



# FORMULACIÓN PARTICIPATIVA DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA 2021-2030: UN EJERCICIO DE PLANIFICACIÓN COMUNITARIA

ID: 757-4-L120

Grupo Nous Ltda  
Ministerio de Salud  
División de Planificación Sanitaria  
2 de abril de 2020



## Índice

Introducción	2
I. Objetivos	3
II. Consideraciones generales	5
III. Resultados del proceso metodológico: ejercicio 1 y 2	8
IV. Consideraciones metodológicas	18
Anexo 1: Reporte de análisis de grupos	19
Anexo 2: Nota metodológica 17 septiembre de 2020: representatividad y limitaciones de resultados	45

## Introducción

Este estudio obedece al interés de la autoridad sanitaria por “articular aspectos técnicos y sociales en la formulación de los Objetivos Sanitarios de Salud (OSD) para la próxima década e involucrar al público no técnico en este ejercicio de planificación, considerando un escenario de demandas crecientes desde variados sectores de la sociedad, incluido el sanitario” (TDR). Para atender a este fin la propuesta técnica consideró el desarrollo de un proceso metodológico que permitiera evaluar la mejor alternativa para establecer un diálogo con la ciudadanía en torno a la formulación de objetivos sanitarios que el país debería proponerse para el decenio 2021-2030.

Cabe señalar que en principio la pertinencia de incluir a la ciudadanía en la formulación de los OSD sintonizaba con el proceso social y político que vivía el país post 18 de octubre que demandaba la búsqueda de mayores espacios de expresión y participación de este actor en la definición y diseño de políticas públicas que afectan sus intereses.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la ejecución de este estudio coincidió con el brote del covid 19 en Chile y con el inicio de las medidas de protección, asunto que resultó no tener tanto impacto en la definición de OSD de los grupos sociales consultados.

En el marco de este proceso de formulación de OSD entenderemos que:

- Existe la necesidad de construir una ‘interfaz’ entre el sistema estatal y el de la sociedad civil en donde se capture la información, necesidades y expectativas que puedan encontrar un curso común en el desarrollo de políticas de salud.
- La participación activa de las comunidades también llamado “enfoque socio- comunitario” en la intervención social recoge el desafío de incorporar a los territorios y los grupos humanos que los habitan en los programas sociales destinados a superar estados de carencia. Se trata de una perspectiva que sirve “para orientar el trabajo de las instituciones con las comunidades humanas con las que se relaciona” (Martínez F.).
- Al incorporar la dimensión comunitaria la “institución necesita admitir que está tratando con sujetos de discurso y acción que poseen capacidades y competencias; conocimientos y un saber práctico de alta validez ecológica, derivados de sus propias experiencias de vida, pero también recibidos desde las comunidades a las que pertenecen que poseen la suficiente autonomía para decidir sobre sus proyectos de vida, que no actúan como individuos aislados, sino como personas insertas orgánicamente en sistemas sociales ‘naturales’ (como la familia, las redes sociales, las comunidades, etc.) con los que se identifican y desarrollan sentidos psicológicos de pertenencia” (Martínez F.).

- Asimismo se considera que la planificación y gestión realizadas en forma compartida entre el Estado y Sociedad agrega actores que se articulan en múltiples planos, éstos en cierta forma están sometidos a tensión porque tienen que practicar la horizontalidad en las relaciones, aunque desempeñen posiciones sociales y gubernamentales jerárquicas y sus relaciones sean objetivamente verticales (Redin y Morroni).
- Finalmente, basados en tres estudios realizados en Chile sobre prioridades sociales en salud se observa que hay una evolución importante en la priorización de cada una de las temáticas, reflejando los grados de desarrollo del país a la par de los efectos de los distintos aspectos de las reformas sanitarias. En este sentido, las preferencias de la ciudadanía han ido en la misma dirección de las políticas públicas y han reflejado precisamente las profundizaciones y avances sectoriales.

Atendiendo a estos supuestos teóricos se elaboraron dos ejercicios de formulación OSD a fin de validar una opción metodológica consistente que sea el resultado de la evaluación de ambas experiencias. Este reporte da cuenta de los aspectos metodológicos a tener en cuenta en un tercer ejercicio de formulación participativa de los OSD y corresponde al primer informe de avance de la consultoría.

## I. Objetivos

### **Objetivo general**

Desarrollar un ejercicio piloto de planificación participativa en la Región Metropolitana de Santiago que considere diversas modalidades de aplicación para la formulación de OSD 2021-2030.

### **Objetivos específicos**

- Realizar un ejercicio piloto de planificación participativa en salud en la Región Metropolitana de Santiago con dos metodologías distintas y que involucre a distintos actores sociales a partir de tres grupos o instancias de aplicación.
- Proponer una metodología que mejor podría responder al proceso de formulación de objetivos sanitarios de la década considerando los ajustes y sugerencias correspondientes.

## II. Consideraciones generales

### 2.1 Aspectos operativos

Se realizaron dos sesiones de trabajo:

- el **ejercicio 1** se realizó en la comuna de Cerro Navia, asistieron 12 personas, adultos hombres y mujeres entre 18 y 65 años, de diversas ocupaciones, estudiantes y jubilados, todos afiliados a FONASA. La sesión se realizó el 21 de marzo entre 10 y 13 horas.
- el **ejercicio 2** se realizó en la comuna de Puente Alto, asistieron 12 personas, adultos hombres y mujeres entre 18 y 65 años, de diversas ocupaciones, estudiantes y jubilados, todos afiliados a FONASA. La sesión se realizó el 21 de marzo entre 10 y 13 horas.

Las personas fueron contactadas por redes territoriales, juntas de vecinos y otras organizaciones. A cada participante se le costearon gastos de traslados o desembolsos que deriven de su participación en el encuentro (delegación de cuidados de a niños o adultos mayores, reemplazos de trabajo, etc.) por un monto de \$ 20.000.

En cada sesión se consideró un servicio de catering saludable durante un intermedio de 15 minutos.

Se tomaron todos los resguardos asociados a la prevención del covid 19: disponibilidad de alcohol gel al entrar y salir de la reunión, uso de mascarilla y guantes en el servicio de alimentos, distanciamiento físico de los participantes.

Las sesiones fueron grabadas en audio y audiovisual.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, que incluyó permiso para grabar en audio y video, resguardando la confidencialidad de la información personal y el carácter no vinculante de su participación en la sesión.

Los grupos se realizaron en condiciones de excepción y por esta razón no se realizó la proyección de presentación del los OSD y nos limitamos a una explicación narrativa del proceso.

## 2.2 Sobre el covid 19

Tal como se formuló en la propuesta técnica, se realizaron dos ejercicios para la formulación de objetivos sanitarios. En ambas experiencias la situación con respecto a la epidemia del covid 19 quedó circunscrita a la primera fase de los ejercicios. Es probable que la inminencia del brote epidémico al momento de realizar los grupos influyó en que ambos procesos tendieran a expresar mayor disposición de los participantes hacia objetivos comunes por sobre privilegiar las necesidades propias o de sus familias, lo que se apreciaba en las revisiones previas de la literatura como una limitación de este tipo de consultas.

Otro aspecto común en ambos ejercicios fue el relevar la importancia de las dimensiones relacionadas con el financiamiento de la salud pública y la gestión de los servicios sanitarios cuya actual evaluación es crítica y provoca pesimismo e incertidumbre sobre las capacidades del sistema para responder a la pandemia del Covid 19.

Con respecto a las medidas específicas en la prevención y manejo del covid 19 se observó que:

- los asistentes habían incorporado las medidas sanitarias de lavado de mano y sólo en algunos casos el uso de mascarillas.
- la medida de distanciamiento social parecía más difícil de implementar entre los participantes.

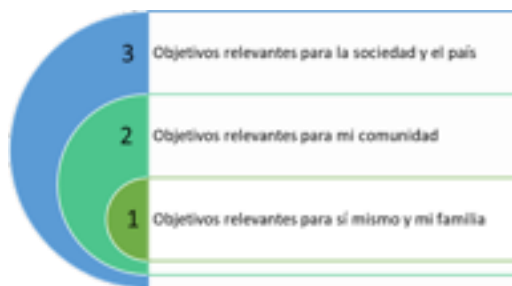
En relación a las medidas propuestas por la autoridad sanitaria se constató temor en relación a la autoeficacia para implementarlas, como por ejemplo las cuarentenas en el caso de los trabajadores cuenta propia y de los adultos mayores que están solos. También se observó que las comunicaciones en torno al covid 19 son fuente de incertidumbre en la medida en que no todos los actores con presencia pública tienen opiniones convergentes con respecto a las medidas de prevención y manejo poblacional del brote. En ambos grupos se percibe que la respuesta a la epidemia mostrará las desigualdades sociales propias de la sociedad chilena y que el acceso a la atención en salud y la capacidad de las personas para hacer frente a la epidemia dependerá de la posición económica y social de las personas.

### III.

## IV. Resultados proceso metodológico: Ejercicios 1 y 2

### 3.1 Resultados Ejercicio 1: Formulación de objetivos por posición del sujeto y alcance del objetivo

Para el primer grupo se consideró la formulación de objetivos de acuerdo a distintas posiciones del sujeto destinatario (considerando género y edad)



Estos objetivos se preguntaron de acuerdo a temporalidad:

- Objetivos relevantes para el presente
- Objetivos relevantes en los próximos 5 años
- Objetivos relevantes en los próximos 10 años.

