instancia representativa que articula propuestas ciudadanas y realiza congresos autónomos cuya historia parte en el año 2000 (ANCOSALUD, 2024).

En cuanto a participación en salud a nivel institucional en APS, en el año 2006 se constituyen oficialmente los Consejos de Desarrollo Local (CODELO) o Consejos Consultivos, ideados como espacio de encuentro entre equipos de salud (gremios y estamentos) y comunidad organizada (juntas de vecinos, organizaciones sociales, organizaciones comunitarias en salud, voluntarios, etc.), (Aedo, y otros, 2020).

Sin embargo, estas instancias han sido objeto de críticas por su carácter restrictivo, burocrático y poco vinculante. Un ejemplo de ello es que los CODELO están limitados solo a miembros de asociaciones y comunidades formalmente constituidas, excluyendo a una mayoría de personas no formalmente organizadas. Por otro lado, en algunos casos los dirigentes son validados en la medida que están alineados con los objetivos institucionales, son invitados a ceremonias y cuentas públicas, pero luego no vuelven a ser considerados, por ejemplo, en instancias de planificación y toma de decisiones (Aedo et al, 2020).

El decreto que establece estas instancias las sitúa bajo la dirección del consultorio, con el director/a como presidente y la potestad de designar a un secretario ejecutivo, reflejando un control institucional sobre la participación comunitaria (Bolados, 2009). Esto limita la autonomía de la comunidad, convirtiendo estos espacios en meros mecanismos para validar decisiones predefinidas y cumplir objetivos administrativos sin un poder real de decisión para los participantes. Así, la participación en salud se instrumentaliza como un medio de gestión de indicadores asociados a la modernización del Estado y la gobernabilidad (Merino & Torres, 2015).

Esto contrasta con el enfoque de la Atención Primaria, en donde los equipos sanitarios operan bajo el Modelo de Atención Integral en Salud

Familiar y Comunitario (MAIS), el cual requiere un trabajo constante de los profesionales para garantizar que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados respondan a las necesidades concretas de la población, superando una visión meramente estadística o administrativa de la participación social en salud, en donde el diálogo social vinculante con las realidades culturales y locales de los usuarios/as es vital.

Por el contrario, los cabildos de 2019 representaron un ejercicio democrático genuino, prueba del nivel de organización de la comunidad y resistencia frente a las deficiencias del sistema, demostrando que la comunidad puede expresar sus preocupaciones y propuestas de forma directa y colaborativa. Incluso, dentro de los hallazgos clave de los cabildos en torno a este tema destaca la necesidad de incrementar la incidencia y participación vinculante de los usuarios y equipos de salud en la planificación de programas y presupuestos (Equipo Sistematización Cabildos Salud Valdivia, 2019).

3. La salud en Chile, propuesta de Sistema Único

Las movilizaciones masivas del 2019 derivaron a nivel político en el “Acuerdo por la Paz”, que dio inicio al proceso constituyente para enfrentar la crisis social. Sin embargo, las propuestas progresistas acerca de un sistema único de salud o sobre cimentar el derecho a la salud, no lograron consolidarse, junto con una carta magna que aunaba otras demandas recogidas desde la movilización social, propuestas que fueron rechazadas en un plebiscito de salida el 4 de septiembre de 2022 por un 61,86% de los votantes (BCN, 2022), manteniendo aún vigente la constitución de 1980 heredada de la Dictadura, pese a un segundo proceso de reforma esta vez liderado por sectores conservadores.

La actual constitución establece carácter subsidiario del Estado, lo que se desprendería del artículo 1° de la Constitución (BCN, 2020) interviniendo solo cuando los actores privados no logran satisfacer las necesidades sociales. Este modelo ha relegado áreas clave como la salud, la educación y la seguridad social al protagonismo del mercado, sometiendo a los servicios públicos a un constante desmantelamiento. En el ámbito de la salud, la subsidiaridad solo garantiza el acceso a servicios de salud, pero no establece un único sistema, perpetuando la segmentación entre subsistemas público (FONASA) y privado (ISAPRES), con beneficios diferenciados según la capacidad de pago (Matus, 2017).

