

M ó d u l o
S E I S

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON ENFOQUE DE
ESPACIO-POBLACION PARA EL NIVEL LOCAL**

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud
y Seguridad Social (CENDEISSS)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública



2004

Análisis de Situación de Salud/editado por Alcira Castillo Martínez,
Oscar Villegas del Carpio .- 1 ed. - San José, Costa Rica, 2004.

p. 75: 21.5 x 27 cm
Incluye gráficos

Título de la colección:
Curso Especial de Posgrado Gestión Local de Salud

ISBN:

1. Análisis de Situación de Salud, Territorialidad en salud,
Necesidades y Problemas de salud, Espacio-población en Salud,
Salud local.

Comité Editorial

Álvaro Salas Chávez
Oscar Villegas del Carpio
Raúl Torres Martínez
Carlos Icaza Gurdíán
Marianne Carballo Rosabal

Equipo de Producción

Asesoría pedagógica y metodológica: Raúl Torres Martínez, Maria Adelia
Alvarado Vives
Corrección filológica: Raúl Torres Martínez
Edición del sitio en Internet: Magally Morales Ramírez, BINASSS
Apoyo secretarial: Carmen Villalobos Céspedes, Dunia Masis Herra, Juan
Manuel Sanabria Mora

Coordinaciones del Curso

Coordinación institucional por CENDEISSS
Marianne Carballo Rosabal

Coordinación académica por Escuela Salud Pública, UCR
Alcira Castillo Martínez

Colaboración en el Curso

Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Primera edición, 2004

© Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Todos los derechos reservados

Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa del CENDEISSS.
Las opiniones y contenidos de los módulos, no necesariamente evidencian la posición y las
perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa
Rica.

Autoría de contenidos

Alcira Castillo Martínez *

**Colaboración:
Oscar Villegas del Carpio**

* Este módulo toma como base el Módulo “Análisis de Situación de Salud para el sector salud de los EBAIS”. Autoras: Alcira Castillo Martínez, Rocío Sáenz Madrigal, Virginia Céspedes Gaitán, María Elena López Núñez. 1997.

Contenidos

7	Introducción
10	Objetivo general de Módulo
11	Primera Unidad: Algunos elementos conceptuales para abordar el Análisis de Situación de Salud
11	Objetivo general de la primera unidad
12	I. Conceptualización de espacio-población
12	A. Generalidad sobre la Territorialidad
14	B. Espacio población y el Análisis de Situación de Salud
18	II. Necesidades y problemas de salud
18	A. Necesidades de salud
21	B. Conceptualización de los Problemas de salud
26	III. Los actores sociales en el ASIS
26	A. Los actores sociales (concepto)
29	Segunda Unidad: Proceso metodológico del Análisis de Situación de Salud (ASIS) para el nivel local
29	Objetivo general de la segunda unidad
30	I. Conceptualización del Análisis de Situación de Salud
30	A. Definición del análisis de situación de salud
34	B. La CCSS y el ASIS
36	II. Momentos metodológicos del ASIS
36	A. Construcción colectiva del ASIS
38	B. Primer momento: Identificación de actores sociales
40	C. Segundo momento: Reconocimiento de las necesidades de salud
43	D. Tercer momento: Reconocimiento y selección de los problemas de salud
51	E. Cuarto momento: Definición del ASIS y discusión ampliada con los actores sociales.
53	F. Quinto momento Definición de ámbitos de competencia.
57	Referencias Bibliografías
61	Anexos

Presentación

Prefacio

El Curso **ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTION LOCAL DE SALUD**, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en acuerdo con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para satisfacer adecuadamente la actualización de conocimientos teórico-prácticos de los recursos humanos en el primer nivel de atención. Este proyecto de capacitación se realiza desde finales de 1996 y en esta oportunidad se ofrece en una versión actualizada.

La articulación de herramientas e instrumentos de gestión de los servicios de salud con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y avances de nuestro Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención del primer nivel de atención. Más que una descripción técnica, sin contextualización institucional de la realidad nacional y los marcos de referencia teórica, el tratamiento de la temática de la gestión intenta vincularse con la identificación de los problemas centrales de nuestro sistema de salud.

En términos generales, la definición del nivel de análisis vinculado con los aspectos de la gestión, tiene un significado y una finalidad decididamente práctica, pero no ingenua. El abordaje propuesto en el Curso intenta, a partir de la concepción del posicionamiento de los actores protagonistas de los servicios de salud, que son los estudiantes profesionales que trabajan en los EBASIS y en las Áreas de Apoyo, el desarrollo de sus capacidades organizacionales e institucionales y los mecanismos de coordinación de las diferentes instancias de financiamiento, organización y provisión de servicios, factores relevantes en la definición de la trayectoria del proceso de cambio y de sus resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad.

En todos los casos, los módulos -dada su integración- se vinculan y retroalimentan necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda, sino con características de complementariedad, para dar cabida a la concepción interdisciplinaria.

Este módulo y la serie a que pertenece constituyen el material didáctico básico del Curso de Gestión Local de Salud, que desencadena el desarrollo del aprendizaje significativo en el proceso de trabajo.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de 12 módulos elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública.

Alcira Castillo Martínez
Directora
Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Costa Rica

Introducción

En este módulo se aporta el marco teórico conceptual para el Análisis de la Situación de Salud, como elemento fundamental para mejorar el conocimiento de la situación de salud en un espacio-población determinado. Esto con la finalidad de reconocer mediante la aplicación de una metodología, con base en la equidad, sobre las necesidades de salud y los problemas de salud de esa población.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS), posibilita la explicación sobre los determinantes y condicionantes que generan los problemas de salud, ya que fundamenta en el enfoque de la categoría de las condiciones de vida, en los espacios-población.

El objetivo fundamental de incluir este módulo es apoyar a los niveles locales en el análisis de su situación de salud y en los espacios donde se producen los problemas, para retomar y orientar la participación social en este campo; sobre esta base se estructuren intervenciones propias del sector y las de índole intersectorial.

Los esfuerzos que en este módulo se plantean, ofrecen una perspectiva teórica conceptual de condiciones de vida y es, a su vez, una propuesta metodológica coherente con este enfoque, que privilegia la acción orientada en espacios pequeños. Todo ello como respuesta a la transformación de la gestión local de salud y a la necesidad de brindar una atención de salud con características de integralidad y con base en los diferenciales de los grupos población, que permiten visibilizar los diferenciales en salud y priorizar las acciones en función de las condiciones de vida de los grupos sociales.

Es muy importante mencionar que esta metodología, tal y como se presenta en este módulo, NO es un manual que brinde instrucciones precisas sobre su aplicación. Para lograr su utilidad, los equipos de salud deben planificar las acciones para generar un proceso de recolección de información, y a la vez, de análisis.

El presente Módulo titulado **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD CON ENFOQUE DE ESPACIO-POBLACIÓN PARA EL NIVEL LOCAL (ASIS)**, constituye una propuesta metodológica flexible que pretende analizar las situaciones de salud, y con ello se facilita la definición de opciones estratégicas, desde la promoción, prevención y la curación. Esto con la validación de los actores sociales involucrados, a fin de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida.

La actualización de este Módulo consiste en explicar mejor los momentos metodológicos y ejemplificar los conceptos que se incluyen para obtener mayor claridad en su comprensión; de manera que en esta versión se conforma con dos unidades.

La Primera Unidad aporta una conceptualización de los espacios-población con el propósito de reconocer los territorios donde se producen y reproducen las condiciones de vida de las personas y grupos sociales; además otros conceptos claves que se incorporan en la metodología, para establecer elementos básicos que perfilan la explicación actual del proceso salud-enfermedad.

La Segunda Unidad incorpora los momentos metodológicos básicos para realizar el análisis de la situación de salud de un espacio-población determinado, contemplando la incorporación y participación activa de los actores sociales, así como la descripción e interpretación de datos e indicadores específicos.

Con este módulo se pretende, además, fomentar una cultura de investigación en el personal de salud de cualquier nivel de atención, para analizar permanentemente la situación de salud en el nivel comunitario

Claves

Objetivo

O

Ejemplo

Ei.

**Resumen
parcial**

Res.

**Conclusión
parcial**

Concl.

Objetivo general del módulo seis

Aplicar el marco teórico conceptual y metodológico del análisis de la situación local de la salud, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los grupos poblacionales.

PRIMERA UNIDAD

ALGUNOS ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA ABORDAR EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Objetivo general de la primera unidad

Identificar algunos elementos conceptuales básicos para comprender la influencia de la territorialidad en la construcción social de la salud para el nivel local.

I. CONCEPTUALIZACIÓN DE ESPACIO- POBLACIÓN



Relacionar las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales con el contexto del espacio poblacional

A. GENERALIDADES SOBRE LA TERRITORIALIDAD

1. Lo comunitario y lo societal

Desde el punto de vista conceptual se establecen diferentes tipos de relaciones y procesos en la población humana; por un lado, existen los **procesos comunitarios**, con base en las relaciones de parentesco familiar, de tribu, de pueblo y otras similares; y por otro, están los **procesos societales**; es decir, los que se establecen en la sociedad civil con base en las relaciones sociales, los acuerdos, los contratos, las leyes y otros de esa misma naturaleza que dan origen a la vida social organizada.

Para algunos autores¹, la vida comunitaria no se fundamenta en principios de tipo organizativo espacial, sino en las relaciones de parentesco, que persisten y rebasan las fronteras espaciales (territorios); aún aquellas que se establecen por las relaciones sociales que tiene una familia, independientemente de donde se vive o se trabaja. Los vínculos biológicos y sociales persisten, por tanto, más allá de los lugares geográficos.

Ej.

- Los migrantes nicaragüenses en Costa Rica constituyen una comunidad más allá de su procedencia foránea.
- La colonia costarricense en California constituye una comunidad tica fuera del territorio nacional.

No obstante, la vida social se organiza más bien con base en el principio espacial, de ahí que el concepto de **territorio** es en esencia el que determina el ámbito en el cual rige un acuerdo, una norma o una ley que regula a las organizaciones y grupos sociales existentes en un espacio geográfico .

¹ Castellanos, Barrenechea, Pain, desde la perspectiva de equidad en salud plantean este enfoque, dado que conceden prioridad a las condiciones de vida que se desarrollan en los grupos sociales para analizar la situación de salud

Concl

Una de las características del proceso histórico en la conformación de las sociedades contemporáneas es precisamente la construcción y consolidación de las relaciones sociales, que invaden y ocupan el espacio de las decisiones, que primitivamente correspondían a la comunidad. Cada vez más, una mayor proporción de la vida social se decide y determina en el espacio de las relaciones sociales.

2. Importancia del Territorio

El territorio en que se nace y crece, da sentido de pertenencia y por este hecho la población ocupa y se apropia del espacio de tal forma que, lejos de ocurrir una distribución al azar de las familias, estas tienden a conformar conglomerados relativamente homogéneos, desde el punto de vista de sus condiciones de vida, que se corresponden con una unidad territorial. El espacio es construido socialmente y constituye, por lo tanto, una posibilidad de estratificar a la población según condiciones de vida, aprovechando este hecho.

3. Espacio-Población

Según Barrenechea y otros², los grupos humanos se insertan e integran en espacios que constituyen su base social, es a esto a lo que denomina **espacios-población (EEP)**; incorpora al concepto espacio, no sólo lo geográfico-físico del territorio, sino sus relaciones comunitarias y sociales. El concepto de EEP utiliza el enfoque de territorio.


a. Concepto

Se entiende a los EEP como un espacio complejo, histórico y multidimensional (físico, geográfico, demográfico, epidemiológico, económico, social, cultural, político) en el cual devienen grupos humanos suficientemente homogéneos entre sí, en cuanto a sus condiciones de vida y en consecuencia en cuanto a sus necesidades básicas.