Cada uno de los dos ejes temáticos – sujeto destinatario y temporalidad- se cruzaron con la asignación de responsabilidad:

- Objetivos de responsabilidad propia o comunitaria
- Objetivos de responsabilidad del Estado y del sistema de salud

Con este grupo, se esperaba poder contar con un esquema de objetivos formulados en distintos niveles, temas, problemas y soluciones que tienen distinto rango de aplicación tanto respecto a los sujetos destinatarios, el tiempo y la responsabilidad. También se esperaba que el grupo estableciera la correspondencia y consistencia entre los objetivos buscados para sí y los objetivos buscados para la comunidad y el país.



## a. Pauta de trabajo ejercicio 1

1. Presentación de participantes y verificación de firma de consentimiento informado.
2. Objetivos de la sesión:

*Desarrollar un ejercicio piloto de planificación participativa en la Región Metropolitana de Santiago que considere diversas modalidades de aplicación para la formulación de OSD 2021-2013.*

Se trata de crear una metodología de planificación con la comunidad que sea transparente y justa; es una experiencia piloto, es decir los resultados no serán utilizados en sí mismos cuando el MINSAL lleve a cabo una consulta amplia en el país. No es necesario tener conocimientos técnicos sobre salud y problemas de salud, se trata de la opinión de los participantes según su experiencia y conocimiento cotidiano. Se solicita que hablen por ustedes mismos y no en representación de alguna organización social, política, cultural, etc.

### **1. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES, 5 Y 10 AÑOS.**

1. Situación actual: coronavirus (30 a 45 minutos máximo):

Dado que estamos en una situación compleja en términos de salud, hablaremos primero de esto durante 30 minutos y luego hablaremos de otros problemas de salud **¿cómo ven ustedes la situación actual por el coronavirus?** (conversación abierta; cuidar que la conversación no se focalice en las medidas gubernamentales sino en el problema de salud; evitar que conversación se centre en problemas socioeconómicos derivados).

2. Antes de esta situación:

¿Cuáles consideran ustedes que eran los principales problemas de salud que afectaban a la población? Centrarse en problemas de salud y no en atención de salud.

¿A quiénes afectaban estos problemas? (perfil de edad, género, grupo socioeconómico, otros criterios). Evitar respuestas del tipo “a todos”.

Facilitador: lista de problemas y a quienes afecta.

3. Si pensamos en todos estos problemas:

Cómo creen que van a evolucionar en los próximos 5 años? y en los próximos 10 años?

Qué tendríamos que hacer para que se resolvieran? Quienes tendrían que hacerlo?: ustedes/la comunidad/el estado/la sociedad.

## **2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

(Moderador hace una síntesis de la conversación sobre objetivos individuales y comunitarios y pide al grupo que se proyecte como una autoridad y llegue a consensos sobre los objetivos del país)

1. Según todo lo que hemos conversado los invito a definir las metas u objetivos que ustedes consideran que deberíamos alcanzar en salud como país en los próximos años.
2. Cada persona puede escribir en una tarjeta cuáles son los objetivos que el país debe alcanzar en salud si lo desea.
3. Luego los colocan en común, los clasifican y les dan prioridad con ayuda de los moderadores.
4. En la pared se coloca una línea de tiempo de 5 y 10 años y las personas indican en qué momento deberían cumplirse los objetivos que plantearon.
5. Luego el grupo observa la línea y los moderadores consultan Qué objetivos son responsabilidad preferentemente de ellos? del Estado? compartida?

Nuevamente, el grupo ordena las tarjetas: sobre la línea indicando el año quedan los objetivos que son responsabilidad del Estado; al medio los que son responsabilidad compartida y abajo los que son de responsabilidad personal.

## **3. ASPECTOS DE PROCESO DE PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA**

Discusión abierta:

¿Les ha sido útil esta sesión? ¿Cuáles serían sus sugerencias para realizar planificación con la comunidad más adelante? ¿Quiénes tendrían que participar? ¿Les parece bien que se haga como planificación previa, o sería mejor después de que exista una lista técnica de problemas de salud (consulta)? ¿Cuáles serían las ventajas y desventajas de estos ejercicios?

## b. Resultados del ejercicio 1

- **Problemas de salud y población afectada por ciclo vital y sexo**

Problemas de salud	Niños y adolescentes	Adultos jóvenes	Adultos	Adultos mayores	Hombres	Mujeres
Diabetes	x	x	x	x		
Hipertensión				x		
Depresión	x		x			
Obesidad	x	x				
Colon						x
Estrés	x					x
Cá. de mama			x			x
Cá. cervicouterino			x			x
Cá. colon			x			
Cá. estómago			x			
Ca. prostata			x		x	
Problemas respiratorios				x		
Problemas cardíacos				x		
Tiroides	x	x				

- **Estimación de la evolución en el tiempo de los problemas de salud reportados**

En general, el grupo prevé una agudización de todos los problemas relevados como importante en el mediano y largo plazo. En el horizonte temporal de 10 años y de no hacer nada en estaríamos llevando a tener una población mayoritariamente enferma.

- **Prioridades de gestión para asegurar la atención de salud**

Los aspectos considerados prioritarios para la salud están enfocados a temas de gestión y distribución de recursos en salud por sobre atender problemas específicos de salud, estas son:

- Resolver las listas de espera
- Mejorar el equipamiento hospitalario
- Disponer de tecnología para el diagnóstico en el nivel primario
- Asegurar un funcionamiento expedito de los sistemas de salud
- Avanzar en gratuidad

- **Objetivos sanitarios para la década**

El grupo definió objetivos a nivel país dejando de lado un enfoque más individual y privilegiando otro más comunitario.

- (1) Disminuir la mortalidad por cáncer en especial de aquellos que se pueden prevenir o detectar tempranamente: colon, mama, cérvicouterino, próstata.
- (2) Disminuir la obesidad infantil.
- (3) Detectar y atender la depresión en toda la población
- (4) Incorporar las terapias alternativas y que sean reconocidas por Fonasa e Isapres
- (5) Promover la comunicación y prevención de problemas de salud en toda la población
- (6) Tener políticas que regulen el acceso a consumos perjudiciales para la salud como el tabaco, la comida chatarra, etc.

### **c. Valor del ejercicio**

El grupo manifiesta la satisfacción con el ejercicio grupal y plantea la necesidad de que este tipo de experiencia se haga extensiva a la población incluyendo por ejemplo, a los niños y niñas.

Por otra parte, el ejercicio genera un diálogo intergeneracional que tiene efectos sobre la tendencia observada en este tipo de ejercicios en que quienes participan suelen formular prioridades y objetivos para sí. En este caso se constató un predominio de la búsqueda de objetivos comunes como el resultado de un análisis de atender a las causas y los efectos de ciertos problemas de salud.

También se constató que el grupo pudo redactar y formular objetivos sin dificultad y éstos comprendieron tanto aspectos de la atención de enfermedades como de salud pública.



### 3.2 Resultados Ejercicio 2: Jerarquización de objetivos por oposición y relevancia

El segundo grupo se basó en objetivos sanitarios hipotéticos que reflejen una tensión, por ejemplo, atención prioritaria a enfermedades virales emergentes que generen alarma pública pero posiblemente baja letalidad versus atención prioritaria problemas de salud de mayor letalidad, pero menor alarma pública tal como problemas de alimentación y estilos de vida. Otro ejemplo posible es problemas de salud que afecten a muchos versus problemas de salud que afecten a muy pocos, tal como prevención del resfrío o la alergia común (y su relación con los entornos saludables) y la atención de salud a personas con enfermedades consideradas raras (exceptuando casos que afecten a niños porque esto introduciría un sesgo inmediato a favor de los niños).

Estos escenarios eventualmente permitirían abordar la prioridad y legitimidad social de los objetivos, relevando los criterios relevantes para la planificación sanitaria desde el punto de vista de la ciudadanía, así como la temporalidad de las intervenciones, es decir, si existe un criterio de largo plazo o sólo se consideran las acciones de corto plazo.

## a. Pauta de trabajo ejercicio 2

1. Presentación de participantes y verificación de firma de consentimiento informado.
2. Objetivos de la sesión:

*Desarrollar un ejercicio piloto de planificación participativa en la Región Metropolitana de Santiago que considere diversas modalidades de aplicación para la formulación de OSD 2021-2030.*

Se trata de crear una metodología de planificación con la comunidad que sea transparente y justa; es una experiencia piloto, es decir los resultados no serán utilizados en sí mismos cuando el MINSAL lleve a cabo una consulta amplia en el país. No es necesario tener conocimientos técnicos sobre salud y problemas de salud, se trata de la opinión de los participantes según su experiencia y conocimiento cotidiano. Se solicita que hablen por ustedes mismos y no en representación de alguna organización social, política, cultural, etc.

3. Formulación de la consulta

### 1. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES, 5 Y 10 AÑOS.

#### 1.a Situación actual: coronavirus (30 a 45 minutos máximo):

Dado que estamos en una situación compleja en términos de salud, hablaremos primero de esto durante 30 minutos y luego hablaremos de otros problemas de salud ¿cómo ven ustedes la situación actual por el coronavirus? (conversación abierta; cuidar que la conversación no se focalice en las medidas gubernamentales sino en el problema de salud; evitar que conversación se centre en problemas socioeconómicos derivados).