Históricamente, esta separación de las funciones de financiamiento y provisión y la fragmentación

de la red asistencial se consolidaron durante la dictadura, con la disolución del Servicio Nacional de Salud (SNS) y la municipalización de la atención primaria en 1981. Esto creó una red asistencial fragmentada y desigual, donde el financiamiento y la provisión quedaron separados, y el sistema público enfrenta precariedad constante frente a la expansión del sector privado (Illanes, 2010; Goyenechea, 2019). Esta estructura explica en parte el descontento social que impulsó el estallido social y el llamado a transformar el modelo desde sus cimientos.

Las reformas impulsadas en años recientes, como el programa Copago Cero y la universalización de la Atención Primaria de Salud (APS), han buscado mejorar el acceso (Minsal, 2023). Sin embargo, los problemas de fondo como la falta de recursos y la burocratización del sistema, siguen siendo barreras para el logro de una salud equitativa que avance hacia la integración de la red de salud en todos sus niveles eliminando la fragmentación del Sistema de Salud que hoy opera en Chile. Por otro lado, la crisis de las ISAPRES y la falta de financiamiento sostenido del sistema público han evidenciado la necesidad de una reforma estructural que garantice acceso equitativo y cobertura universal para toda la población.

La inequidad en salud, reflejada tanto en el acceso a los servicios como en los resultados sanitarios de la población, persiste como una de las mayores injusticias en Chile. Actualmente, una parte significativa de la ciudadanía percibe que el sistema de salud no satisface sus expectativas en términos de dignidad, lo que abarca aspectos clave como el trato recibido, la protección social y la accesibilidad efectiva a la atención médica (Minsal, 2023). La satisfacción ciudadana con el sistema de salud es de un 39%, cifra lejana al promedio de la OCDE que alcanza el 71% (OCDE, 2021).

El derecho a la salud, como cualquier otro derecho fundamental, se caracteriza por su universalidad, lo que implica que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar su acceso equitativo para toda la población, sin distinción de raza, género, idioma, opinión política, origen social o cualquier otra condición. Para ello, es esencial la implementación de estrategias y medidas que aseguren la igualdad de oportunidades en el ejercicio de este derecho, abordando tanto las barreras estructurales como los factores sistémicos que perpetúan la discriminación en el acceso a la salud (Minsal, 2023).

Para avanzar en la universalización se expone el ejemplo del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, implementado en 1988, el cual garantiza el

acceso universal a través de un modelo descentralizado, participativo y solidario, donde los consejos de salud juegan un papel clave en la gobernanza y planificación de políticas (Paim et al, 2011; de Cássia et al, 2021) y se toman como bases para su adaptación al sistema chileno los resultados de cabildos ciudadanos de salud realizados durante el estallido social del 2019 (Secretaría Ejecutiva de Participación Ciudadana, 2023; Equipo Sistematización Cabildos Salud, 2019) planteando los siguientes ejes para garantizar el derecho a la salud como un bien público, con énfasis en la participación social, descentralización y fortalecimiento de la atención primaria:

Creación de un Seguro Único de Salud (SUS-Chile)

- Unifica FONASA e ISAPRE en un seguro único de financiamiento solidario, con contribuciones proporcionales al ingreso y aporte estatal. Para ello proponer una transición regulada de las ISAPRE hacia seguros complementarios privados, en vez de su eliminación inmediata.
- Financiamiento solidario y progresivo con aumento del aporte a salud al 6% del PIB y la implementación de impuestos generales progresivos.
- Eliminación de la discriminación por nivel socioeconómico en el acceso a prestaciones y tiempos de espera y fin de la selección de riesgos y preexistencias.
- Equidad en distribución del presupuesto, resguardando que los recursos no se destinen en forma hospitalocentrista si no que priorizando recursos hacia el primer nivel de atención como eje central del sistema.