² Barrenechea Juan José, Trujillo E, Chorny A. **Implicaciones para la Planificación y Administración de Sistemas de Salud**. Universidad de Antioquía Medellín, Colombia. 1990. pág-39

4. La unidad geográfico- poblacional

Por otro lado, algunos autores postulan que la unidad geográfica poblacional debe constituir la unidad básica de gestión de los servicios de salud; criterio que NO se utiliza en este módulo. Esto es, la ubicación político-administrativa, la ubicación geográfica, los límites, el número de población, los recursos en infraestructura de salud, educación y otros de importancia.

	Las respuestas sociales frente a la salud tienden a tener una base territorial (cantón, provincia, distrito). Por otro lado, también a tener una significativa información de tipo poblacional, epidemiológica, socio-económica, etc (censos, encuestas, registros) sobre unidades territoriales.
---	---

5. Distribución de MIDEPLAN

El Sector Salud, siguiendo la distribución planteado por el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), se divide en regiones, áreas y sectores de salud; esto posibilita asignar responsabilidades específicas, identificar y solucionar problemas de salud en la población en un espacio definido.

B. ESPACIO POBLACIÓN Y EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

1. Selección del Espacio Población (EEP)

Es importante mencionar, para propósitos de análisis de situación de salud en el nivel local, que la definición del espacio-población es un proceso teórico-empírico. Este proceso debe identificar y definir aquellas unidades geográficas lo más homogéneas posibles en su interior, en lo que a condiciones de vida respecta; de manera tal, que facilite el estudio y explicación de los problemas de salud.

La selección de los espacios poblacionales no es sólo una construcción teórica, es empírica porque se relaciona con la información que está accesible, con los recursos disponibles, etc.; por eso las circunstancias concretas de cada estudio y proyecto obligan a la construcción empírica de estos espacios población.

Obviamente, las unidades geográfico-poblacionales, entre más pequeñas sean tenderán a ser más homogéneas que aquellas de mayor tamaño espacial y poblacional.

Limitación del espacio poblacional pequeño

Se debe tener presente que los espacios-población pequeños plantean problemas referentes a: número de habitantes, número de casos de enfermedad y muerte, etc., lo que puede afectar el cálculo de ciertos indicadores.

2. Agregación geográfica-poblacional

En este esfuerzo de definición y construcción de los espacios población debe considerarse que en un mismo estudio, o para nuestros efectos, un mismo Análisis de Situación de Salud, se podrá trabajar con diferentes grados de agregación geográfico-poblacional. Esto es, que a cada uno de los espacios-población le podría corresponder diferentes variables o diferentes formas de abordaje de una misma variable; así como distintos procedimientos de recolección de información.

Por tanto, el ASIS del sector del EBAIS y el del Área de Salud, deben identificar la pertinencia de las variables, el tipo de variables y los procedimientos de recolección y análisis. En otras palabras, la suma de los ASIS por sectores de EBAIS, NO conforman el ASIS del Área ni el de la Región de Salud.

3. La priorización de los espacios-población (EEP).

En materia de planificación de los servicios de salud la priorización por espacios población, puede realizarse desde el nivel país, por ejemplo, identificando zonas en desventaja social. No obstante, por lo general el enfoque normativo y la gestión de políticas operan con base en niveles de gestión programáticas (Regiones, Áreas y Sectores de Salud).

Un procedimiento de uso generalizado es IDENTIFICAR LOS INDICADORES PROMEDIO DE DESVENTAJA QUE SON ALTOS en los espacios población.

Ej.

La tasa promedio de mortalidad infantil en el nivel nacional para el año 2003 fue de 10.1; en Limón esa misma tasa se calculó en 13.1. Esas desventaja configuran la prioridad.

Otro procedimiento es la utilización de la PERSPECTIVA DE EQUIDAD, la que también aporta criterios para establecer prioridades en los espacios población, con respecto a las **causas de enfermedad, lesión, condición o muerte evitable e injusta**, cuando se dispone de la tecnología apropiada y los recursos necesarios.

Ej.

En Costa Rica, la muerte de niños menores de 5 años por desnutrición o por sarampión, independientemente del lugar donde se produzca, se considera injusta y evitable.

La identificación de los espacios - población según las condiciones de vida, expresan las necesidades de salud y los problemas de enfermedad o muerte; esto hace posible considerar los indicadores que reflejan desventajas, y así mismo, poder contrarrestarlas; en particular con el empleo del instrumento de la asignación diferencial de recursos ante necesidades y problemas de salud similares para grupos sociales distintos.³

Las políticas de Descentralización y de Reasignación de Recursos, si en verdad desean tomar en serio las consideraciones de la Equidad social en salud, deben tener presente y dar cuenta de las diferencias en la expresión de las necesidades y problemas de salud; así como la equidad en la asignación de recursos financieros y humanos en los servicios de salud.

Según Barrenechea, Chorny y otros, “los desfavorecidos por lo general reciben peor atención; la equidad, que se concentra en la probabilidad de que diferentes personas tengan resultados iguales (en materia de salud), exige por el contrario que reciban más y mejor atención.”⁴

³ Ibid, pág. 21.

⁴ Ibid, pág 21.

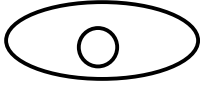
Concl

Los espacios - población homogéneos hacia su interior en relación con las características mencionadas, deben ser suficientemente diferenciables de otros espacios “vecinos” y conexos en función de esas mismas características. Los EEP se articulan con la sociedad de la cual forman parte por medio de relaciones de producción, consumo y participación en la distribución de bienes y servicios. Las relaciones peculiares de cada EEP con la sociedad en que se inserta son históricas y constituyen las categorías objetivas que definen su diferenciación.

El concepto de EEP tiene particular importancia en el momento de la formulación de las estrategias de ataque a los problemas de salud y en el momento de la consiguiente programación y administración de las acciones que estas estrategias implican en todas y cada una de las instancias institucionales en que se da ese proceso.⁵

⁵ Ibid, pág-39

II. NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD



Diferenciar los conceptos y los abordajes de las necesidades de salud y los problemas de salud en el análisis de situación de salud en el nivel local.

A. NECESIDADES DE SALUD

1. Un enfoque de las necesidades de salud

Según Castellanos, las necesidades de salud de un grupo social son la expresión del balance entre los procesos de la reproducción social de la sociedad y las acciones de salud y bienestar. Las necesidades que surgen en ese proceso y no son resueltas se manifiestan como variaciones del riesgo de enfermar y morir; esto por la frecuencia y comportamiento de los problemas de salud en ese grupo de población.

Carácter probabilístico

Por lo general, las necesidades de salud NO son de carácter exclusivamente determinístico (causa-efecto); sino más bien, predominantemente probabilístico. Esto quiere decir que las necesidades de salud corresponden con las probabilidades mayores de ocurrencia de los problemas de salud-enfermedad.

2. Las dimensiones de la categoría de las Condiciones de Vida

Tal y como se plantea en la teoría de la reproducción social de la sociedad que se sustenta en la Categoría de Condiciones de Vida, y la interrelación de las dimensiones que la conforman, las necesidades de salud se contraponen a los efectos beneficiosos y perjudiciales del proceso reproductivo de una sociedad determinada, y a sus correspondientes acciones de salud y bienestar.

**Dimensiones
categoría
condiciones
de vida**

- Predominantemente biológica
- Predominantemente económica (incluye los servicios de salud)
- Predominantemente ecológica
- Predominantemente de conciencia y conducta

Estas dimensiones y su interrelación permiten explicar las condiciones y determinaciones que generan la aparición de las necesidades de salud y como consecuencia ciertos problemas de salud.

Desde esta cuádruple perspectiva es posible identificar los factores explicativos, su significación e influencia en la producción de la salud-enfermedad de un grupo social, en un mismo espacio-población y momento histórico.

Además, constituir lo que Lazarfeld denomina una **estructura latente**; o sea, que las necesidades de salud se manifiestan y perciben, en relación con los problemas de salud:

- Al ser sujetas de comparación contra una norma considerada satisfactoria.
- Cuando esas necesidades hacen variar el riesgo individual.
- Cuando se perciben como insatisfactorias para el grupo poblacional.

Por tanto, las necesidades de salud son carencias (por defecto o por exceso) que deben ser compensadas por las acciones de salud y bienestar.⁶

3. Necesidades de salud y equidad

Equidad es el “principio de justicia fundamental e ineludible que debe orientar el proceso de transformación de los servicios de salud en su doble dimensión de cantidad y calidad. Significa que no es posible obtener equidad sin el correspondiente análisis de calidad de los servicios frente a determinadas y específicas necesidades de salud de los diferentes grupos sociales en una sociedad concreta”.(Paganini, Chorny, 1994).

La inequidad en materia de salud denota claramente que existe insatisfacción de las necesidades de salud. Por cuanto, posiblemente sea el resultado de una distribución inadecuada de los servicios de salud, que no toma en cuenta las **diferencias en las necesidades de salud de los grupos poblacionales**. De todas formas, lo contrario a lo anterior no implica que las inequidades se eliminen, ni siquiera que se reduzcan, únicamente por la distribución igualitaria de los recursos.

Tal distribución de los recursos estaría partiendo de la suposición de que las necesidades de salud se expresan de manera homogénea; claramente se sabe, que los grupos sociales no tienen esas características. En consecuencia, para que la ejecución de las políticas de salud sean de carácter equitativo es fundamental conocer cómo se distribuyen las necesidades sociales de salud en los distintos grupos poblacionales.

Perfil de cada grupo de población

Cada grupo de población en un espacio determinado tiene un perfil de necesidades (riesgos) que se vinculan con cada una de las dimensiones de las condiciones de vida. Sin duda, que a cada perfil de necesidades en un grupo social le corresponde un perfil de problemas de salud, y le son requeridas una serie de acciones de salud y bienestar⁷

a. Criterios de inclusión de los riesgos colectivos

Desde la perspectiva de la equidad y la orientación hacia las oportunidades de vida, algunos criterios de análisis pueden ser los siguientes: la clasificación por grupos étnicos (indígenas, negros, nicaragüenses, etc) por género, por generación; también la clasificación por unidades geográfico-poblacionales, o espacios-población pequeñas y homogéneas, (abordaje en la metodología de ASIS que se propone en este módulo), o bien clasificaciones por mapas de pobreza y de vulnerabilidad

⁷ Opcit, pág. 19

Concl

En la oferta básica de servicios de salud es cuestionable considerar criterios completamente técnicos, sin tomar en cuenta las necesidades y realidades sociales de los grupos sociales, es decir sus condiciones de vida. Además, cuando la política de salud declara e involucra en ella el compromiso social y la equidad.

No es fácil también equilibrar objetivamente los recursos y las necesidades. No obstante, si la equidad es un objetivo central de la política local de salud, el ASIS y la programación local deben definir intervenciones y acciones que tiendan a modificar las necesidades de salud y transformar los problemas de salud. Las necesidades de salud no se resuelven sólo con la intervención de los servicios de salud, se requiere la acción intersectorial, nunca se puede resolver con el criterio único de los técnicos del equipo de salud, pero tampoco se les debe pasar por alto.

Casi siempre, el abordaje de las necesidades requiere de la toma de decisiones influida por consideraciones tanto prácticas como políticas y éticas relacionadas con la atención integral de la salud.

Es importante reflexionar sobre los límites del sector salud en el logro, por su cuenta, de resolver necesidades sociales de salud, esto tanto a nivel nacional como local. Por lo general en las comunidades más homogéneamente pobres, es posible que el énfasis de la intervención intersectorial deba recaer en la mejora de sus oportunidades y condiciones de vida, pero los servicios de salud deben, en su totalidad, contribuir con las actividades, curativas, preventivas, de promoción y las coordinaciones que se orienten hacia el desarrollo humano sostenible.

B. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

1. Definición de problemas de salud

Tradicionalmente los problemas de salud, entendidos como enfermedades, lesiones condiciones o causas de muerte se enmarcaron en la dimensión bio- lógica o biomédica. Esa forma de entender la salud de alguna manera dejaba las soluciones sólo en las manos del sector salud, (con mayor responsabilidad en el Ministerio de Salud y la CCSS).