#### 1.b Criterios de priorización (30 a 45 minutos máximo):

Les pondremos ahora unos ejemplos en forma de *dilemas*, es decir, situaciones hipotéticas en que hay que tomar decisiones en determinados períodos de tiempo.

Facilitador: los casos se presentan uno a uno. Se solicita explicitar criterios de priorización. No aceptar respuestas del tipo “repartirían los recursos”, “sería necesario prevención y educación”.

Supongamos que ustedes fueran responsables de la salud en el país y tuvieran una cantidad importante de dinero que asignar en las siguientes situaciones de salud, donde pondrían el dinero, por qué y en cuánto tiempo lograrían esto (mencionar horizonte de 5 y 10 años).

- a) atención prioritaria a enfermedades virales emergentes que generen alarma pública pero posiblemente con baja mortalidad versus atención prioritaria problemas de salud de mayor morbilidad y mortalidad, pero menor alarma pública, tal como problemas de alimentación y estilos de vida.

- b) problemas de salud que afecten a muchos versus problemas de salud que afecten a muy pocos, tal como prevención del resfrío o la alergia común (y su relación con los entornos saludables) y la atención de salud a personas con enfermedades consideradas raras (excepto aquellas que puedan afectar a los niños)
- c) atención a los problemas de salud de las personas mayores, posiblemente con varias enfermedades y menor capacidad de recuperación, o atención a personas de edad mediana- digamos 30- 40 años- sanas y con mayor capacidad de recuperación, pero que tienen familias con hijos menores y generan ingresos

Facilitador: apunta criterios para cada caso y horizonte temporal. Se solicita revisión a los participantes

## 2. ASPECTOS DE PROCESO DE PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA

Discusión abierta:

¿Les ha sido útil esta sesión? ¿Cuáles serían sus sugerencias para realizar planificación con la comunidad más adelante? ¿Quiénes tendrían que participar? ¿Les parece bien que se haga como planificación previa, o sería mejor después de que exista una lista técnica de problemas de salud (consulta)? ¿Cuáles serían las ventajas y desventajas de estos ejercicios?

### b. Resultados del ejercicio 2

- **Identificación de problemas de salud por sexo**

	Mujeres	Hombres
<b>Problemas de salud</b>	Depresión Cáncer cérvicouterino Fibromialgia ITS y de las vías urinarias Cáncer de mamas	Alcoholismo Drogadicción Cáncer de prostata Silicosis

- **Identificación de problemas de salud por etapa del ciclo vital**

	Niños y adolescentes	Adultos	Adultos mayores
<b>Problemas de salud</b>	Buling y suicidio Enfermedades bronco- pulmonares	Diabetes Hipertensión	Malnutrición (hambre) Alzheimer

- **Percepción de manifestación de problemas de salud en el tiempo**

Problemas de salud en 5 años	Problemas de salud en 10 años
- Problemas pulmonares	- Cánceres
- Obesidad	- Enfermedades de la esfera psicosocial
- Hambruna	- Disminución de la población por falta de alimentos, aumento de las muertes y control de la natalidad
- Dificultades de hidratación por falta de agua	- Aumento de accidentes
- Depresión	- Guerras
- Violencia	- Contaminación acústica
- Enfermedades infecciosas: pestes y epidemias	
- Enfermedades desconocidas	
- VIH SIDA y enfermedades de transmisión sexual	
- Aumento de enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes e hipertensión	
- Enfermedades estomacales derivadas de la malnutrición: úlcera, cánceres del sistema digestivo	
- Estrés	

- **Acciones necesarias desde el sector salud**

- Fortalecer la salud pública
- Aumento de especialistas
- Cuidado de los niños
- Apoyo psicológico
- Educación e información en salud
- Control de la inocuidad alimentaria incluyendo la calidad del agua
- Medidas de lavado de manos, higiene y autocuidado
- Acondicionamiento adecuado de los consultorios



- **Objetivos**

El grupo definió objetivos generales, a saber:

- (1) Tener mejores autoridades en salud
- (2) Reforma sectorial que apunte al fortalecimiento de los RRHH, equipamiento y financiamiento del sector público
- (3) Exámenes de prevención de enfermedades
- (4) Reducción de las listas de espera



### **c. Valor del ejercicio**

Este ejercicio presentó una mirada más profunda a los problemas de salud que son considerados prioritarios.

Al igual que en el primer ejercicio, el dialogo intergeneracional fue un aspecto bien logrado.

El grupo evaluó positivamente la actividad y recomendó a los organizadores replicar esta práctica con otros sectores de la población.

Este ejercicio -probablemente por su duración- dejó menos espacio para la formulación de objetivos relacionados con el sistema de salud y la salud pública.

#### IV. Consideraciones metodológicas

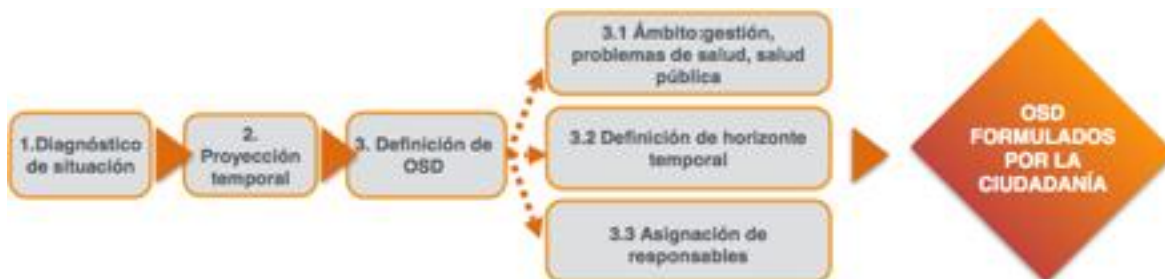
##### 1. Producción de discurso y alcance

La realización de los ejercicios 1 y 2 dio a lugar a dinámicas grupales de conversación, esto permitió levantar un reporte complementario que presenta el análisis de los discurso. El análisis se presenta en extenso en el documento Anexo 1 del presente informe.

Es pertinente señalar que los resultados del análisis tienen un alcance limitado por las razones que se explicitan en el Anexo 2 de este informe.

##### 2. Recomendaciones para la realización del ejercicio 3 y Manual

El análisis de los resultados de los ejercicios 1 y 2 permite perfilar el ejercicio 3 con un método más depurado y definido en 4 fases:



Se desarrolló un manual que desarrolla el paso a paso de la ejecución del ejercicio 3. Dada la imposibilidad de llevar a cabo el ejercicio 3 con la ciudadanía por las restricciones impuestas por la pandemia de covid 19, se consideró igualmente importante explicitar cada una de las etapas teóricas del desarrollo de este ejercicio.

## ANEXO 1: REPORTE DE ANÁLISIS DE GRUPO DE PLANIFICACIÓN SANITARIA

### INTRUDUCCIÓN

En el marco del desarrollo de un proceso metodológico que permitiera evaluar la mejor alternativa para establecer un diálogo con la ciudadanía en torno a la formulación de

objetivos sanitarios que el país debería proponerse para el decenio 2021-2030 se realizaron dos grupos pilotos de planificación participativa el 23 y 24 de marzo de 2020 respectivamente, uno en la comuna de Cerro Navia (en adelante, G1) y el segundo en Puente Alto (en adelante, G2). Los resultados de dicho ejercicio metodológico fueron presentados en el Primer Informe de Avance de este estudio. No obstante, se consideró pertinente hacer un análisis adicional de tipo cualitativo que diera cuenta de las percepciones de las personas con respecto al contexto sanitario y los objetivos.

El ejercicio de planificación sanitaria se realizó poco después de que se difundiera en Chile la emergencia del coronavirus y CODIV-19. Por este motivo, los grupos se realizaron tomando las precauciones sanitarias vigentes en ese momento y se incorporó una sección inicial respecto a las percepciones de los participantes respecto a esta pandemia, de aproximadamente 30 minutos.

Se presenta a continuación la percepción de los participantes de ambos grupos respecto a la pandemia por coronavirus y luego se presentan los resultados obtenidos respecto a la planificación sanitaria en cada uno de los grupos.

### I. RESULTADOS

#### 1.1 PERCEPCIÓN DE PANDEMIA POR CORONAVIRUS

##### 1. O comer, o enfermar

En el grupo 1, la discusión se abre desde una perspectiva amplia: la situación es percibida como mala y complicada: no hay cura, no hay vacuna y no hay medidas sanitarias:

➤ No hay cura ni vi vacuna

que no tenemos mejoría, todo lo contrario. No tenemos mejoría aún. No hay una vacuna, no hay algo, no hay algo como contra la influenza (GD1).