Fortalecimiento de la Atención Primaria hacia la Universalización

- Expansión de Centros de Salud Familiar (CESFAM) con equipos interdisciplinarios y enfoque en medicina familiar y comunitaria.
- Creación de Equipos de Salud de la Familia y la Comunidad, replicando la estrategia del SUS brasileño, con atención domiciliaria e integración de promotores de salud.
- Implementación de Redes Integradas de Salud que faciliten la referencia y contrarreferencia entre niveles asistenciales.
- Incentivos a la formación y retención de profesionales de salud en regiones aisladas y rurales.

- Asignación equitativa de recursos según necesidades de salud de acuerdo a diagnósticos de situación de salud participativos.

Participación Social y Control Ciudadano

- Creación de Consejos de Salud en cada nivel de gestión (local, regional y nacional), con representación de usuarios, trabajadores y gobierno de forma vinculante.
- Implementación de mecanismos de control ciudadano sobre la gestión y financiamiento del sistema.

Es claro que para llegar a un sistema unificado hacen falta unidad de acción y una piedra de tope en ese sentido es la Constitución política heredada de dictadura y su marco neoliberal, junto con el poder que ejerce el sector privado, pero el ejercicio de memoria de los cabildos del estallido social deja en claro que la ciudadanía exige un sistema de salud que garantice equidad, universalidad y participación social.

Si bien el contexto político actual dificulta una transformación inmediata del sistema de salud en Chile, no la hace imposible. Con una estrategia gradualista, en torno a acuerdos transversales, presión social y argumentos técnicos que hagan difícil rechazar la reforma sin costo político, se pueden sentar las bases de un Sistema Único de Salud (SUS-Chile), como se ha hecho con la Reforma de Pensiones.

4. Propuesta de institucionalización de la participación: Concejo Civil de Salud.

Para institucionalizar la participación social en salud en Chile, se propone la creación de un Concejo Civil de Salud, inspirado en los consejos de salud brasileños, este organismo sería responsable de aprobar los planes de salud comunal y los presupuestos, asegurando que las políticas locales de salud reflejen las necesidades y demandas de la comunidad localmente, cuya estructura y funcionamiento siga los siguientes lineamientos generales:

Composición: El Concejo Civil incluiría los siguientes representantes:

- Gestores locales de salud (Directores de Departamentos de Salud Municipal, Centros de Salud Familiar y Hospitales comunales).
- Representantes de trabajadores/as de la salud de los distintos niveles de atención.
- Usuarios/as elegidos democráticamente por la comunidad, asegurando la representación de diversos sectores (personas mayores, jóvenes, mujeres, comunidades indígenas, etc.).

Funciones y atribuciones:

- Aprobación de planes y presupuestos: El Concejo Civil tendría la responsabilidad de revisar y aprobar los planes de salud y los presupuestos de cada comuna, promoviendo un uso adecuado y justo de los recursos.
- Monitoreo y evaluación de programas: Sería responsable de evaluar la implementación de los programas de salud locales, garantizando que se alineen con las prioridades de la comunidad.
- Espacio de deliberación y consulta: Serviría como plataforma de diálogo para identificar problemas de salud específicos de cada territorio y proponer soluciones con sentido territorial.

Objetivos:

- Distribuir el poder y promover la transparencia: Al incluir a la comunidad en la toma de decisiones, se busca fomentar la transparencia y fortalecer la legitimidad de las políticas de salud.
- Fortalecer la democracia local en salud: Esta estructura promueve un modelo de salud que no solo provee servicios, sino que incorpora activamente a la ciudadanía en la definición de las prioridades de salud.

Por otro lado, para garantizar que la participación exista dentro del sistema actual, es necesario generar indicadores de salud para medir su realización, garantizando que sea real y vinculante, con metodologías participativas y la diversidad de participación.

Indicadores de Inclusión y Diversidad:

- Porcentaje de participación en actividades de salud por grupo etario, género y nivel socioeconómico.
- Porcentaje de la población que declara haber participado en instancias de diálogo o toma de decisiones en salud.