En la actualidad se tienen otras claridades y abordajes, en especial porque se sabe que los **problemas de salud que se identifican en un espacio población** trascienden la dimensión biológica y la de los servicios de salud, pues necesariamente involucran a las demás dimensiones responsables de su aparición y reproducción.

Ej.

Los problemas de violencia, adicciones, causas externas de accidentes u otro tipo de traumas, están más en relación con las dimensiones predominantemente económica, ecológica y de conciencia y conducta que de la biológica.

De igual forma el fenómeno del embarazo en adolescentes; el problema del ambiente y el dengue y el VIH/SIDA.

Aún las enfermedades cardiovasculares y otras, que son predominantemente biológicas, están relacionadas con los estilos de vida que producen problemas de salud. Todos estos ejemplos, se manifiestan con presencia de una serie alteraciones en las condiciones de vida particulares y sociales.

Los problemas de salud (concepto)

Corresponden a los “efectos” de las necesidades no resueltas por las acciones de salud y bienestar, representados socialmente por un actor social, (individuo o grupo social).

Los problemas de salud NO son solamente las enfermedades, lesiones o condiciones, y causas de muerte. Estas se convierten en problemas de salud cuando se refieren y enmarcan en las características de los grupos sociales de donde proceden (espacio-población, edad, sexo, ocupación y otras características que los identifiquen).

Los problemas de salud-enfermedad se expresan en los diferentes espacios - población organizados de la realidad. Estos son evidentes cuando hacen referencia a las diferencias entre los atributos individuales o colectivos que los caracterizan (edad, sexo, nivel educativo, etc); o bien, a las diferencias entre grupos poblacionales según condiciones de vida. Se observa entonces que los problemas de salud tienen características propias que los definen.

2. Características de los problemas de salud

a. Dimensión subjetiva

Los problemas de salud tienen en su definición una dimensión subjetiva que la aportan los actores sociales concernidos y no puede ser obviada. Todo esfuerzo de reconocimiento de la situación de salud en el nivel local que pretenda programar acciones para la transformación de la situación, debe incorporar la percepción e influencia cultural de las personas. Diferentes actores sociales tienden a identificar diferentes problemas y a jerarquizarlos de manera distinta; es por esta razón, que el ASIS debe construirse con la participación de diferentes actores sociales.

Ej

El embarazo en jóvenes adolescente en las comunidades rurales, tiene una percepción diferente del embarazo en muchachas de colegio de secundaria en el centro de la ciudad; por tanto, la priorización de este problema de salud, podría ser diferente.

b. Periodo

Los problemas de salud también se pueden identificar por los diferentes periodos del proceso salud-enfermedad (temprano, tardío).

Mientras más tardío sea el período en el cual se identifica el problema de salud, menos sensibles son generalmente los indicadores a las variaciones de las condiciones de vida en el corto plazo. Esto por cuanto son mayores las mediaciones existentes (estrategias de sobrevivencia)

Ej

El cáncer de cérvix en mujeres de 40 a 50 años en la provincia de Guanacaste (tardío).
Mujeres de 30 a 40 años con baja cobertura de papanicolau en la provincia de Guanacaste (preventivo)

c. Potencialidad

Los problemas de salud pueden ser identificados también como problema potencial (procesos que significan mayor riesgo) como los indicadores de condiciones de vida que se relacionan con los procesos patológicos.

Ej.

El saneamiento básico y su relación con el aumento del dengue o la parasitosis

d. Productos finales

En general los problemas de salud se consideran productos finales, es decir, causas de muerte, enfermedades y accidentes, en los diferentes grupos sociales.

Para la identificación de problemas de salud, es útil contar con indicadores que se refieran a diferentes periodos del proceso salud-enfermedad.

Ej

Si la mortalidad infantil fuera un problema identificado (muertes), convendría incorporar otros indicadores de morbilidad asociados y los relativos al control prenatal.

La construcción de esta cadena de acontecimientos que va desde las condiciones de vida a la muerte, es un esfuerzo necesario para identificar los indicadores razonablemente más adecuados a cada grupo de problemas de salud y de condiciones de vida.

2. Problemas complejos y mal estructurados

El estudio de la situación de salud de un grupo social de población, según sus condiciones de vida conforma problemas “**complejos y mal estructurados**”. Es decir, en ellos intervienen un conjunto de variables no todas conocidas; y de aquellas conocidas, no podemos precisar cuál es el peso relativo de cada una en la producción del fenómeno en estudio.⁸

Ej.

La violencia doméstica en mujeres adultas mayores casadas en Guacimito.

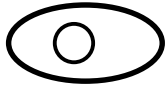
⁸ Opcit, Mitrov, pág 21

En general en este tipo de problemas de salud se hace necesario “reducir la complejidad”, para fines prácticos de estudiar y explicar las condiciones y determinaciones que lo influyen, y tomar las decisiones para la acción.

Este camino analítico es útil cuando se trata de profundizar en los aspectos íntimos de algún fenómeno, pero es siempre parcial y, como dice Ansoff ⁹, “existe siempre el riesgo de estudiar aspectos irrelevantes del problema, de llegar a conocer mucho sobre aspectos que explican poco del problema importante por resolver”.

⁹ Opcit, Ansoff. Pag. 18

III. LOS ACTORES SOCIALES EN EL ASIS



Reconocer como recurso estratégico en salud la participación de personas, grupos o instituciones de un mismo espacio-población en la definición de la situación de salud.

A. LOS ACTORES SOCIALES (CONCEPTO)

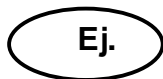
Se entiende por actor social a los sujetos individuales o colectivos que desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los torna estratégicos en la construcción de un proceso, en este caso el de la construcción colectiva del ASIS.

1. Tipos de actores sociales

La conformación de los actores sociales puede ser individual o colectiva.

Actor individual es un sujeto que tiene intereses en el área de salud y que ocupa una posición que lo coloca en una situación importante, que tiene peso e influencia en la comunidad.

Actor colectivo es una agrupación de sujetos sociales, una organización, institución, etc. que se estructura y representa con actores sociales.



Individuales: miembros de organizaciones de base comunitaria, líderes comunales, representantes institucionales, líderes religiosos, miembros de la comunidad con intereses en el campo de la salud.
Colectivos: representantes de la CCSS, AA, INS, Ministerio de educación, ONG, Cámara de Comercio, etc.

Actor social se define en sí mismo **NO** como un organismo, sino en cuanto fuente de un modelo o enfoque de acción, es decir el actor social tiene sentido en la acción. A esto podríamos llamar la dimensión subjetiva del actor social. Estos conceptos se pueden ampliar en el Módulo La Participación Social un Derecho en Salud, 2004.

**2. Dimensión
subjetiva del
actor social**

Se refiere al ámbito privado del actor; o sea, es el acceso privilegiado (solo el propio actor entra en su mundo privado). En esta dimensión se colocan los intereses, la direccionalidad; el manejo del poder.

Este aspecto, además implica superar la concepción tradicional de tratar a las personas como objetos; por el contrario define la concepción de sujeto que piensa, siente, conoce y direcciona sus acciones.

Ej

Las personas o grupos que integran los comités de salud, se incorporan con todas sus características personales y de líderes en el proceso de participación para la toma de decisiones y para la gestión de la salud local.

De acuerdo con lo anterior, nuestra concepción de participación social en salud implica una clara aceptación de los actores sociales desde la perspectiva de su subjetividad, intereses e intencionalidad.

Concl

El Análisis de Situación de Salud es un proceso práctico donde los actores sociales se involucran para hacer efectiva y real la participación social, con decisión, autonomía y respeto. Estas condiciones generan compromiso hacia la acción y favorecen la construcción social de la salud individual y colectiva.

RESUMEN DE LA PRIMERA UNIDAD

Esta unidad aborda un concepto metodológico y operativo relacionado con el espacio de lo “local”. Se reconoce y se privilegia que la salud se expresa en ese espacio concreto que incluye tanto lo físico-geográfico, como los grupos poblacionales que viven y se interrelacionan mediatizados por sus condiciones de vida.

Lo “local” se valora en la medida en que sus condiciones son homogéneas, con lo que se facilita el trabajo priorizado de salud.

El enfoque de análisis de situación de salud se presenta con la pretensión de lograr su diferenciación o bien conjunción cuando la intervención así lo requiera. No obstante, el proceso metodológico de ASIS, que en este modulo se sugiere se sustenta en ese enfoque integral, de explicar la producción de la salud desde las condiciones y oportunidades de vida.

Los actores sociales son también tema de esta unidad, justamente porque entendemos que las personas y grupos tienen formas de pensar y sentir que movilizan sus intereses y actuaciones a favor de su salud y sus demandas a los servicios de salud; esto desde la perspectiva de la participación social, de la acción intersectorial; esto es, desde lo especialmente estratégico.

SEGUNDA UNIDAD

PROCESO METODOLÓGICO DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) PARA EL NIVEL LOCAL

Objetivo General de la Segunda Unidad

Analizar las bases conceptuales y prácticas que sustentan el abordaje metodológico del ASIS en el nivel local.

I. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD



Describir el proceso para elaborar el Análisis de Situación de Salud local.

A. DEFINICIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

El Análisis de Situación de Salud, (ASIS) es un proceso compartido entre actores sociales mediante el cual se describe y explica, en un momento dado, la situación de salud de un espacio- población.

1. ASIS (concepto)

Es un conjunto de aproximaciones sucesivas. Por ello se habla de **procesos**. Es el conjunto de aproximaciones a la explicación de la situación de salud de un espacio-población, según sus necesidades por condiciones de vida y los problemas de salud que se generan de las realidades biológicas y sociales.

El ASIS como instrumento

El ASIS se constituye en uno de los instrumentos más útiles en la gestión de la salud local, principalmente en el inicio del ciclo de planificación.

2. Finalidad

El ASIS permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud” (OPS, 1999).

El ASIS tiene como finalidad proporcionar información para facilitar la toma de decisiones para mejorar la situación de salud.

Además, El ASIS permite y facilita la presentación, distribución y difusión de la información en salud, para coordinar y colaborar intra e intersectorialmente con los actores sociales involucrados.

3. Tipos de análisis en el ASIS

El ASIS se construye por etapas sucesivas, por eso “son procesos analítico - sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis” (OPS, 1999).

Entre los análisis que se deben realizar para contar con un ASIS completo y que de cuenta de la integralidad del abordaje, están los siguientes:

- El análisis de las condiciones de vida de los espacios población (detección de necesidades de salud)
- El análisis del perfil epidemiológico (identificación y definición de los problemas de salud, producto de los estudios específicos, de la vigilancia epidemiológica, estudios de la morbi-mortalidad y otros).
- El análisis de la oferta de servicios (recursos logísticos, humanos, materiales, tecnológicos existentes)
- Otros análisis que pueden enriquecer al ASIS son los relativos a la información sobre la salud escolar, la salud laboral, la salud ambiental etc.

En el diagrama No. 2, que se presenta adelante, se observan estos tipos de análisis, en la construcción colectiva del ASIS.

4. Ámbitos para realizar el ASIS

El ASIS se realiza para llenar el primer paso, muy importante, en la planificación y gestión local de la salud. El abordaje se hace desde una división programática de servicios de salud (sector, área, región de salud, institución) o división político administrativa (distrital, cantonal, provincial o a nivel nacional); cada una de estos ámbitos tiene metodologías y técnicas específicas, tanto cuantitativas como cualitativas, para recopilar, procesar y analizar la información.

Con el siguiente ejemplo se ilustra la relación entre ámbitos, técnicas y fuentes de información, así como herramientas y datos para elaborar un ASIS.

Ej.