➤ No hay medidas sanitarias oportunas

lo más grave es que no se están tomando las medidas oportunas si ya a esta altura nosotros debiésemos tener una cuarentena total, como muchos países de Latinoamérica y en España (G2)

En el grupo 2, la discusión se abre con una perspectiva personal: la crítica a las medidas adoptadas hasta entonces, que consideran no apropiadas para sí mismos y los participantes su expresan preocupación por familiares mayores y por niños:

➤ Preocupación por familiares mayores y niños

mis papás son mayores de 60 años, por eso siempre hay una preocupación más allá de que tengo un hijo de dos años y medio (G2)

➤ Medidas no apropiadas para la realidad de los participantes:

uno también pierde mucho en el trabajo, cuando uno gana por lo que hace y el hecho de no poder salir, entonces igual me afecta mucho lo que es la parte económica (G2)

Y si yo no estoy contagiado no sirve de nada la mascarilla y estoy gastando 2 mil pesos que puedo haber utilizado para comprar pan y comida (G1)

no ha habido buenas propuestas, porque no podemos, no está al alcance de nosotros lo que pide el gobierno (G1).

Se identifica una tensión entre las medidas que les afectan económicamente- no poder salir a trabajar- y la posibilidad que de hacerlo se contagie a los demás:

➤ Tensión entre empobrecimiento potencial y responsabilidad de salud:

Pero al mismo tiempo como estar en conciencia, nada, hay que acatar las decisiones y hacer lo mejor posible para que estemos bien y no contagiar a otras personas, obviamente (G2).

Entre aquellos que sí podían salir a trabajar, antes de medidas de cuarentena en el Gran Santiago, se percibe la misma tensión pero al revés: es el caso del transporte:

➤ Irresponsabilidad social de salud y riesgo que se expone a sí mismo por el trabajo

yo trabajo de Uber, recorriendo Santiago me he dado cuenta de que hay gente que estando resfriado, estando con el virus no se da el tiempo de ir a un centro médico como para diagnosticarse de que es lo que tiene y a la vez va contagiando más gente (G1).

realmente sigue la locomoción colectiva, yendo gente a trabajar, la gente que trabaja gana infecciones igual a que estemos todos en la casa (G1)

La escasez de productos básicos en los supermercados y farmacias, en particular productos de higiene necesarios para prevenir contagios, hacen aún más compleja la tensión entre la pobreza y la posibilidad de cumplir con las medidas sanitarias y protegerse.

➤ Escasez: tensión entre pobreza y protección sanitaria:

y uno va al supermercado y no encuentra las cosas, nada, nada, nada. Aquí la gente se desespera y no, compra y compra y no deja para el resto.

- se están desocupando los supermercados.  
si busca uno, igual que uno va a las farmacias, no hay gel, jabón no hay, están agotados (G1)

La posibilidad de abastecerse en la feria, donde sí hay alimentos, expone también la tensión entre pobreza y protección sanitaria:

que hay feria también, anda mucha gente en la feria, en grupos, también eso es peligroso (G1)

La respuesta de la ciudadanía tampoco es considerada adecuada: contribuye a ello la necesidad de abastecerse y trabajar, como se señalará anteriormente, pero también la falta de responsabilidad colectiva, el individualismo y los comportamientos de pánico.

➤ Irresponsabilidad de la ciudadanía

yo creo que igual la gente se siente un poco irresponsable (G1)

yo he salido poco de la casa, me refiero a salir al centro, hacia, movernos por la ciudad y he visto mucha gente en la calle. He salido en el auto y he visto mucha gente en la calle y va a seguir habiendo gente en la calle (G2)

➤ Individualismo

Por el lado social, creo que no tenemos una cultura de colaboración y derespeto, partiendo porque aquí había una opinión de que había que separarse, en el fondo uno tiene que ser responsable para que la gente sea responsable con uno, y nosotros como chilenos no tenemos esa costumbre, lamentablemente por el sistema económico implantado, somos individualistas (G2)

➤ Comportamientos de pánico y desinformación

Adultos mayores que no sabían porque estaban poniendo la vacuna empezaron a aglomerarse en todos los centros de salud, sin saber solamente que era la vacuna de la influenza. Se pasaban la voz, uno le decía a otro y este a otro, y a las finales quedaba como que era la vacuna del corona virus (G1).

## 2. La respuesta del gobierno

Como se ha indicado, la respuesta del gobierno se considera tardía e ineficiente para la situación económica y social de los participantes. Pero ésta es interpretada desde una perspectiva de crítica política a la desigualdad, por una parte, e indicios de una *teoría de la conspiración*, por otra.

➤ La crítica política: privilegiar a los empresarios

yo creo que se ha privilegiado más la parte económica para las grandes empresas se ha privilegiado más que la salud de los chilenos, de no decretar cuarentena. Se privilegia primero a los empresarios, que ellos no pierdan, por

eso dicen que el país está funcionando, así como vamos a ser el primer país muerto (G1)

(el gobierno) tampoco apoya al trabajador, porque te dice sigue pagando a la AFP; sigue pagando a la Isapre, porque son muy pocos los trabajadores que están en Fonasa, entonces subvencionan a los privados, y a mí ni tu empresa ni tus trabajadores van a estar bien, eso por el lado laboral (G2)

➤ Desigualdad expresada en escasa capacidad de sistemas de salud ellos (el gobierno) están haciendo las cosas no escuchando también las voces de alerta del colegio médico, no escuchando las voces de los alcaldes que sí piden, porque si bien hay comunas que pueden solventar la salud en caso de emergencia. Hay comunas como esta por ejemplo que no puede ser, si aquí se enferma la gente no va a dar abasto el sistema de salud (G1).

Una doctora en el consultorio de Cerro Navia y ella pasa a comprar su alcohol todos los días, pasa a comprar las zapatillas que ocupa todos los días para mover las camillas, pasa a comprar la toalla nova, porque lamentablemente no tenemos insumos. Esa es la verdad no tenemos insumos, no estamos preparados (G1).

(el gobierno) Financió más de 2 mil millones de pesos en una clínica. Además la información que recolecta, tenemos un montón de gente que gasta la poca plata que tiene en la plaza de Puente Alto comprando mascarillas que no sirven, que no tienen efecto (G2)

si el foco está súper focalizado en ciertos niveles de la ciudadanía, entonces hay que cerrar y tampoco se han tomado las medidas (G2)

➤ Manipulación gubernamental de la protesta social (la gente ) todavía cree que el coronavirus es una manipulación del gobierno, para no salir, porque yo constantemente me pudiera contagiar y todos los días sin excepción hay protestas en las calles, guanacos. De cooperación, entonces no entiendo (G1)

y por otro lado el gobierno ve un alivio en todo lo que ha pasado (G1).

➤ Indicios de una conspiración

este virus no es algo que se creó por la naturaleza, sino que fue creado por el hombre, ya que se encontraron cuatro genes de esta enfermedad, debiera investigarse y debieran pagar (G1).

Los medios de comunicación no parecen tampoco haber contribuido a la transparencia de la información y a la credibilidad de la misma, en particular, la televisión que ha agrandado la situación. La vocería de Gobierno tampoco resulta creíble para estos participantes.

➤ La televisión agranda la situación

los medios de comunicación han agrandado harta las cosas. Lo mismo la gente entró en pánico de ir a los supermercados, y comprar y comprar (G1)

➤ La vocería de gobierno

Referente a la vocería, creo que el Ministro Mañalich, no tiene comunicación con la presidenta del Colegio Médico, él salió diciendo que estaban todos los insumos para poder tratar el tema, dos minutos después sale la presidenta del colegio médico, y dice que el señor Mañalich está mintiendo (G1)

El resultado de la combinación entre descrédito a la información oficial y la orientación de la televisión conduce a *no ver tele*, negarse a informarse:

➤ No ver tele, no ver nada

Pocas medidas para mi escucharlos a ellos no me da seguridad, porque yo sé que de todas las cosas que dicen el 5% es verdad, el resto solamente dan aspirina para no provocar el caos, pero aquí ya hay un caos, por eso yo prácticamente no veo tele, no veo nada, porque al final uno sale y ve otra cosa que dicen ellos (G1)

➤ No hay a quien creerle

no hay a quien creerle, porque son tantas las personas que dicen una cosa otros dicen otra cosa. Es que uno entonces yo no hayo qué hacer, a quien creerle (G1).



En síntesis, la situación de pandemia y las medidas sanitarias adoptadas hasta la fecha, relevaron de inmediato una agudización de la pobreza y vulnerabilidad socioeconómica, y ahora además sanitaria. Los participantes se perciben a sí mismos entre situaciones dilemáticas: entre cuidar la salud, propia y la de los demás, o arriesgar la salud para solventar las necesidades económicas. Si bien se registra una fuerte crítica a las autoridades de salud, hasta entonces, el problema era más bien de credibilidad respecto de las mismas, pero también de los medios de comunicación quienes amplifican los problemas. Pero la crítica también se extiende hacia la propia comunidad, la cual es percibida como irresponsable e individualista.

## 1.2 PROBLEMAS DE SALUD IDENTIFICADOS

La metodología propuesta consideró solicitar a los participantes de cada grupo identificar problemas de salud para el presente, para un horizonte de 5 y uno de 10 años. Estos problemas se segmentaron por sexo y ciclo vital. Los pasos anteriores permitirían a los participantes elaborar objetivos sanitarios para la década.

Los ejercicios de identificación de problemas de salud entre el público lego, observados en los distintos estudios de percepción de salud, suelen seguir un curso inductivo: los participantes comienzan por levantar enfermedades y condiciones de salud propias o de sus familias y su entorno cercano en el presente, mediados por los casos presentados en medios de comunicación y redes sociales, para luego levantar problemas que afectan a otros y a los entornos más allá de su comunidad. En este caso, este paso de ampliar los horizontes más allá de los entornos inmediatos fue estructurado, solicitándose a los participantes proyectar los problemas de salud en horizontes temporales más prolongados, 5 y 10 años respectivamente.