Indicadores de Vinculación y Compromiso Comunitario

- Cantidad y tipo de instancias de participación ciudadana activas en APS y hospitales (Consejos Consultivos, Cabildos, Diálogos Ciudadanos, etc.).
- Nivel de satisfacción de los participantes con los espacios de participación y su impacto (medido a través de encuestas).
- Cantidad de propuestas ciudadanas incorporadas en las decisiones de salud

(presupuesto participativo, diseño de programas de promoción, prevención, atención y rehabilitación).

Indicadores de Uso de Metodologías Participativas

- Número de actividades de salud que incorporan metodologías participativas.
- Porcentaje de programas de salud diseñados con herramientas de participación activa (diagnósticos, asambleas, talleres de co-creación).

Indicadores de Gobernanza y Transparencia

- Grado de influencia de la comunidad en la toma de decisiones en salud.
- Frecuencia y calidad de la devolución a la comunidad sobre el impacto de su participación.
- Indicadores de Impacto y Sostenibilidad
- Evolución de la percepción de confianza de la comunidad en el sistema de salud (medido por encuestas periódicas).
- Cantidad de proyectos comunitarios en salud ejecutados con financiamiento estatal o municipal.
- Número de innovaciones en atención primaria o salud hospitalaria surgidas desde la comunidad y aplicadas en el sistema de salud.

Estos indicadores permitirían medir el nivel de participación real de la comunidad en el sistema de salud, asegurando que las decisiones sean efectivamente vinculantes y que la comunidad tenga un rol activo en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud

La implementación de un SUS-Chile, junto con el fortalecimiento de la participación social mediante los Consejos Civiles, representa una oportunidad para transformar la salud en Chile. Este enfoque busca superar las barreras estructurales del modelo actual y garantizar un acceso digno, equitativo y adaptado a las realidades locales.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

A cinco años del estallido social de 2019, las demandas por un sistema de salud equitativo, universal y participativo siguen siendo un desafío pendiente en Chile. Las movilizaciones y cabildos realizados en ese entonces no solo evidenciaron las profundas deficiencias del sistema de salud fragmentado, sino que también generaron diagnósticos y propuestas concretas basadas en

la colaboración comunitaria. Sin embargo, la falta de cambios estructurales refleja la persistencia de barreras institucionales y la necesidad de una transformación integral. Es urgente avanzar hacia un sistema de salud democrático que incluya a las comunidades en la planificación y toma de decisiones, fomentando transformaciones que respondan a sus realidades y necesidades.

El análisis del modelo brasileño (SUS) como referencia demuestra que es posible avanzar hacia un Sistema Único de Salud (SUS-Chile) que elimine la fragmentación del sistema actual y garantice una atención equitativa y accesible para toda la población. La propuesta de un seguro único, junto con el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y la participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones a través de Consejos de Salud vinculantes, permitiría avanzar en la construcción de un sistema más justo y eficiente, basado en los principios de solidaridad y universalidad. Los avances en participación en salud no deben depender exclusivamente de la instauración de un Sistema Único, sino que requieren el fortalecimiento de un sistema público de salud que institucionalice mecanismos de participación social vinculante. Es fundamental rescatar experiencias históricas y fortalecer instancias de gobernanza que garanticen la incidencia efectiva de la comunidad en la toma de decisiones en salud. La creación de Consejos Civiles de Salud, con una estructura clara y representativa, permitiría consolidar un modelo participativo que refleje las necesidades territoriales y promueva la democratización del sistema de salud.

Para lograr estos cambios, es crucial superar el escepticismo actual y fortalecer la confianza en las instituciones, promoviendo políticas públicas inclusivas que respondan a las necesidades del territorio. La participación social vinculante no solo es una herramienta para democratizar el sistema de salud, sino también un motor para construir una sociedad más justa, donde la salud sea reconocida como un derecho humano fundamental.