El ASIS, Ámbitos , recolección y fuentes de datos

Niveles	Unidades de análisis	Características Generales	Recolección de datos	Herramientas	Datos
Nacional	Unidades geográficas, político-administrativas	Técnicas cuantitativas	<ul style="list-style-type: none"> • Censos de población y vivienda • Encuesta de hogares • Procesos histórico – político – sociales (locales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Demografía • Epidemiología • Estratificación social • Recursos de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Estadísticas vitales • Información de programas sociales • Estadísticas de los establecimientos
Regional					
Provincial	Unidades geoculturales	Técnicas cualitativas	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha familiar • Encuestas por muestreo • Recopilación documental: tradiciones orales y escritas • Estudios de casos • Entrevistas guiadas • Informantes clave 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia epidemiológica • Mapeo de casos • Mapeo de condiciones de vida • Participación Social • Graficación de redes sociales • Autogestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de vigilancia epidemiológica • Causas de consulta • Percepción de los problemas y sus condicionantes • Creencias populares • Necesidades sentidas • Recursos comunitarios
Local					
Nichos ecológico-sociales					

Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud, 2001

5. Características del ASIS

Este tipo de análisis se construye y es producto de un proceso activo, exhaustivo, dinámico e individualizado para cada espacio-población en el que se quiera identificar y explicar la situación de salud local.

a. Activo

Utiliza una información propia, obtenida localmente, para lo que se requiere de un esfuerzo importante de recopilación y procesamiento periódico.

b. Exhaustivo

La información recogida ha de permitir cuantificar la condición priorizada de forma detallada para poder definir adecuadamente la intervención apropiada.

c. Dinámico

Permite, en caso de recoger los datos y mostrar realmente que la condición en estudio no es un problema de salud cuya resolución esté al alcance del sistema de salud local, se vuelva a la etapa anterior, usando la nueva información para realizar una nueva priorización. Permite además visualizar los cambios que se producen en el intervalo entre un ASIS y otro.

d. Individualizado

Se realiza en el espacio población delimitado por el grupo conductor, identificando los problemas de salud (condicionantes - grupos vulnerables) que se deben intervenir. Tanto las herramientas de recolección como la información particular son aplicables para ese espacio población específico.

6. Relación ASIS y la planificación

“La planificación deberá transformarse en un proceso integral y participativo, que involucre a todos los actores sociales y a los niveles administrativos; cada uno de ellos con ámbitos de responsabilidad bien definidos.

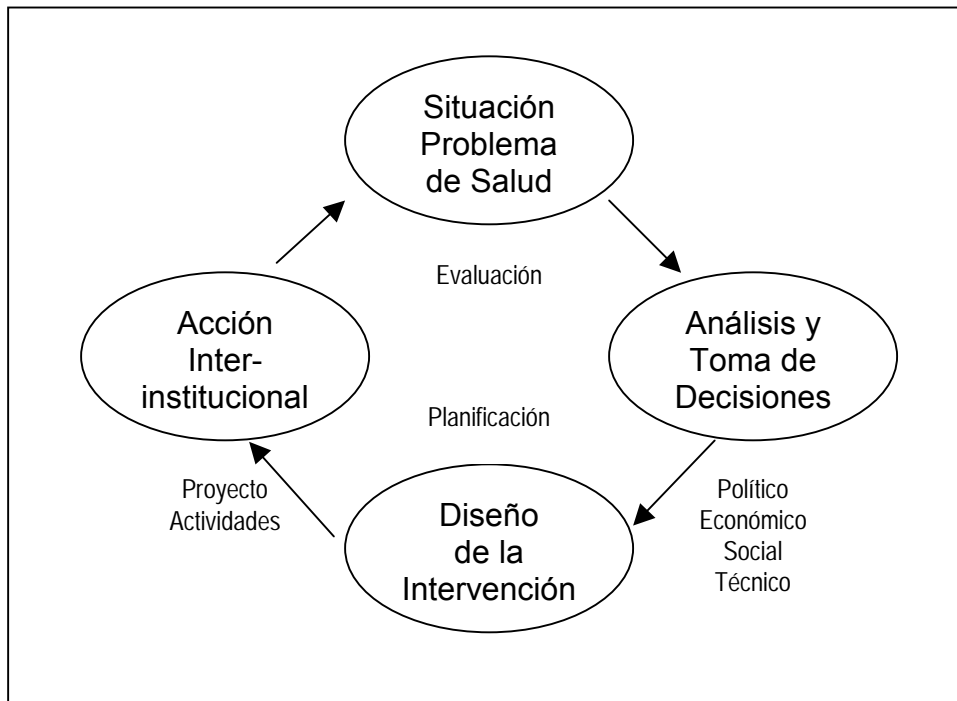
Deberá poseer, además, un enfoque estratégico tal que permita identificar prioridades, actuar sobre ellas, evaluar los resultados específicos y que subordine los objetivos inmediatos a los de mediano y largo plazo.

Se requiere de una planificación flexible y adaptable a cada realidad local de manera que se desarrollen los instrumentos y tecnologías necesarios, para que pueda ser asumida por los niveles regional y local en sus respectivas áreas de competencia; debe transformarse en la base de la formulación presupuestaria.

La planificación en el modelo de atención propuesto tiene que incluir, al menos, los componentes de diagnóstico, priorización de problemas, identificación de sus factores condicionantes, diseño y costos de opciones de solución, programación estratégica, presupuestación, análisis del menor costo y de costo-efectividad” (CCSS, 1998).

Diagrama No. 1

Proceso de acción interinstitucional en salud



Fuente. Hacia un nuevo modelo de Atención Integral de Salud, Gerencia de Modernización y Desarrollo, 1998.

B. LA CCSS Y EL ASIS

1. ASIS (Definición en la CCSS)

“Proceso analítico de la situación de salud y sus determinantes, que identifica problemas y necesidades prioritarios y brinda elementos para la conducción estratégica de la prestación de los servicios, la asignación de recursos y el desarrollo organizacional para una respuesta pertinente, efectiva y de calidad, acorde a las necesidades de la población” (CCSS, 2000).

2. Objetivo del ASIS en la CCSS

Conocer las condiciones de salud de la población y sus determinantes, identificando problemas y necesidades prioritarias a fin de que la respuesta de los servicios sea pertinente, efectiva y de calidad acorde a las necesidades de la población.

Algunos de los propósitos y usos para la CCSS identificados en el ASIS son:

3. ASIS objetivos del Proceso CCSS

- Identificar la magnitud y distribución de los problemas de salud y sus determinantes
- Identificar las necesidades en salud y priorizarlas
- Identificar las intervenciones a partir de las necesidades y evaluar el impacto de su implementación

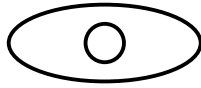
4. Para qué contar con un ASIS CCSS

- Respuesta social acorde con las necesidades en salud, evaluando su impacto.
- Instrumento de planificación que da la evidencia para la conducción estratégica de la prestación de los servicios y la asignación de recursos a nivel institucional
- Negociación política de la institución con el sector salud y otros actores sociales
- Contribución para generar cultura de análisis para la toma de decisiones con base en evidencias.
- Movilización de recursos según necesidades reales
- Contribución para direccionar el desarrollo organizacional: definición de niveles resolutivos, definición de indicadores para el monitoreo y evaluación del compromiso de gestión (CCSS, 2000)

5. Para qué contar con un ASIS local CCSS

- Identificación de intervenciones de salud
- Valoración del impacto de las intervenciones aplicadas
- Asignación de recursos con base en las prioridades
- Desarrollo de la capacidad de negociación con otros sectores y la comunidad (CCSS, 2000)

II. MOMENTOS METODOLÓGICOS DEL ASIS



Reconocer las aplicaciones de los momentos metodológicos del ASIS en un espacio-población

A. CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DEL ASIS

La determinación de estos momentos metodológicos se sustenta en el reconocimiento de que las necesidades de salud diferenciadas por grupos sociales de la población, son el punto de partida para la definición y priorización de intervenciones en salud, a fin de contribuir al logro del principio de equidad, tal y como se definió en el unidad anterior.

Un ASIS con esos fundamentos pretende direccionar las acciones de salud con pertinencia y eficacia. La programación y organización de la atención en salud en los grupos sociales del sector o área según sus condiciones de vida, permite un abordaje integral de la salud. Responsabilidad de los equipos de salud en la gestión local de esta.

El trabajo que se propone en esta metodología y en este módulo se organiza para la construcción de un ASIS, sin esquemas rígidos, lo que permite la flexibilidad necesaria, para tener en cuenta las limitaciones de los actores sociales y de los grupos conductores del proceso.

El ASIS contempla, en su construcción colectiva, cinco momentos, que se interrelacionan en forma sistémica.

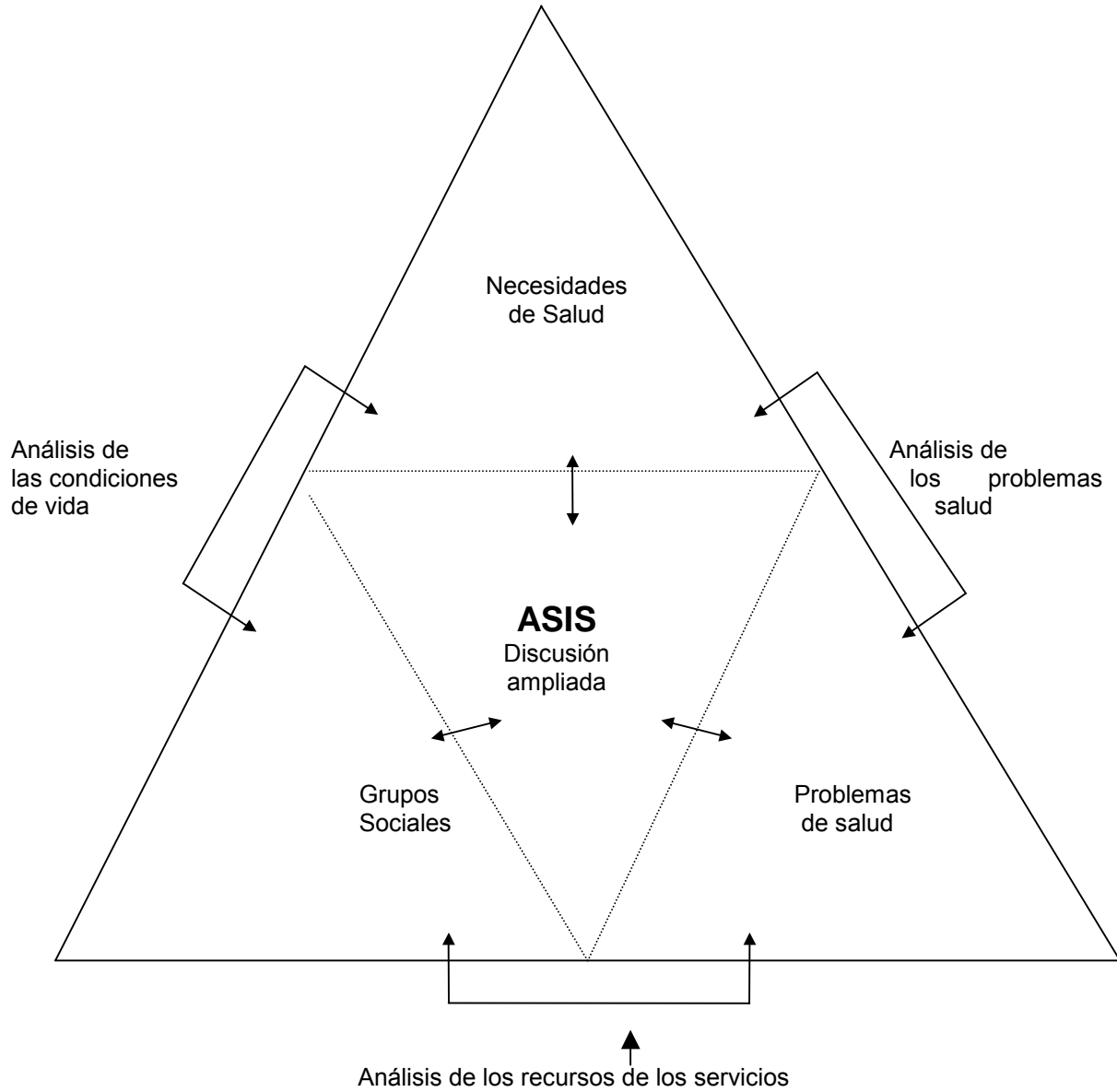
1. Momentos Metodológicos del ASIS

- Identificación de los actores sociales
- Reconocimiento de las necesidades de salud según condiciones de vida (riesgos)
- Reconocimiento y priorización de los problemas de salud: explicación de los problemas de salud
- Discusión ampliada con los actores sociales

Definición de los ámbitos de competencia (responsabilidad de acciones en función de los recursos) para los servicios de salud y los otros sectores sociales (intersectorialidad)

Diagrama No. 2

Construcción colectiva del ASIS en el Nivel Local



B. PRIMER MOMENTO: IDENTIFICACIÓN DE ACTORES SOCIALES¹⁰

1. Importancia de la participación

La participación e involucramiento de los actores sociales pertinentes del Sector y del Área de Salud idealmente deben estar en todos los momentos del ASIS. Esto facilita una construcción colectiva en la que se contemplen percepciones e intereses variados y se construyan alianzas.