Desde el punto de vista del análisis de discurso, la identificación de problemas inmediatos -que suele ocurrir desde el comienzo de la conversación grupal- marcará la tendencia de los ejes temáticos por los cuales discurre el habla colectiva. Es decir, los primeros problemas identificados serán recurrentes, iterativos y afectarán el resultado final. En este caso, la conversación estuvo marcada por el inicio de la pandemia de COVID-19.

En el grupo 1 de Cerro Navia la coyuntura sanitaria del inicio de la pandemia y la conversación consiguiente, junto la percepción de cambio climático y sequía anterior a la pandemia, creó un clima grupal plasmado de escenarios de catástrofes para el futuro, muchos de los cuales están presentes hoy en día, y que se reflejan en los objetivos sanitarios elaborados para la década. En el grupo 2 de Puente Alto, en cambio, el COVID-19 no tuvo un efecto tan importante en el clima grupal y la conversación consiguiente; en cambio, primó un inicio temático de prevención primaria de salud y atención de enfermedades crónicas, junto con una discusión reiterativa sobre el sistema de salud público. Esto se refleja también en la proyección de problemas de salud en el tiempo y la formulación de objetivos correspondientes.

Los problemas de salud expresados en cada grupo tienen un patrón común: principalmente enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, cánceres y problemas de salud mental que afectan a personas de diversas edades, junto con algunas enfermedades de salud ocupacional. Estos problemas son consistentes con la carga de enfermedad en Chile previa a la pandemia.

Sin embargo, los problemas de salud identificados en plazos de 5 a 10 años varían en cada grupo. El grupo 1, de Cerro Navia, como se señaló, está cruzado por escenarios de catástrofe: se menciona hambruna, guerras, violencia, emergencia de enfermedades desconocidas, enfermedades ligadas a la falta de higiene debido a escasez de agua. Las enfermedades crónicas no transmisibles y problemas presentes de salud mental son mencionadas, pero sin la fuerza de los problemas anteriores. El grupo 2, de Puente Alto, en cambio no elabora sobre estos ejes de catástrofe, manteniéndose en las enfermedades no transmisibles, cánceres, y problemas de salud mental. Como se señalara, la conversación de este grupo persistió siempre en este perfil y en las falencias del sistema público de salud en Chile.

Se presentan a continuación los problemas identificados. Grupo 1: Cerro Navia

Grupo 1: Cerro Navia

	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Problemas de salud actuales</b>	Depresión Cáncer cervicouterino Fibromialgia ITS y de las vías urinarias Cáncer de mamas	Alcoholismo Drogadicción Cáncer de próstata Silicosis

	<b>Niños y adolescentes</b>	<b>Adultos</b>	<b>Adultos mayores</b>
<b>Problemas de salud actuales</b>	Bullying y suicidio Enfermedades broncopulmonares	Diabetes Hipertensión	Malnutrición (hambre) Alzheimer

<b>Problemas de salud 5 años</b>	<b>Problemas de salud 10 años</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Problemas pulmonares</li><li>- Obesidad</li><li>- Hambruna</li><li>- Dificultades de hidratación por falta de agua</li><li>- Depresión</li><li>- Violencia</li><li>- Enfermedades infecciosas: pestes y epidemias</li><li>- Enfermedades desconocidas</li><li>- VIH SIDA y enfermedades de transmisión sexual</li><li>- Aumento de enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes e hipertensión</li><li>- Enfermedades estomacales derivadas de la malnutrición: úlcera, cánceres del sistema digestivo</li><li>- Estrés</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cánceres</li><li>- Enfermedades del orden psicosocial</li><li>- Disminución de la población por falta de alimentos, aumento de las muertes y control de la natalidad</li><li>- Aumento de accidentes</li><li>- Guerras</li><li>- Contaminación acústica</li></ul>

Los problemas identificados por el Grupo 2: Puente Alto son los siguientes:

<b>Problemas de salud</b>	<b>de Niños y adolescentes</b>	<b>Adultos jóvenes</b>	<b>Adultos</b>	<b>Adultos mayores</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Diabetes	x	x	x	x		
Hipertensión				x		
Depresión	x		x			
Obesidad	x	x				
Colon						x
Estrés	x					x
Cá. de mama			x			x
Cá. cervicouterino			x			x
Cá. colon			x			
Cá. estómago			x			
Ca. próstata			x		x	
Problemas respiratorios				x		
Problemas cardíacos				x		
Tiroides	x	x				

### 1.3 METAS Y OBJETIVOS SANITARIOS

Según se ha señalado, las pautas de trabajo de la metodología para cada uno de los grupos fueron diferentes para cada grupo, dado que se trataba de una experiencia piloto, en particular la sección de formulación de metas y objetivos sanitarios. Los resultados se presentan por separado por este motivo.

Las metas y objetivos sanitarios formulados en cada grupo se desprenden de la identificación de los problemas de salud para los horizontes de 5 y 10 años.

#### Grupo 1 Cerro Navia

La metodología para este grupo consideró consultar sobre las acciones necesarias a realizar para prevenir y tratar los problemas de salud identificados por los participantes para los horizontes temporales de 5 y 10 años, en el entendido que las acciones son un proxy de objetivos en el marco de la planificación estratégica.

Las metas y objetivos identificados en este grupo fueron los siguientes:

*Objetivo 1: Fortalecer la salud pública y el rol del Estado*

*Objetivo 2: Reforma sectorial que apunte a al fortalecimiento de los RRHH, equipamiento y financiamiento del sector público*

*Objetivo 3: Contar con especialidades*

*Objetivo 4: Exámenes preventivos*

*Objetivo 5: Mejorar la infraestructura e insumos de los consultorios*

*Objetivo 6: Mejorar acceso a salud mental*

*Objetivo 7: Mejorar educación e información en salud para el autocuidado*

*Objetivo 8: Control de inocuidad alimentaria, incluyendo agua*

A continuación, se presentan los resultados siguiendo un análisis de discurso.

Como se ha señalado anteriormente, el habla de este grupo estuvo fuertemente marcada por escenarios de catástrofe futura, probablemente influidos por el inicio de la pandemia, junto con un trasfondo importante de crisis ambiental e inseguridad y desprotección social. Así, este grupo parece haber elaborado un discurso premonitorio de la situación presente respecto a la pandemia, hambre, violencia, colapso de la atención de salud y la inseguridad y desprotección social percibidas ante las medidas de control adoptadas por la autoridad frente a la emergencia. Esta vertiente discursiva

del colectivo parece haber influido en la elaboración de unos objetivos con un fuerte componente estatal y una cierta percepción de debilidad ciudadana.

*Objetivo 1: Fortalecer la salud pública y el rol del Estado*

El grupo enfatiza el fortalecimiento de la salud pública como tal, no solamente la red asistencial del sistema público, en vistas a un escenario altamente complejo y catastrófico que visualizan en los próximos 10 años:

- Las enfermedades crónicas, son *crónicas*: persisten

M: yo creo que estas enfermedades la mayoría pienso yo, tienen estas enfermedades tipo crónicas, entonces nunca se va a acabar, pienso yo que puede haber más diabetes en diez años más (G1)

- Envejecimiento y aumento de enfermedades

H: por un tema de edad van a haber más enfermedades acá (G1)

- Aumento de enfermedades por deficiente calidad de vida hoy

H: yo creo que por razones obvias van a ver más enfermedades, porque nosotros con todo lo que está pasando...entonces en 10 o 20 años más va a ser algo preocupante. Como está la calidad de vida, va a ser más preocupante (G1).

- Aparición de enfermedades nuevas y desconocidas

Entrevistador: qué otras enfermedades que van a aparecer H: muchas

Entrevistador: a ver, ¿cuáles?

H: ¡es que no sabemos! (G1)

M: pestes, peores de las que hay ahora...(G1)

- Aparición de enfermedades nuevas por exceso de población y falta de agua

M: es que como decía el caballero acá, nos pueden sanar por la tecnología de muchas enfermedades, pero van a crear otras enfermedades, porque el mundo

no puede estar tan lleno de personas, entonces vamos a andar que desaparecer algunos y empezando, vuelvo a repetir y entrando por la cuestión del agua, porque sin agua no hacemos nada, entonces la retiran, se va acabar la humanidad (G1).

H: entonces, yo trabajo en eso y voy a hablar de Chile, porque desconozco otro, tenemos agua para 20 años más si lo arreglamos ahora, en 20 años mas no va haber agua... la desalinización del agua no sirve, no es para beber, no es potable. El agua antiguamente era renovable (G1).

H: por la alimentación que tenemos. Es la alimentación que les da uno a los niños. Y al no haber agua, no va haber frutas ni verduras.

M: sin agua no va a haber higiene ni comida, no va a haber nada.

H: ¡va a haber que comer lo que hay no más! (G1)

➤ Violencia, accidentes y guerras

H: lo que encuentro preocupante yo es que vamos a seguir clarito (¿) de la medicina, lo que es preocupante en cuanto a la mortalidad humana, los accidentes, las guerras, y eso a veces no se cuenta...(G1)

H: los químicos, las guerras, montón de cosas que se pueden evitar, o sea me estoy yendo al tema de la mortalidad de las crisis (G1).