REFERENCIAS

- Aedo, M., Barrios, C., Besoáin-Saldaña, Á., Erba, C., González, C., Martínez, R., Pinto, M., Quevedo, M., Riveros, P., Sepúlveda, R., Valdebenito, P., & Ureta, Y. (2020). *Salud Popular desde la mirada de líderes comunitarios. Visiones y experiencias*. Universidad de Chile, 2020. Disponible en <https://libros.uchile.cl/1088>
- ANCOSALUD. (2024). *Resoluciones VII*

- Congreso Usuarios de la Salud ANCOSALUD*. Radio Nuevo Mundo. Recuperado de <https://radionuevomundo.cl/wp-content/uploads/2024/07/RESOLUCIONES-VII-CONGRESO-USUARIOS-DE-LA-SALUD-ANCOSALUD.pdf>
- BCN. (27 de agosto de 2020). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Obtenido de Decreto 100 fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242302>
 - BCN. (2022). Plebiscito de Salida 2022. Disponible en: <https://www.bcn.cl/procesoconstituyente/plebiscito2022>
 - Bolados, Paola. «¿Participación o pacificación social? La lógica neoliberal en el campo de la salud intercultural en Chile: el caso Atacameño.» *Estudios Atacameños*, n° 38 (2009): 93 - 106.
 - Cadem. (2024). *Escuchemos: A 5 años del 18-O*. Disponible en: https://cadem.cl/wp-content/uploads/2024/10/Esuchemos-A-5-anos-del-18O_VF.pdf
 - de Cássia Costa da Silva, R., Pires de Novais, M. A., & Zucchi, P. (2021). Social participation in the unified health system of Brazil: An exploratory study on the adequacy of health councils to resolution 453/2012. *BMC Health Services Research*, 21(1120). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07161-1>
 - Equipo Sistematización Cabildos Salud. (2019). A la comunidad Valdiviana presentamos los resultados de Cabildos Autoconvocados de Salud, realizados en Valdivia entre el 24/10 y el 06/11. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Iu-jruyvGiwwBYr93RjBw3Z1OOzrimAXw/view?usp=drive_link
 - Equipo de sistematización de asambleas y Cabildos Valdivia. (2019-2020). *Informe de sistematización de asambleas y cabildos Valdivia*. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1Y0uw9kevHm97M7ndbJpJniyuc-qMLYMNg/view?fbclid=IwAR3aevHrD-vDHePtTtwR8yKhawEEaobj11XrscH-QY4K3CeSjtMurih0i7Ft4g>
 - Goyenechea, M. (2019). Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuadernos médico sociales*, 7-12. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/175/184>
 - Illanes, M. A. (2010). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973* (Segunda ed.). Santiago, Chile: Ministerio de Salud
 - Matus, A. (2017). *Mitos y verdades de las AFP*. Santiago: Aguilar.
 - Merino, Claudio, y María Cristina Torres. «Participación en salud y desarrollo territorial: experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile.» *Ciencia y Enfermería XXI* 1 (2015): 115-125. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n1/art_11.pdf
 - Ministerio de Salud de Chile. (2023). *Documento en construcción Reforma al Sistema de Salud: Una agenda de transformaciones*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/Documento-Reforma-251023.pdf>
 - OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
 - Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet (London, England)*, 377(9779), 1778–1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
 - RadioUchile. (17 de octubre de 2019). Confusam y paro nacional: “La salud en Chile se encuentra en una profunda crisis”. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2019/10/17/confusam-y-paro-nacional-la-salud-en-chile-se-encuentra-en-una-profunda-crisis/>
 - Revista Bagual. (1 de noviembre de 2019). *Revista Bagual*. Disponible en: <http://www.revistabagual.cl/2019/11/valdivia-lidera-participacion-nacional.html>
 - Secretaría Ejecutiva de Participación Ciudadana. (2023). *Recopilación de procesos participativos previos* (2da ed.). Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.secretariadeparticipacion.cl/wp-content/uploads/2023/07/Recopilacion-de-Procesos-Previos-II-Edicion.pdf>
 - SoyChile. (27 de octubre de 2019). Unidad Social apuesta por los Cabildos en todo Chile para avanzar hacia una nueva Constitución. Disponible en: <https://www.soychile.cl/Santiago/Politica/2019/10/27/622116/Unidad-Social-apuesta-por-los-Cabildos-en-todo-Chile-para-avanzar-hacia-una-nueva-Constitucion.aspx>