Una construcción colectiva implica la discusión de los actores sociales del espacio-población sobre los condicionantes, los recursos, las necesidades y los problemas de salud, aportando sus ideas, soluciones y conocimiento. Esta construcción colectiva requiere del apoyo de un grupo conductor (equipo de salud) para impulsar el proceso; lo que implica tener claridad y conocimiento de los resultados por obtener. Exige, además, hacer uso de técnicas y muy buen manejo de la información en todos los momentos de la elaboración del ASIS.

2. Integración de actores sociales

Requiere de actitudes positivas y asertivas para interesarlos y comprometerlos en la resolución y transformación de los problemas de salud de la comunidad, promoviendo las acciones afirmativas de ellos en una realidad de la cual forman parte. El ASIS y su permanente construcción colectiva es un instrumento poderoso para lograr la participación activa y consciente de los actores sociales.

a. Uso de técnicas participativas

El manejo de grupos de trabajo, en el que se integran los actores sociales sin duda necesita de técnicas que faciliten la interacción de las personas y rescatar elementos subjetivos y cualitativos que aportan gran riqueza, en función de un objetivo predefinido. La elaboración del ASIS, en especial en los momentos de trabajo colectivo, como la discusión ampliada, se puede facilitar con la aplicación de las técnicas participativas.

¹⁰ El desarrollo de los momentos para la identificación, la selección y la convocatoria de los actores sociales, se aborda en el Módulo de Participación Social de este Curso Especial de Posgrado con mayor detalle.

Conviene señalar, que estas no deben ser asumidas como una pauta, una norma, un procedimiento canónico; o sea, como una prescripción, sino que abren una red plural de procedimientos (anexo 1). Al equipo de salud le corresponde planificar y pensar en los resultados de la elección de las técnicas y aplicarlas con la rigurosidad de sus procedimientos.

La participación

No debe ser producto de la aplicación de técnicas que son utilizadas a partir de la equivocada creencia de que son fáciles, simples y baratas, por el contrario su uso adecuado requiere de un sólido esfuerzo y de trabajo intelectual.

Las técnicas participativas permiten y abren no sólo la posibilidad de manejo de otro tipo de información como la cualitativa, sino además, estimulan la motivación y le dan sentido propio a los fenómenos en estudio; por tanto, es enorme el potencial que las técnicas participativas encierran para el estudio de la situación de salud.

b. Uso de lenguaje apropiado

La integración de actores sociales a los procesos de construcción social de la salud, implica el uso de un lenguaje apropiado, que en el intercambio activo entre los miembros del equipo de salud y estos hace que se desdibujen las fronteras entre ambos. El lenguaje debe facilitar la comunicación, ya que el equipo de salud pertenece al mismo orden de la realidad que investiga. Así mismo, la observación de lo subjetivo en los actores sociales, implica conseguir la comunicación entre el equipo de salud y los actores; por medio del lenguaje.

3. Pertinencia de los actores sociales en la discusión del ASIS

Es conveniente estimular la participación de los actores sociales en todos los momentos de la planificación del ASIS. No obstante, los que convocan a la Discusión Ampliada se recomienda que tengan alguna relación con los problemas de salud identificados. Establecer ese vínculo facilita que los actores sean pertinentes y se interesen por aportar o buscar información e ideas para la acción; por tanto, la discusión y el análisis sobre la situación de salud de los espacios-población resulta más apropiada y productiva; es decir, se trata de involucrar actores que conformen grupos de trabajo.

En las primeras aproximaciones no se trata de organizar una especie de “asamblea comunitaria”; la heterogeneidad de los participantes puede diluir los esfuerzos y descentrar el objetivo, la estrategia de convocar a una asamblea comunitaria podría utilizarse posteriormente con propósitos de divulgación de la situación de salud y retomar nuevas o más acciones de salud en el nivel local.

C. SEGUNDO MOMENTO: RECONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES DE SALUD

Este momento tiene como propósito identificar y describir las necesidades de salud del sector, priorizar y mapear las familias en el espacio población a cargo del equipo de salud.

Necesidades de salud

Se operacionalizan con indicadores que expresan situaciones particulares en cada una de las dimensiones de las condiciones de vida: **biológica, ecológica, económica y de conciencia y conducta**

Este momento se construye con tres pasos:

1. Descripción de las NECESIDADES DE SALUD, según la categoría de condiciones de vida (dimensiones) en el espacio población.
2. Identificación de las familias prioritarias, según necesidades de salud
3. Ubicación de las familias en el espacio-población o unidad geográfico-poblacional

1. Descripción de las necesidades de salud según la categoría de condiciones de vida en el espacio población

En este momento se interrelacionan variables de las cuatro dimensiones de la categoría de las condiciones de vida de la reproducción social de la sociedad (Castellanos, 1995). Estas dimensiones permiten **explicar las condiciones y determinaciones que genera la aparición de los problemas de salud.**

El primer paso

Se operacionaliza con indicadores que expresan las necesidades particulares en cada una de las dimensiones de las condiciones de vida (Anexo No. 2)

En ese anexo, a título de ejemplo, se propone un conjunto de indicadores cualitativos y cuantitativos. La recolección y análisis de esa información debería orientarse por los problemas de salud del espacio-población. Además, es una buena guía para reconocer muchas de las situaciones susceptibles de ser determinantes o condicionantes de la salud local.

Ese proceso permite contar con información sobre las necesidades de salud de los grupos sociales, en un mismo espacio-población.

Los indicadores seleccionados se consideran cruciales para efectuar dicho análisis, por lo que su consecución es importante. Los equipos de salud pueden y deben seleccionar o ampliar los datos y la información requerida, según su conocimiento de la realidad social y de la salud de su comunidad.

La mayoría de los datos pueden obtenerse en la ficha familiar de los registros de salud (REDES), de las fuentes de información locales (Instituciones, organizaciones de diverso tipo, etc). Además, se utilizan los datos procedentes del conocimiento popular y cotidiano de los actores sociales. Este conjunto de información es la que analiza el equipo de salud y los actores sociales, en la explicación de los problemas de salud.

2. Identificación de familias prioritarias

El segundo paso

Con posterioridad a la identificación de las necesidades de salud del sector, el paso por seguir es la priorización de las familias de mayores riesgos en salud del espacio-población (anexo 3).
--

A partir de la priorización de familias, es posible identificar los grupos que concentran mayores riesgos de enfermar y morir (familias priorizadas) que viven en espacios-población comunes, y los otros grupos sociales con menor riesgo que viven en espacios-población comunes.

Priorizar desde la perspectiva de la equidad en salud y del enfoque de las condiciones de vida, implica utilizar, **la norma en que la sola presencia de cualquiera de los indicadores mencionados en la unidad familia la declara en riesgo y, por lo tanto, debe ser priorizada.** Al igual que en el paso anterior el equipo puede considerar otros indicadores que se adapten a su realidad.

Esta priorización permitirá establecer la frecuencia y la intensidad de las acciones de salud, que deben programarse para las familias priorizadas en los grupos sociales. Pero también, se debe definir las acciones de salud para el resto de las familias del sector. Esto, con el propósito de asegurar la **equidad en las acciones de salud que brindan los servicios**.

En el Anexo mencionado, y a manera de guía **se sugieren algunos indicadores seleccionados** para operacionalizar este paso.

3. Ubicación de familias en el espacio geográfico

El tercer Paso

- Gráficamente, las familias priorizadas pueden ser ubicadas e identificadas en los espacios-población. Esto permite reconocer, a la vez, sus necesidades de salud en forma diferenciada. La construcción de un croquis con estas características visualiza el mapeo social; o sea, la distribución de las necesidades de salud y los problemas de salud del espacio-población.
- El reconocimiento geográfico, o sea **la elaboración del croquis** es un paso importante en el ASIS.
- El croquis permite obtener una imagen objetiva de la comunidad y posibilita configurarla: sus accidentes geográficos naturales y artificiales, las distancias, la orientación, los límites, las dimensiones, las vías de acceso y otros datos.

La ubicación de los grupos sociales según sus condiciones de vida (conjunto de familias) en el espacio geográfico, da como resultado el **mapeo social**. Instrumento gráfico en el que se identifican espacialmente las familias prioritarias, se visualizan los grupos sociales según sus condiciones de vida y se facilita la vigilancia de la salud en forma más eficiente y eficaz.

Res.	
Primer paso: Definición de necesidades de salud	Caracterización de necesidades de salud (Anexo 2)
Segundo paso: priorización de las familias.	Indicadores de riesgo familiar (Anexo 3)
Tercer paso: construcción del mapeo social.	Elaboración del Croquis

D. TERCER MOMENTO: RECONOCIMIENTO Y SELECCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

El tercer momento de la propuesta metodológica para construir colectivamente el ASIS tiene dos pasos:

1. Identificación de los problemas de salud.
2. Análisis y explicación de los problemas de salud.

1. Identificación de los problemas de salud

Este paso se relaciona con la identificación y caracterización de la **morbilidad y la mortalidad, u otras condiciones** en el área o sector de salud para obtener los problemas de salud.

La búsqueda de la información necesaria para caracterizarlos es tarea del equipo de salud y existen varias fuentes de información.

Ej

En los servicios de salud: registros de salud, el sistema de información local y de vigilancia epidemiológica, los expedientes de egreso hospitalario, los certificados de defunción y otros.

a. Eventos de interés

El primer elemento por obtener es la información relativa a la identificación y la cuantificación de las principales **causas de consulta** (casos, no episodios de atención) que se atendieron en los servicios de salud en el área o sector. De igual manera, es preciso considerar los **eventos sujetos a vigilancia epidemiológica**, incluida la morbilidad generalizada. Por otro lado, identificar las **causas de muerte** que se producen en el área de influencia de los servicios de salud.

b. Selección de las causas de morbilidad, mortalidad y otras condiciones

La selección de las causas de morbilidad, mortalidad y otras condiciones, puede hacerse por el criterio de **frecuencia en el espacio-población**. Se utiliza también el criterio de **causa evitable**, esta última tiene un gran potencial para abordar la salud con enfoque de equidad.

Además, las causas se seleccionarán haciendo uso del peso que tengan al distribuirse por **grupos etarios** (podría utilizarse la que se usa en la programación local, pero puede convenirse otra, si se necesita describir mejor un problema de salud), por **sexo y por ocupación** (cuando tenga implicaciones biológicas o sociales importantes), según las condiciones de vida, o sea, por los grupos sociales de pertenencia en sus propios espacios-población.

c. Temporalidad de la información

El período para la obtención de estos datos debe establecerse según las necesidades de planificación de los servicios de salud. No obstante, es conveniente, por lo menos, utilizar series de tres a cinco años consecutivos. La observación de tendencias en los fenómenos de salud es un criterio de selección de suma importancia y es estratégico para ubicar los espacios-población donde se producen.

d. Condición mínima

Se requiere del trabajo estadístico del equipo de salud para lograr la caracterización de la morbilidad, la mortalidad, las condiciones y lesiones para **convertirlas en problemas de salud**.