H vamos a estar todos con más violencia, porque. H: de a poquitito ha ido creciendo.

M: vamos a pelear por la comida, por el agua (G1).

➤ Femicidios

H: Femicidio, son muertes que no son de enfermedad física, (G1)

Este grupo plantea pues un enfoque amplio de la salud, incluyendo violencia, accidentes, además de un aumento de enfermedades desconocidas, aludiendo a causas demográficas globales tales como exceso de población y agotamiento de recursos naturales, en particular, agua. Desde este argumento, el llamado a un fortalecimiento de la salud pública es un llamado al Estado para actuar desde salud



hacia otras áreas.

De allí se infiere lógicamente que se necesita más dinero, y más ciencia.

H: Hay que inyectar dinero a la salud pública ...ciencia (G1)

H: lo primero es inyectar mucho dinero, menos dinero para otras cosas y más dinero para la salud (G1).

*Objetivo 2: Reforma sectorial que apunte a al fortalecimiento de los RRHH, equipamiento y financiamiento del sector público*

De acuerdo a lo señalado anteriormente, el grupo infiere la necesidad de una reforma amplia del sistema de salud público, con recursos humanos y financieros adecuados, con acceso oportuno y tratamientos acordes frente a un sistema público actual estrechado en recursos humanos y financieros, con listas de espera largas, sin acceso a tratamientos especializados, entre otros muchos problemas.

A los déficits conocidos del sistema público de salud y que afectan principalmente a los más pobres, se agrega una percepción de que el Estado no tiene la capacidad para afrontar los desafíos de salud venideros.

➤ Incapacidad del Estado para afrontar los desafíos futuros

H y eso va a pasar a la larga, en 10, 20, 50 años y eso nunca se va a acabar a no ser que tenga plata, es que no está al alcance, ese es el tema, esa medicina no está al alcance de uno (G1).

➤ La salud como derecho constitucional

H: pero ahí hay un punto, ojo, que no se cumple, la Carta Magna, artículo número 2 dice que la salud debe ser gratuita y para todos los chilenos, y eso no se cumple (G1)

➤ Falta de recursos humanos profesionales y de apoyo

H: lo otro, que es más importante es ver la forma de que los profesionales,

doctores y con especialidades ingresen a la salud pública y no se vayan a la privada. Si ese es el problema, yo trabajo en una empresa donde nosotros hacemos hospitales, usted sabe porque el hospital de acá no se abre todavía, porque los implementos están, la edificación está, esta todo, hay enfermeras, pero no tienen profesionales para abrir todavía, porque no han llegado, nosotros estamos tratando, o sea el Estado trata de cubrir con profesionales de otros países y los nuestros se van del área pública, habría que tener una fórmula para retenerlos (G1)

Pero esta reforma a la aluden los participantes debiera beneficiar también a la clase media:

H: No de los pobres, de la clase media, porque la clase media entre comillas porque la clase media esta, según el gobierno, son las personas 556 mil pesos, de ahí hacia arriba, pero resulta que si uno saca la cuenta, económicamente, uno necesita 700 mil 800 mil pesos para las cosas básicas.

Esta reforma, de acuerdo a los participantes, debiera liderarla *alguien que sepa*, no en sentido técnico, sino que conozca la realidad del país y de la red asistencial al detalle:

H: la declaración más importante es que yo creo que va a manejar todo eso, a la cabeza tiene que haber alguien que sea médico y que conozca todo esto para que pueda solucionarlo, porque muchas veces nos han puesto un ministro que no sabe. Si da lo mismo de que partido político, si es de la U o el Colo (G1)

No es sólo un asunto de gobierno, sino que incluye también al sector privado de salud, a las empresas y a la ciudadanía, aumentando impuestos y aludiendo a la responsabilidad social.

M: entre comillas es una responsabilidad social, yo creo que puede haber un donativo que puede hacer una empresa, a que se lo descuentan de los impuestos, si tu pides también vas a tener que dar en cierto. Que ellos tengan que dar un donativo obligado entrecomillas y a la vez se lo voy a descontar de sus impuestos, y que todas las empresas estén obligadas a hacer responsabilidad social. Para qué, porque eso también impide a las empresas que te cuestionen en qué ha sido invertido el dinero, sino que dando y dando y

empiezas a girar directamente a lo que es salud, pero envolver a todas las empresas, una responsabilidad social se llama eso.

H: yo estoy de acuerdo con eso, es lo mismo que quería decir, por ejemplo, un hospital también darle una flexibilidad de los impuestos que esté acorde a cumplir de acuerdo para su beneficio (G1).

Los siguientes objetivos están referidos a problemas tradicionalmente reconocidos por la población de bajos recursos en la atención de salud, y no refieren a los escenarios de catástrofe futura señalados anteriormente.

### *Objetivo 3: Contar con especialidades*

M: más especialistas pero con doctores, porque en los consultorios no hay especialistas H: el medico chileno (hace un gesto de plata)

M: no, no importa que no sea chileno, es que especialidades no hay (G1)

### *Objetivo 4: Exámenes preventivos*

M: exámenes preventivos.

H: EMPA

M: por ejemplo, todos los chequeos preventivos que en la clínica se hace un examen completo preventivo y la gente sabe de un principio lo que esta propensa y ni siquiera lo tiene y se hacen tratamientos preventivos.

H: o los exámenes que se hacen para entrar a la minería, de que te obligan a hacerte un examen sanguíneo hasta oído.

H: pelo, de todo.

M: evitaríamos enfermedades posteriores (G1)

M: faltan exámenes preventivos a los niños (G1)

### *Objetivo 5: Mejorar la infraestructura e insumos de los consultorios*

H: mejorar las infraestructuras también, porque lo que pasa con el consultorio que tenemos acá, ¿ese consultorio cuantos años tiene? Y sigue igual, sigue igual, no tiene la adecuada infraestructura y tampoco tiene un mejor abastecimiento de insumo.

H: falta que sea más grande para que pueda recibir más gente

H: le falta más ventilación, es muy chico M: es muy pequeño.

H: es muy antiguo

H: los baños.

H: lo que falta es la autorización del congreso, yo trabajo en eso, amigo, le digo que en este minuto hay 6 hospitales que están detenidos, están listos para construir pero el congreso no ha soltado la plata y para Cerro Navia hay 3 consultorios nuevos para hacer y arreglar, o sea uno para arreglar, que está al frente de los Carabineros, pero no se arregla, porque el congreso no da el visto bueno, pero esta, los recursos están, entonces mientras no den el dinero, no suelten para la salud, ese fue el primer punto que vimos. H: o sea falta prolijidad en el proyecto (G1)

#### *Objetivo 6: Mejorar acceso a salud mental*

H: una ley de salud mental, como seguir educándolo

M: ¿una ley de salud mental?

H: donde se pueda, a ver porque la salud mental ahora en Chile es muy cara, es súper cara y que sea acorde al bolsillo de la gente, bueno, entrecomillas, debiera ser gratis, la salud mental (G1)

#### *Objetivo 7: Mejorar educación e información en salud para el autocuidado*

M: el auto cuidado, bueno lo mismo que, estoy hablando desde el principio en el fondo, el auto cuidado, el tema psicológico, más apoyo de otras áreas, siquiátras, psicólogos. H: más educación en los colegios

H: desde los preescolar

H: antiguamente en la básica, una vez a la semana iban personas del consultorio a darnos una especie de charlas sobre diferentes enfermedades. Ahora en los colegios no se hace (G1)

H: lo que aprendimos ahora, porque la gente de ahora dice que hay que lavarse las manos, tenemos que empezar por nosotros o sea hacerlo siempre, no porque ahora estamos con la infección. Siempre, porque mucha gente pierdesa idea, mucha gente no se lava las manos desde siempre, en las casas, tener higiene en las manos. Desinfectar nuestros muebles, haya o no haya coronavirus, para que empecemos por algo y también nos cuidemos, porque el

autocuidado es de siempre, no porque lo aprendimos ahora. Mucha gente no lo hace (G1)

Pero a este objetivo, se la añaden las limitaciones que pueden tener las acciones de autocuidado por parte de la ciudadanía si no hay una red de atención de salud que responda:

H: lo que tiene que hacer la ciudadanía es exigirle a los gobiernos que pongan la plata, porque nosotros, los demás, estamos limitados, lavarse las manitos, andar bien limpiecitos, evitar los contagios, pero llega un momento que se requiere de la medicina, de la salud. Ahí estamos limitados (G1)

H: uno podrá hacer el aseo en la casa, todo, pero sí esta la curva, este espiral (G1).

#### *Objetivo 8: Control de inocuidad alimentaria, incluyendo agua*

M: yo creo que para evitar muchas enfermedades nuevas...

M: una mejor fiscalización en los componentes de los alimentos, pero a nivel, por ejemplo tengo a mi yerno que es analista químico y uno de los endulzantes que le echan a la leche, que es la que es la carnecirina (¿), esa produce cáncer. Y a mi hijo le estábamos dando esa leche, y le estábamos dando veneno.

H: de hecho el agua que tomamos tiene....