Solamente cumpliendo con esos elementos enumerados y con la utilización de datos propios y los de otras fuentes oficiales y populares, se estaría ante la presencia de problemas de salud. De lo contrario sólo se obtendría un perfil de enfermedades o causas de muerte; es decir, se estaría privilegiando el enfoque biólogo centrado en patologías.

Ej

Por frecuencia y espacio-población:

Las dos primeras causas de consultas de Banbuzal.
Las principales causas de muerte en niños del área o sector.

Por causa evitable e injusta:

La **desnutrición** en niños menores de 5 años en la Carpio.

Las **muertes por sarampión o diarrea** en niños menores de 1 año en Los Cuadros.

Las **muertes maternas** en la provincia de Limón

Por sexo y ocupación:

Las **muertes por intoxicaciones** por organofosforados en hombres de 30 a 40 años **trabajadores bananeros** de Matina.

Ej

Problema de salud son:

- **La desnutrición en personas mayores de 75 años en Tirrases.**
- **Las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 1 año en Guacimito.**

En estos casos, la desnutrición y la infección respiratoria por sí solas son **enfermedades** que se presenta; estas se convierten en **problema de salud** cuando se conoce a qué grupos etáreos afectan. Respecto del sexo, en estos casos no tiene ninguna implicación; en qué grupo social se produce, es decir el espacio-población, es muy importante para direccionar las acciones en abordajes integrales y para establecer la priorización.

- **Violencia doméstica en las mujeres que viven en pareja del barrio Santo**

En este caso no importa mucho la edad, el criterio que prevalece es el de evitable y el sexo (enfoque de género) y la ubicación del grupo social donde se produce.

- **El embarazo en adolescentes menores de 15 años en la comunidad El Milagro.**

En este caso, el criterio que prevalece es del ciclo vital (adolescencia), y además la edad es un factor importante por las implicaciones biológicas. La ubicación del espacio-población también es un criterio clave para conocer las implicaciones de tipo psicológicas y culturales. El factor cultural tiene peso, según se trate de una comunidad rural, en la que las niñas, tienen su iniciación sexual a tempranas edades, se perciben mujeres a temprana edad y el embarazo es una condición casi normal. No sucede lo mismo en grupos sociales más urbanos y en las ciudades.

Concl.

En resumen, los problemas de salud pueden seleccionarse por la combinación de cualquiera de los criterios señalados; el equipo de salud debe considerar cuáles criterios les son útiles para identificar problemas de salud en los espacios-población, con prioridad de atención integral y desde la perspectiva de la equidad.

2. Relación entre necesidades y problemas de salud en familias priorizadas y en el resto del sector

a. Análisis y explicación del problema de salud

Los problemas de salud requieren ser analizados individualmente. Esto es, que a cada problema se le debe efectuar el análisis correspondiente; conocer cómo las necesidades de salud (riesgos) determinan o condicionan la aparición de estos en el área o sector. Para establecer ese análisis se procede a utilizar alguna técnica, como el “árbol de problemas”¹¹

El análisis se elabora cuando se relacionan los determinantes pertinentes, según el nivel de la realidad en que se producen y las mediaciones, que se presentan en hechos o procesos para generar los problemas de salud; a su vez, se identifican las manifestaciones o efectos resultantes del problema de salud.

Para explicar los problemas de salud, se colocan los hallazgos según sean efectos (síntomas, manifestaciones) en la parte superior del árbol. Aquellos hallazgos en calidad de determinantes (causas), se ubicarán en la parte inferior del árbol (raíces).

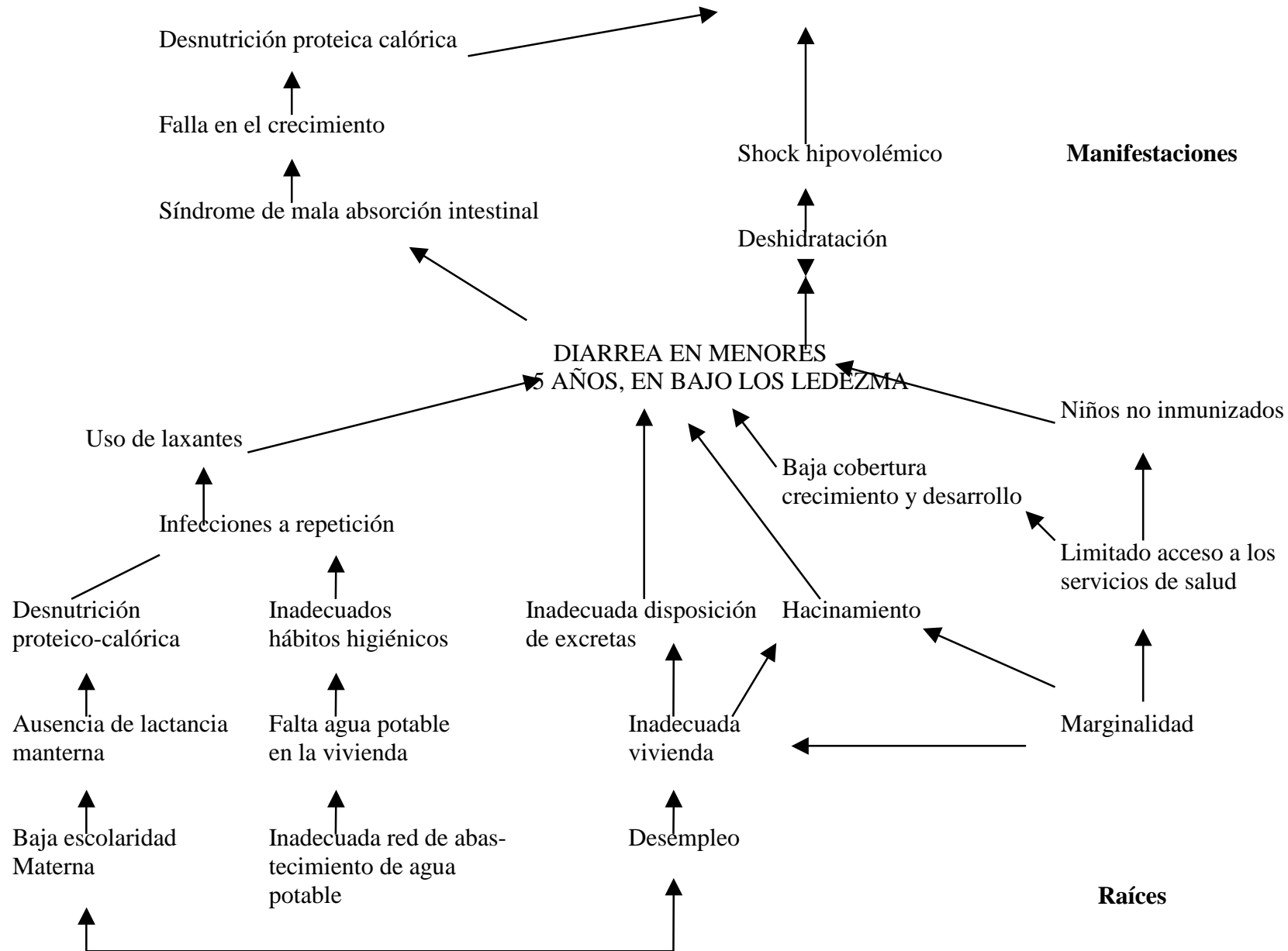
El análisis de la mitad inferior del árbol de problemas, facilita identificar las relaciones entre los determinantes reconocidos del problema de salud, conectando esas causas según su naturaleza y la influencia de unas sobre las otras.

¹¹ El “árbol de problemas” es una de las tantas herramientas que se utilizan para explicar problemas de diferente índole. En esta metodología se considera recomendable esta herramienta por la facilidad de su aplicación y fácil entendimiento; lo que permite la participación activa de los diversos actores sociales.

Esta conexión puede hacerse usando flechas (\longleftrightarrow) horizontales para conectar los condicionamientos que produce lo estructural, funcional o hecho; y flechas verticales (\downarrow \uparrow) para reflejar las determinaciones desde lo más estructural o “duro” de la realidad social hasta lo más funcional, procesos o hechos.

Desde esta lógica de explicación se construyen las raíces del problema con las determinantes, de abajo hacia arriba (vertical) y los condicionantes de derecha a izquierda (horizontal).

DIAGRAMA 3: ARBOL DE PROBLEMAS



3. Priorización de los problemas de salud.

La priorización de los problemas de salud se realiza en función de las necesidades de salud que permitieron visualizar las condiciones de vida de un espacio-población determinado. Todos aquellos problemas que se analizaron y explicaron darán la información necesaria para definir los espacios-población con sus familias y grupos sociales que requieren ciertas intervenciones de salud, su frecuencia, calidad e intensidad.

La priorización de los problemas de salud se puede establecer por:

- Existencia de determinantes sociales comunes entre varios problemas de salud; lo que puede asignar peso a las intervenciones que se programen.
- Debe tenerse presente que los problemas de salud al haber sido seleccionados y en función de las condiciones de vida que expresan los grupos sociales donde estos se producen, conllevan los criterios de priorización.

Ej

Los problemas de salud, como la diarrea, la desnutrición y la IRA, en niños menores de un año en "La Carpio", podrían expresar necesidades de salud comunes, es decir, determinantes comunes. Estas características ayudan a definir la prioridad.

Concl

Las necesidades de salud pueden repetirse en la explicación de varios problemas de salud. Esto es así, porque la realidad es compleja y los mismos determinantes producen efectos distintos; pero además, ese puede ser un criterio que se utiliza para priorizar sobre dónde y en qué actuar con las intervenciones en salud con carácter de integralidad.

E. CUARTO MOMENTO: DEFINICIÓN DEL ASIS Y DISCUSIÓN AMPLIADA CON LOS ACTORES SOCIALES

1. Papel del equipo de salud

El marco metodológico de este enfoque del ASIS supera el plano tradicional de la extrapolación de series cronológicas para construir escenarios epidemiológicos, con una concepción histórica y multidimensional.

El contenido de las sesiones con los actores sociales implicados para definir el análisis de situación de salud en el nivel local, requiere de una excelente conducción por parte del equipo de salud.

La sesión debe ser planificada en sus objetivos, actividades y tiempo, y en cuanto a las técnicas que utilizarán para procurar la participación de los actores sociales, etc.

El equipo de salud debe manejar con pericia la información relativa a los problemas de salud; y sobre las necesidades de salud de los espacios-población, que, además se complementará con la información de los actores sociales; es decir, estos participaran aportando otras informaciones subjetivas y cualitativas, de gran valor.

Ese conjunto de informaciones permitirá reconocer mejor la génesis de los problemas de salud, al tiempo que los involucrados en mejorar la situación de salud, se concientizan de las situaciones de salud de sus comunidades.

Es importante señalar, que para implementar el momento de la **Definición del ASIS**, es requisito haber desarrollado los momentos anteriores. Es decir, el análisis de las condiciones de vida de los espacios población donde se producen los problemas de salud, la caracterización y el análisis propio de los problemas de salud, así como el análisis de los recursos comunitarios y de los servicios de salud locales.

2. Conducción de la Discusión Ampliada

Ejemplos de preguntas para orientar la discusión ampliada

- ¿Qué y cuáles necesidades de salud se encuentran presentes en las familias priorizadas, y en el resto del sector? Cuáles podrían favorecer que ciertas enfermedades persistan como causa de morbilidad o de mortalidad en un grupo social?
- ¿Se concentran estas patologías en las familias prioritarias?
- ¿Cuáles necesidades de salud se repiten por grupo?
- ¿Cuáles manifestaciones se repiten por grupo?
- Otras preguntas que el equipo de salud considere oportunas y pertinentes.