M: la misma agua que tomamos acá en Cerro Navia tiene altos niveles, no recuerdo el nombre ahora y no es apta para beber, y sin embargo seguimos todos bebiendo de esa agua. Mis dos nietas se enfermaron del estómago, por beber el agua de Cerro Navia o tientes que comprar agua en bidón, porque esta agua no la pueden beber. Una mayor fiscalización en los componentes de los alimentos (G1)

### **Grupo 2: Puente Alto**

Este grupo mantiene ejes discursivos constantes a lo largo de la sesión ligados principalmente a promoción y educación e información en salud; prevención de enfermedades crónicas; mejora de acceso y accesibilidad a la red de salud, incluyendo disponibilidad de especialistas. Al preguntar la moderación por metas y objetivos, estos

ejes discursivos que habían estado antes en el habla grupal, se recuperan ahora como metas y objetivos sanitarios.

Se presenta a continuación las metas y los objetivos identificados de modo esquemático, y luego se presenta el discurso que los sustenta.

El grupo definió objetivos a nivel país dejando de lado un enfoque más individual y privilegiando otro más comunitario.

*Objetivo 1: Promover estilos de vida saludable y disminuir la obesidad infantil*

*Objetivo 2: Disminuir la mortalidad por cáncer en especial de aquellos que se pueden prevenir o detectar tempranamente: colon, mama, cervicouterino, próstata.*

*Objetivo 3: Detectar y atender la depresión en toda la población.*

*Objetivo 4: Incorporar las terapias alternativas y que sean reconocidas por Fonasa e Isapres*  
*Objetivo 5: Promover la comunicación y prevención de problemas de salud en toda la población.*

Los objetivos identificados en relación con la red de atención asistencial son:

*Objetivo 1: Fortalecimiento de la atención primaria: contar con especialistas, mejorar tecnología*

*Objetivo 2: Enseñar a los usuarios y facilitarles el navegar en la red asistencial, evitando acudir a los niveles más complejos de atención y a los servicios de urgencia cuando no es necesario.*

A continuación, se presentan los objetivos desde el discurso que los sustenta.

*Objetivo 1: Promover estilos de vida saludables y disminuir la obesidad: la tensión entre ensaladas versus completos*

El grupo identifica los estilos de vida saludable básicamente como, primero, alimentación sana y luego, ejercicio:

M: más programas que promovieran la vida sana. Entrevistador: ya, y cuál sería el objetivo.

M: disminución de la obesidad (G1)

El grupo refiere más adelante, y consistente con su elaboración discursiva anterior, el problema de querer consumir alimentos saludables pero no poder hacerlo debido a precios. Este objetivo refleja la tensión entre salud y pobreza.

M: no puede ser que la ensalada, como el planteaba, valga 4 mil pesos y dos completos con una bebida te salen 2 mil 500,

M: en Bellavista son más baratos ustedes saben, el carro está repleto (G2).

H: yo creo que puede ser bueno o saludable para el medio ambiente

Otro obstáculo para llevar una vida sana en términos de alimentación, es la falta de tiempo para cocinar, ligado a empleos precarios que no lo permiten, así como su propio empleo del tiempo.

M: yo creo que tanto hombres como mujeres en este tiempo, por darle más tiempo a otras cosas que a una alimentación sana. Que hacemos, comemos un completo, todo comida chatarra. Entonces todo eso te lleva a vivir una vida, como hipertensión, colesterol.

M: claro, que yo tenga tiempo para poder cocinar comida sana, que sea saludable para los hijos, para todos.

H: como que todo lo bueno no está (G2).

Cabe notar que la alimentación saludable está referida casi únicamente a las frutas y verduras, sin mencionar otros nutrientes que incluso pudieran reflejar más crudamente la inequidad en el acceso, tal como pescado, alimentos orgánicos o menos procesados, etc. El grupo opone **la ensalada al completo**.

Si bien el grupo formula la promoción de vida saludable como un objetivo general en esta sección, es posible inferir, de acuerdo a lo expresado antes en el grupo, que está principalmente referido a los niños y la disminución de la obesidad.

del adulto le inculcan a los niños a tener una vida alimenticia desordenada o mala, porque no le dan por ejemplo, manzana y yogurt, sino que le dan papas fritas y pollo asado. Entonces la obesidad de chiquititos (G2)

La actividad física, sin embargo, no aparece con tanta fuerza y se asume casi como un dado en la actualidad. Es interesante notar que las medidas para facilitar la actividad física en las comunas las hacen aparecer como más fáciles y baratas para llevar una vida sana, más allá que realicen actividad física o no, que llevar una alimentación

saludable. La actividad física que ellos pudieran realizar o no realizar no es un tema que sea ni siquiera esbozado.

M: lo que están haciendo varias comunas los domingos cerrando calles, promoviendo de alguna manera la vida sana, que sí realmente han funcionado, porque el día domingo Vicuña lo cierran y se ve harta gente en bicicleta, van los niños, yo creo que eso igual ayuda bastante, si bien la alimentación sana es cara, que es la realidad, buscar por otro lado (G2)

*Objetivo 2: Disminuir la mortalidad por cáncer en especial de aquellos que se pueden prevenir o detectar tempranamente: colon, mama, cervicouterino, próstata.*

También consistente con los ejes discursivos en momentos anteriores de la discusión grupal, aparece la prevención y detección temprana de cáncer, en particular entre la población adulta.

Entrevistador: ¿qué tipo de cánceres la mortalidad, la mortalidad de qué tipo de cánceres, ¿uno en específico?, porque no todos los cánceres son curables como.

M: colon

M: aquellos que se puedan prevenir.

M: colon, próstata en los hombres, que son más reacios de ir al médico

M: sí se pueden prevenir.

M: disminuir la mortalidad por cánceres que se pueden prevenir, la mayoría si se pesquisan a tiempo si se hace prevención, se pueden evitar, se pueden pesquisar (G2).

Destaca también que el grupo resalta el cáncer de próstata porque los hombres son reacios a acudir a tamizaje:

M: dicen que de los 40 en adelante el hombre ha de hacerse el examen de la próstata, ¿pero quién se lo va a hacer? En el consultorio ya debiera haber un programa para eso y no lo hay, tendría que hacerlo particular y los hombres hay que llevarlos, no van solos (G2).



Cabe notar que no se alude a acceso a tratamiento por cáncer, que pudiera reflejar inequidades en el acceso en aquellos que no están en GES, o a cuidados paliativos. Se enfatiza solamente la detección temprana.

*Objetivo 3: Detectar y atender la depresión en toda la población.*

Al igual que en relación con los objetivos anteriores, el tópico de la depresión había sido mencionado como un problema de salud importante, particularmente entre los jóvenes, ligado también al consumo de alcohol. También se asocia a stress, que puede conducir, además, a obesidad. Este conjunto de problemas de salud mental derivan de la pobreza y una calidad de vida deficiente, de acuerdo a los participantes.

M: disminuir la depresión, o sea es que encuentro yo que el tema de la depresión es algo que se sabe que hay mucha hoy en día, pero no es algo que se trata con la importancia que se debiera tratar (G2).

H: es algo que se detecta de antes, porque yo por la gente que conozco, que tiene una depresión ya avanzada y fuerte, están súper tomada en realidad, pero tiene una forma de poder hacerlo sin que la necesidad de estar gastando tanto medicamento (G2).

*Objetivo 4: Incorporar las terapias alternativas y que sean reconocidas por Fonasa e Isapres*

Este objetivo emerge de una reflexión sobre uso de medicamentos y otras formas de paliar eventuales problemas conductuales o de salud mental, tal como entregar un celular a un niño hiperkinético. Es una reflexión sobre el alejamiento de la vida natural y las posibilidades que abrirían las terapias alternativas.

H: incorporación de nuevas terapias que sean reconocidas por el sistema de salud H: yo creo que la acupuntura ya está dentro de.

M. qué bueno

H: pero la apiterapia

Varios: no

H: no, pero si usted tiene un criadero de ovejitas lo va haciendo.

M: la apiterapia la pondría acá

H1: bueno, nosotros el doctor que conocemos él es director de la iglesia adventista y él se especializa en eso y lo primero que recomendó, deje la carne,

deje de comer esto, coma esto y esto y en el transcurso de ahí, de que entrara al programa le sirvió mucho para poder evitar le de cáncer (G2)

*Objetivo 5. Promover la comunicación y prevención de problemas de salud en toda la población.*

Una particularidad de la formulación de este objetivo (que es un lugar común recurrente en la percepción de la salud) en este grupo es la demanda por ser más duro y realista en la educación e información, sobre todo, en aquello que hace daño.

todos los problemas se pueden evitar yo creo en un 80 por ciento con una buena educación en temas sanitarios, en temas de prevención y ser duros, porque sobre todo estos últimos 10 años ha sido todo muy blandito, no haga esto, no, mostrarle resultado real (G2).

También se señala la educación en salud sexual y en prevención y control del tabaquismo:

Uno como hombre está perfecto, yo no tengo ningún problema, una persona que le está transmitiendo su maldito bichito a las mujeres que se levanta. Entonces si nosotros supiésemos eso, tanto hombres como mujeres, si es un tema de educación, de ser claro, si esto te vas a morir, te va a pasar esto. No, que el consumo de tabaco puede producir cáncer, no, algo más duro, que te obligue, si en el fondo (G2).

*Objetivo 6: Tener políticas que regulen el acceso a consumos perjudiciales para la salud como el tabaco, la comida chatarra, etc.*

Un aspecto interesante relativo a políticas públicas destacado por este grupo es la facilidad para instalar negocios que vendan alimentos no saludables, o productos dañinos para la salud, como tabaco.

N: no podis tener tanta libertad para poner un negocio también (G2)

M: yo agregaría políticas de salud pero que apunten a acciones concretas, que ya no sea comprarse una cajetilla de cigarros, pero que de verdad ya no sea tan fácil o que nos den las herramientas que por mucho que tenga las bases, si yo no tengo las herramientas, entonces no lo voy a hacer, si no tengo el tiempo, si no tengo las lucas. Por mucho que me eduquen no los voy a poder hacer (G2)

*Objetivos relativos al fortalecimiento de la red asistencial de salud*

Los objetivos identificados por este grupo fueron los siguientes:

*Objetivo 1: Fortalecimiento de la atención primaria: contar con especialistas, mejorar tecnología*

La demanda por contar con especialidades en el primer nivel de atención es un lugar común entre los usuarios de estos estratos socioeconómicos; sin embargo, es interesante notar que la descripción provista en la cita abajo provee una descripción precisa- el consultorio como el lugar donde estén los médicos, especialistas, contar con tecnología que permita un diagnóstico.

M: Más infraestructura, que este el sistema más expedito. Más expedito en el sentido de tener un lugar aparte del consultorio y el consultorio sea un lugar donde estén los médicos, especialistas, tener un diagnóstico y en el consultorio este todo este tipo de tecnología, para ver una radiografía, un examen, que necesitas una eco o algo así, pero que haya una infraestructura amplia antes de llegar al hospital. Porque el hospital es engorroso, porque estos 3,4 meses esperando para que recién te llamen. 3, 4 meses más para que te den una hora, para que una radiografía, una eco tomografía. O sea que sea una cosa más expedita, que no sea tan latero, tan engorroso. O sea mi primera atención al llegar al consultorio, mira necesito no sé cómo decirte, estoy enferma del estómago (G2)

Se observa también una valoración de la atención primaria y se reconocen avances, aunque aún son insuficientes:

H1: termina eso, entonces es un cúmulo de situaciones que lo primero hay que partir de la base que no hay un plan, claramente no es lo mejor del universo como dijo el ministro, pero tampoco es pésimo, si nosotros miramos y decimos Argentina, asqueroso, Perú asqueroso, México que es gigantesco, también es asqueroso. No estamos mal. Ojo. No estamos mal, no hay que tener miedo a tanto, lo que hay es bueno para decírselo a los vecinos pero no es suficiente para el resto, porque nuestros vecinos están mucho mejores acá para algunas personas, pero para otras está bien como base (G2)

*Objetivo 2: Enseñar a los usuarios y facilitarles el navegar en la red asistencial, evitando acudir a los niveles más complejos de atención y a los servicios de urgencia cuando no es necesario.*

El segundo objetivo relativo al fortalecimiento de la red asistencial se articula con el primero, pero ahora para mejorar el comportamiento y uso de la red por parte del usuario. Los propios usuarios reconocen que, tanto por desconocimiento como por comodidad, mal utilizan la red, muchas veces asistiendo directamente al nivel terciario porque saben que allí se dispone de especialistas y tecnología así tenga que esperar, obien acudiendo a la atención de urgencia porque les acomoda mejor el horario.

H: son enfermedades que no es lo mismo que un dolor muscular, ya tiene que esperar algunos meses para poder solucionarlo, no va a pasar tan rápido. Como tiene que hacerse una endoscopia y como no los medicamentos para tratar los dolores, la hinchazón. La endoscopia tiene que hacerse cuando este mejor. Si no mejora en dos semanas y sigue con los dolores. No se puede hacer la endoscopia porque va a salir mala, no va a arrojar lo que efectivamente tiene (G2)

El hospital tiene que ser para salvar vidas. Los consultorios tienes que ser para ser tratamientos y cosas así, cosas más graves y eso también pasa por educación, porque lo que hago ahora, voy al hospital, no porque yo debiera ir al consultorio.

M: hay desconocimiento aparte, porque uno no sabe dónde tengo que ir, que no sabemos dónde acudir primero

M: no, pero independiente de eso si tú vas a necesitar una atención de urgencia y tú vas porque tienes frío, tienes tos, si tú vas porque te fracturaste una pierna, no, tienes que ir derecho al hospital porque en el consultorio no tienen traumatólogo, no tienen para radiografía, para enyesarlo, no, no hay. Entonces solamente el SAPU, el SAPU es como muy básico, cuando uno siente que necesita una atención de urgencia, por ejemplo es muy básico el SAPU y uno acude primero al Sótero en este caso y ahí es donde hay problemas, porque colapsa demasiado, y es por qué, porque uno no dice voy al SAPU primero y ahí veré donde voy, no, uno va directo allá, al Sótero porque si me tienen que hacer exámenes, si me tienes que hacer esto, cualquier cosa, lo van a hacer al tiro (G2).

## SÍNTESIS

En síntesis, las metas y objetivos sanitarios para la década basados en la identificación de problemas de salud tienen una base común (al igual que ocurrió con la identificación de problemas): mejorar las falencias actuales del sistema de salud y luego cada grupo elabora sobre las diferentes percepciones de los problemas de salud futuros.

En el grupo 1 de Cerro Navia se observa además una cierta desconfianza respecto a que, efectivamente, se pueda mejorar el sistema de salud, y que el Estado sea capaz de enfrentar los desafíos futuros. Es un grupo que expresa preocupación y desesperanza. En el grupo 2 de Puente Alto se observan algunas sugerencias de política pública, junto con acciones para mejorar el sistema de salud que involucran a los propios usuarios del mismo, tal como enseñarle a navegar en la red de salud para obtener una mejor atención y contener la demanda en los niveles que corresponda. También se valoran los logros de la atención primaria. Es un grupo menos desesperanzado, pero también un colectivo menos consciente de la gravedad de las situaciones sanitarias, ambientales y sociales del futuro.

## ANEXO 2: NOTA METODOLÓGICA 17 SEPTIEMBRE DE 2020: REPRESENTATIVIDAD Y LIMITACIONES DE RESULTADOS

El ejercicio piloto de planificación participativa de objetivos sanitarios de la década fue ideado inicialmente para probar dos metodologías de planificación de largo plazo con la comunidad que posteriormente se replicaría en distintas zonas del país. No obstante, dado la situación de pandemia por coronavirus no ha sido posible replicar el ejercicio en otras zonas. Esta situación levanta la pregunta por las condiciones de uso de los resultados obtenidos en el ejercicio piloto. A continuación se expone el nivel representatividad obtenida y sus limitaciones.

### 1. Nivel de representatividad de la muestra

Se trata de una muestra estructural, considerando adultos entre 18 y 65 años, hombres y mujeres, de diversas ocupaciones. No se consideró su afiliación a un seguro de salud en particular, pero en su mayoría pertenecían a FONASA. Se considerarán comunas urbanas de la Región Metropolitana de grupo socioeconómico medio a bajo y alta densidad poblacional.

Los resultados obtenidos representan a grupos socioeconómicos bajos urbanos del Gran Santiago y por tanto se pueden aplicar a similares segmentos de otras urbes del país.

La limitación de la muestra es aquello que explícitamente no se incluyó, a saber, sectores rurales, residentes en regiones distintas de la RM, grupos socioeconómicos medio- altos, etnias, migrantes y minorías.

### 2. Temas incluidos y excluidos

La pauta de trabajo consideró la identificación de problemas de salud percibidos por la comunidad. No consideró explícitamente la atención de salud. Por lo tanto, los resultados representan los problemas de salud percibidos, no la percepción de la atención de salud, con la excepción de las medidas sanitarias adoptadas inicialmente por la autoridad con ocasión del inicio de la pandemia.

### 3. Profundidad y extensión

Las sesiones de planificación tuvieron una duración de 3 horas cada una. Los problemas de salud prioritarios fueron verificados a través de extensa discusión y debate, guiada por la moderación, tal de obtener resultados consensuados y reflexionados. Los problemas de salud obtenidos y los correspondientes objetivos se pueden utilizar como tales y reflejan el extenso debate de los grupos.

### 4. Variables de cruce

Las variables de cruce para los problemas de salud prioritarios fueron:

- Problemas de salud: A quienes afectan los problemas: por sexo y ciclo de vida.

Las variables de cruce para los objetivos sanitarios fueron:

- Objetivos relevantes para sí mismo
- Objetivos relevantes para su comunidad
- Objetivos relevantes para la sociedad.

Estos objetivos se preguntaron de acuerdo a temporalidad:

Objetivos relevantes para el presente, para los próximos 5 años y para los próximos 10 años.

Los resultados obtenidos reflejan la identificación de problemas y de formulación de objetivos desde diversos puntos de cruce, lo cual los hace ir más allá de la percepción inmediata, y por tanto se pueden utilizar como tales.

### **Alcance**

En síntesis, los resultados obtenidos en el ejercicio de planificación participativa se pueden emplear siempre que se especifiquen los alcances antes indicados e indicando precisamente que corresponden a un ejercicio exploratorio.