3. Definición del ASIS

- › Identifica las **necesidades** de salud: (Raíces del problema de salud) que se repiten en cada uno de los problemas de salud explicados y que dan origen a acciones de promoción y prevención.
- › Identifica aquellas necesidades de salud que se pueden resolver con los **recursos** comunitarios. Esto debe hacerse por consenso con los actores sociales participantes y da origen a la planificación de intervenciones interinstitucionales; y/o intersectoriales, además, se identifican aquellas que trascienden los recursos comunitarios y por tanto implican acciones a nivel provincial o nacional.
- › Identifica las manifestaciones que más se repiten en cada uno de los **problemas** de salud y da origen a la priorización de acciones de salud.
- › Identificar aquellas manifestaciones que pueden ser **resueltas** localmente por los servicios de salud o en coordinación con otros niveles de atención del sistema de salud.

Concl

El proceso de discusión y reflexión sobre los hallazgos obtenidos se alimenta de la experiencia, los conocimientos y los valores individuales y colectivos de los actores sociales involucrados en el ASIS. Esto puede revelar aspectos de gran poder explicativo y de ejecución de acciones y proyectos.

Además, es parte de la definición del ASIS contrastar la respuesta de los servicios de salud y otros actores individuales y colectivos, ante las necesidades y problemas de salud de las familias priorizadas y los determinantes que explican esos problemas de salud identificados en el área o sector.

F. QUINTO MOMENTO: DEFINICIÓN DE ÁMBITOS DE COMPETENCIA

Este momento metodológico forma parte de la Discusión Ampliada con actores sociales, en que se analizan los problemas de salud, para luego establecer las responsabilidades de los distintos actores sociales según la naturaleza de los determinantes respectivos, que deben ser considerados y las manifestaciones que se derivan de los problemas de salud que es preciso atender.

Por razones didácticas ese momento se coloca por separado, de hecho es el último momento del ASIS, que será el punto de partida para luego realizar el control y la evaluación respectiva.

1. Para los servicios de salud y otros sectores

La explicación y el análisis de los problemas de salud permite la identificación de los determinantes sociales de la salud local, su importancia y naturaleza. Esto, se convierte en insumo para las acciones e intervenciones de promoción de la salud que asumen los servicios de salud; a la vez, posibilita reconocer las que pertenecen a otros sectores o actores sociales para generar acciones intersectoriales.

Es importante recordar que los servicios de salud no pueden resolver todos los problemas asociados a los determinantes sociales por su carácter interdisciplinario y de abordaje interinstitucional; corresponde a los servicios de salud del nivel local ejercer el liderazgo para denunciar las situaciones que afectan la salud e involucrar a los actores sociales que con la participación activa, y desde sus instituciones, organizaciones o grupos, interpongan los recursos necesarios y eficaces.

Por otro lado, las manifestaciones del problema que, en su mayoría van a ser de tipo médico o biológico, también se convierten en insumos para definir las acciones de índole preventiva que corresponden al primer nivel de atención y las curativas propias de este; o bien, las que se definan como acciones de coordinación con los otros niveles de atención del sistema de salud.

Por tanto, este momento del ASIS es clave para deslindar responsabilidades, dar especificidad e integralidad al trabajo por la salud local.

2. Conducción del momento

Ej.

Preguntas para definir ámbito de competencia

- ¿Quién tiene ingerencia en la solución de riesgos a la salud, qué actores sociales están involucrados?

De acuerdo con los datos y el análisis obtenidos en el ASIS local:

- ¿Qué estrategias y acciones debería desarrollarse desde la perspectiva de la atención integral?
- ¿Qué estrategias y acciones deberían desarrollarse desde la perspectiva de la participación social?
- ¿Con cuáles actores sociales y en qué aspectos se establecería la ejecución y coordinación con acciones en salud?
- Otras preguntas que el equipo de salud considere oportunas y apropiadas

3. Opciones estratégicas

El reconocimiento participativo de la situación de salud en cada nivel local, promoverá la definición conjunta de **opciones estratégicas para los servicios de salud y para los demás actores sociales**, así afrontar las necesidades y problemas de salud.

4. Presentación del informe del ASIS

Los diferentes equipos de salud deben definir claramente la estructura y contenido del informe del ASIS. Es importante reflejar el proceso que se ha desarrollado, tanto en lo metodológico como en las características de la participación social.

Algunos elementos que deben estar presentes son los siguientes:

- Características del contexto espacio – población
- Necesidades de salud del espacio – población
- Selección de espacios población, según problemas de salud
- Problemas de salud caracterizados (anexar “árbol de problemas”, si se usa esa técnica)
- Explicación sistematizada de la relación entre necesidades de salud y problemas de salud.
- Definición de ámbitos de competencia con la mención de las opciones estratégicas, y los actores sociales involucrados.
- Otros elementos que contribuyan a enriquecer el ASIS local definido por el grupo

Concl

Se deben identificar las responsabilidades y la actuación, tanto de los servicios de salud como el de otras instituciones del área o sector de salud; así como de nivel nacional.

RESUMEN DE LA SEGUNDA UNIDAD

Momentos Metodológicos del ASIS

A. Identificación y convocatoria de Actores Sociales (Primer momento)

- a) Selección de actores sociales
- b) Convocatoria e involucramiento de los actores en el proceso.

B. Identificación de las necesidades de salud (Segundo momento)

- a) Descripción de las necesidades por dimensión
- b) Identificación de familias prioritarias.
- c) Ubicación de las familias en el espacio geográfico (croquis y mapeo social)

C. Reconocimiento de los problemas de salud (Tercer momento)

- a) Identificación de los problemas de salud del sector:
 - Principales causas de morbilidad, lesiones. condiciones en consulta externa y las reportadas para vigilancia epidemiológica.
 - Contextualización en el grupo social
 - Identificación de egresos por grupos etáreos y por causas
 - Identificación de causas de muerte por edad y grupo social
- b) Relación entre necesidades y problemas de salud (árbol de problemas) en cada grupo

D. Discusión ampliada con otros actores sociales (Cuarto momento)

Este análisis debe realizarse con cada uno de los tres los problemas de salud (o los que el EBAIS, decida) según su frecuencia son:

- a) Identificación de las raíces del problema de salud o sea riesgos o necesidades de salud.
- b) Identificación de las manifestaciones o efectos para cada uno de los problemas.
- c) Identificación de las necesidades de salud: (raíces del problema de salud) que se repiten en cada uno de los problemas de salud.
- d) Identificación de las manifestaciones o efectos que más se repiten en cada uno de los problemas de salud.

E. Definición de los ámbitos de competencia (Quinto momento)

- a) De los servicios de salud e instituciones del sector
Identificación de aquellas necesidades de salud, riesgo y manifestaciones que pueden ser resueltas localmente por los servicios de salud o en coordinación con otros niveles de atención del sistema de salud.
- b) Instituciones de otros sectores
Identificación de aquellas necesidades de salud y manifestaciones que se pueden resolver con los recursos locales. Esto debe hacerse por consenso con los actores sociales participantes

Referencias bibliográficas

BARRENECHEA, Juan José y otros, **Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. Salud para todos en el año 2000.** Editorial Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 1990.

CASTELLANOS, P.L., **Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar.** Programa Análisis de Situación de Salud y sus Tendencias. OPS/OMS. Washington D.C.. 1991.

CASTILLO, Alcira, Sáenz, Rocío, Céspedes, Virginia, López, M.E.. **Análisis de Situación de Salud para el sector salud de los EBAIS.** Editorial EDNASSS. San José, Costa Rica. 2000.

CASTILLO, Alcira y otros. **Sistema de Información en Salud.** Módulo No. 7. Serie Administración de Sistemas Locales de Salud, Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. 1988.

C.C.S.S. -MINISTERIO DE SALUD, **Normas de Atención Integral de Salud, Primer Nivel de Atención,** Costa Rica 1995.

C.C.S.S., **Memorias del Taller para Revisión del ASIS,** PASP- Gerencia de Modernización y Desarrollo, 2000

DEMING, W. Edwards. **Qualidade a Revolucaõ do Administracaõ.** Ed. Márquez Saraiva S.A. Río Janeiro, Brasil. 1990

KADT, E, TASCAR, R.. **Promover la Equidad: Un Nuevo Enfoque Desde el Sector Salud.** OPS/OMS. (Serie Salud en el Desarrollo). Washington D.C. 1973.

KESSNER, David M. A **Strategy for evaluating Health Services.** Institute of Medicine. National Academy of Sciences. Washington D.C. 1973.

MINISTERIO DE SALUD, **Análisis de la Situación de Salud, Propuesta Metodológica.** San José, Costa Rica, América Central, 1994.

MORICE, Ana (editora), **Módulo Epidemiología Local,** INCIENSA-CDC diciembre 2000

O.P.S./O.M.S., **Promoción de la salud y equidad en la transformación productiva.** División de Promoción y Protección de la Salud.. Washington D.C. 1993.

O.P.S./O.M.S., HSD. **La Administración Estratégica**. Washington D.C. 1992

O.P.S./O.M.S., **Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS)**, Boletín Epidemiológico, Vol 20. 20 No. 3, septiembre 1999

PINEAULT R, Daveluy C. **La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos y Estrategias**. Ed. Barcelona: Masson, S.A.; 1988.

PURCALLAS, D. **Transformación Estratégica en Recursos Humanos en Salud**. San José: PASCAP; 1992. (Publicación Especial).

ROVERE, Mario. **Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud**. Washington D.C.: OPS/OMS; 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96).

SAENZ, Lenín, **Cantones Prioritarios en Salud**, Documento Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.

VASCO URIBE, A. **Proceso Salud Enfermedad**, en curso modular de Epidemiología. Facultad de Salud Pública, Medellín, Colombia. 1991

WHITEHEAD, M. **Los Conceptos y Principios de la Equidad en Salud**. (Serie Tradiciones No.1) Washington D.C.: OPS/OMS; 1991.

De la Autora

Alcira Castillo Martínez

Actual Directora de la Escuela de Salud Pública, trabajadora social, socióloga, docente e investigadora de la Facultad de Medicina desde 1976, Maestría en Salud Pública con énfasis en Administración de registros médicos y sistemas de información; Maestría Académica en Sociología Política. Con amplia experiencia en la coordinación académica de programa de capacitación en servicios con metodología de educación a distancia, en especial en el Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud.

Autoridades Institucionales

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

Presidencia Ejecutiva
Gerencia médica
Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

CENDEISSS

DR. ARTURO BOZA ABARCA
Director Ejecutivo

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA
Coordinadora
Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Dra. Yamileth González García
Rectora

DRA. MARÍA PÉREZ YGLESIAS
Vicerrectora de Acción Social

DRA. MONSERRAT SAGOT
Decana a.i.
Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ
Directora
Escuela de Salud Pública

DRA. ILEANA VARGAS UMAÑA
Directora
Maestría en Salud Pública

Anexo No. 1

TÉCNICAS PARTICIPATIVAS

TIPOS DE TÉCNICAS Y PARTICIPACIÓN

A. ASAMBLEA O FORUM COMUNITARIO

Es una convocatoria abierta a la población objetivo, con base en un temario preestablecido. Esta técnica suele ser útil para lograr amplios consensos cuando las discrepancias no son exageradas y cuando los intereses contrapuestos no resulten irreconciliables. Por ello, las asambleas sólo deben utilizarse como técnica de indagación, con objetivos muy precisos y solamente cuando hay suficientes indicios para asumir que el grado de homogeneidad y compromiso de los participantes, permitirá una adecuada fluidez.

Entre sus principales limitaciones está la autoselección de los participantes, lo cual obliga a valorar altamente a los ausentes. Otra limitación es que dentro de la asamblea se ponen en juego relaciones de autoridad y respeto que inhiben la participación de muchos presentes.

Por todo ello, las reglas de juego deben estar perfectamente establecidas y el EBAIS debe abstenerse de conducir la asamblea. Ello introduce un elevado riesgo de reacción en bloque, aislando y confrontando al extraño. Es preferible que la población utilice sus mecanismos habituales de convocatoria y conducción. Si ello no es posible, entonces conviene promover como conductores a personalidades reconocidas (actores sociales) de la población que no representen figuras conflictivas y gocen de autoridad reconocida.

Se debe recordar la importancia de observar y registrar todo hecho o comentario relacionado u ocurrido en el marco de la asamblea, aún cuando no haya sido planteado o conocido por el plenario de asistentes.

Esta técnica sólo deber emplearse junto a otras y, básicamente, para buscar soporte de consenso o para validar, con una variedad mayor de opiniones, las conclusiones obtenidas por otros procedimientos.

B. GRUPO NOMINAL

Esta técnica, introducida en la planificación por Delbecq y colaboradores, incorpora un proceso inicial de reflexión silenciosa. Intenta así superar las dificultades de participación en grupo y favorecer la concentración en las tareas propuestas. Los miembros del grupo en esta fase, no se comunican entre si y sólo conocen sus nombres. Los participantes deben tener interés en el tema y en la técnica, además de haber sido seleccionados por su calidad. Cada grupo no debe tener más de 6 ó 7 miembros, voluntarios y a título personal, no representativo.

Antes de la reunión, debe establecerse su objetivo y el nivel de abstracción o especificidad que se investiga. Esto debe ser conocido por los participantes. Conviene, para ello, hacer una prueba piloto de las preguntas para conocer las opciones de respuesta. Durante la sesión de trabajo se cumplen 5 etapas sucesivas:

1. **Fase Escrita Individual:** Dura unos 10 a 15 minutos y, durante ella, se anima a los participantes a escribir las ideas que le surgen naturalmente, en relación con las preguntas formuladas. No se deben dar sugerencias de respuestas.
2. **Fases de Enunciado de las Ideas:** Cada participante debe enunciar una de las ideas que anotó: la que considere más importante. Se escribe en un lugar visible para el grupo se solicita una idea a otro participantes y, así sucesivamente, rotándose hasta que se agotan las ideas anotadas por todos. Se pueden agregar nuevas ideas no anotadas originalmente, pero no deben hacerse comentarios, ni discusión, ni reagrupación de las ideas expresadas. Debe usarse sólo el lenguaje de los participante, y que ellos mismos las anoten. No debe pasarse de los 60 minutos.
3. **Fase de Discusión:** En esta etapa se busca aclarar, añadir o eliminar ideas. Se puede, pero no es obligatorio, justificar la elección de las anotadas. Se discute ordenadamente la lista y se pueden reagrupar o jerarquizar, si hay consenso.
4. **Fase de Votación:** Si pide a cada participante que seleccione 5 ideas, según el acuerdo previo, con base en los criterios de importancia que pueden haber sido escogidos por el EBAIS investigador o por el grupo. Se anotan en orden de importancia, y se les da una valoración numérica. Todo este proceso es individual y anónimo. Luego, se hace el escrutinio y ordenación de lo votado.
5. **Discusión Final:** En esta fase, que puede ser innecesaria a veces, se discuten los resultados de la votación y se reafirma el consenso de los participantes.
Algunos autores han discutido críticamente esta técnica, señalando que existe el riesgo de la superficialidad de las ideas presentadas. Por otra parte, el proceso de ordenamiento y votación obliga a desechar posiciones extremas que podrían ser ideas innovadoras. El proceso es altamente estructurado y ello puede crear la sensación de ser manipulados y suscitar conflictos. Por todo ello un agente extremo podría tener mejores posibilidades de facilitar la sesión que un líder local, como lo proponen algunos propulsores de esta técnica. Por todas estas limitaciones, pareciera que este procedimiento funciona mejor cuando se plantea una sola pregunta y las respuestas tienen una variedad limitada.

C. GRUPO DELPHI (O DELFOS)

Esta técnica ha sido utilizada extensamente para ejercicios de prospectiva en planificación estratégica y se han producido numerosas variantes. Es una técnica de validación por consenso que ha sido utilizada tanto para la precisión como para la medición. Sus dos características básicas son:

1. Los integrantes del grupo nunca se juntan y, en algunas variantes, ni siquiera se conocen. Pero es importante que cada participante sienta respeto por la opinión de los otros, además de tener un compromiso importante con la tarea propuesta.
2. El trabajo se hace por aproximaciones sucesivas. Así, después de cada ronda, en la cual se ha pedido a todos los participantes que anoten su apreciación, estas se hacen circular entre todos y se realiza, posteriormente, una nueva ronda para recoger las opiniones personales.

Así, se continúa hasta que se considera que ya no se avanza hacia un consenso mayor. Una variante, cuando se trata de respuestas cuantitativas, es que el EBAIS, luego de cada ronda, además de hacer conocer la serie de respuestas, incorpore medidas con porcentajes, promedio y “nada”, lo cual ayuda a evidenciar el progreso hacia el consenso.

Anexo No. 2
DIMENSIONES Y VARIABLES PROPUESTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN
DE LAS NECESIDADES DE SALUD SEGÚN CATEGORÍA DE CONDICIONES DE VIDA

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
BIOLÓGICA	1). Edad y Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución por grupos de edad, sexo, sector. • Por <1a, 1-4a, 5 a 9a ,10-4a, 15-19a, 20-24a, 25-29a, 30-34a, 35-39a, 40-4a, 45-49a, 50-54a, 55-59a, 60-64a, 65-69, 70 y más. 	Ficha Familiar
	2). Natalidad	<ul style="list-style-type: none"> • N° Nacidos en un año. 	Compromiso de gestión
	3). Fecundidad	<ul style="list-style-type: none"> • N° Nacidos vivos en un año entre total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años). 	
	4). Embarazo en adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazadas menores de 15 años entre el total de embarazadas. 	Instituto Nacional de Estadística
	5). Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Número de personas con discapacidad física y mental con limitación funcional severa. 	
	6). Calidad del Crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • % de niños menores de 6 años con desnutrición leve, moderada y severa. • % de recién nacidos con peso al nacer <2,5kg y de 2,5kg a menor de 3kg 	REDES hospital
	7). Mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> • N° total de defunciones causa y por grupo de edad. 	CEN-CINAI

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN Informantes Clave
8). Envejecimiento de la población		<ul style="list-style-type: none"> • Nº de niños < 1año fallecidos por causa y tipo de asistencia • Nº de muertes maternas por causa y tipo de asistencia Médica. • Nº de muerte < 5 años y mayores de 65 años. • Población mayor de 60 años / población total. 	Comisión local de Mortalidad Infantil
9) Morbilidad		<ul style="list-style-type: none"> • 10 primeras causas de egreso hospitalario • 10 primeras causas de consulta externa • 5 primeras enfermedades de notificación obligatoria • Tipos de brotes epidémicos en los últimos 6 meses • Intoxicaciones por plaguicidas en los últimos 6 meses 	Comisión Nacional de Mortalidad Materna

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
ECOLÓGICA	1). Condiciones Laborales	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de Incapacidades por enfermedad o tipo de accidente laboral total de incapacidades • Tres primeros tipos de accidentes y/o enfermedades laborales más frecuentes • Tres tipos de riesgos laborales más frecuentes por la actividad laboral predominante en la zona. 	REDES
	2). Condiciones Ecológicas del Microambiente	<ul style="list-style-type: none"> • % de Vivienda según tipo de abastecimiento de agua. • % de Vivienda según tipo de Disposición de Excretas • % de Viviendas según tipo de disposición de basura • . % de Vivienda con electricidad. • . % de Vivienda con aguas estancadas peridomiciliarias. • Amenazas naturales del área geográfica poblacional 	Médicos de empresa Informantes Clave
	2.1). Condiciones de la vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones generales de la vivienda: Buena, Regular o Mala • Hacinamiento: Nº de habitantes por vivienda % de viviendas sin dormitorios • No. de viviendas según ubicación urbano-rural • Tipo de tenencia de la vivienda 	Ficha Familiar Ficha Familiar

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
3).	Condiciones Ecológicas del Macroambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo y localización de fuentes de contaminación del agua. • Otro tipo de contaminación importante del aire o suelo. • Identificación de zonas de amenaza de desastres naturales: <ul style="list-style-type: none"> -Inundación -Deslizamientos -Volcanes -Sismos • Caminos y carreteras de alto accidentabilidad. • Vías comunicación, según tipo. • Otras comunicaciones según tipo • Identificación de zonas inundables periódicamente 	<p>Mapas de Amenazas Comisión Nacional de Emergencias</p> <p>Mapas de Riesgos Ambientales</p> <p>Comisión Local de Emergencia</p>
4)	Plaguicidas	<ul style="list-style-type: none"> • No de establecimientos que expenden plaguicidas • Kg. de plaguicidas consumidos por año 	

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
ECONÓMICA	1). Empleo	<ul style="list-style-type: none"> Fuentes de empleo según tipo (servicios, fábricas, plantaciones de café, banano, etc.) Población menor de 15 años que trabajan por tipo y por sexo. Principales tipos de ocupaciones en el sector. % de desempleo en población económicamente activa por sexo: 	Informantes Clave
	2). Razón de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> Población menor de 15 años + mujeres en edad fértil sin trabajo remunerado + desempleados + población mayores de 65 años total de ocupados. 	
	3). Educación	<ul style="list-style-type: none"> % población mayor de 12 años analfabetos o sin haber asistido a la escuela, por sexo. % población con primaria incompleta por sexo. % población con primaria completa por sexo. % población con secundaria incompleta por sexo. % población con secundaria completa por sexo. % población con estudios técnicos o superiores por sexo. % de niños de 7 - 13 años sin asistir a la escuela por sexo. Nº de escuelas y Nº de Docentes en el sector según privados o públicos. Nº de colegios y Docentes en el sector, según sea privado público. % de repetición y deserción escolar por sexo. Total de matrícula escolar y colegial. % de niños de 5 a 6 años en educación preescolar. 	<p>Oficina Local del PANI</p> <p>Ficha Familiar</p>

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> • Matrícula total de Preescolar. • Existencia de aulas diferenciadas. • Matrícula en aulas diferenciadas por edad. • % de niños menores de 6 años que asisten al CEN-CINAI 	<p>MEP (Local)</p> <p>CEN-CINAI</p>
	<p>4). Servicios de Salud</p>	<p>Cobertura de consulta externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de población asegurada por tipo • Índice de morbilidad (total de consulta de morbilidad entre total población) • Concentración de consultas (total de consulta externa entre total de población). <p>Cobertura de consulta preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nº consulta de 1 vez de crecimiento y desarrollo entre población de 0 a 6 años. • Nº consulta de 1 vez de Prenatal entre total de embarazadas. • Nº consulta de 1 vez de Planificación Familiar entre Mujeres en edad fértil. <p>Concentración de consultas preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total de consulta de crecimiento y desarrollo en niños menores de 1 año entre Población menor de 1 año • Total de consulta de crecimiento y desarrollo en niños de 1 a 6 años entre Población de 1-6 años • Total de consultas de Atención Prenatal entre total de gestantes. • Total de consulta de planificación familiar entre total de mujeres en edad fértil 	<p>REDES (Área de salud)</p>

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN REDES (Hospital)
		<ul style="list-style-type: none"> • % de niños con Desnutrición leve, regular o severa cubierto por programas de alimentación complementaria o con atención en los CEN-CINAI • % de mujeres de 16-49 años con citología en los últimos 3 años. • % de mujeres de 50 y más años con citología en los últimos 3 años. 	REDES (Región)
	5) Atención de Salud en Escuelas	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio de visitas a Escuelas (Nº de visitas a Escuelas en el año entre total de escuelas). • Índice CPO-D en niñas y niños escolares 	
	6). Otros Servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de consultorios médicos privados, de medicina tradicional, homeopáticos o acupunturistas. • Nº de consultorios odontológicos y de empíricos. • Nº de Médicos en el Sector • Nº de Odontólogos en el Sector • Cobertura de Inmunizaciones (esquema completo) en niños de menos de 1 año; 1,2,3,4 años y de 5 a 9, de 10 a 14 años. • Cobertura de DT en mujeres embarazadas. • Existencia de plan de reducción de riesgos a desastres. • Nº Hogares de ancianos en la comunidad • Nº Guarderías en la comunidad • Nº Hogares Comunitarios 	<p>Programa de Nutrición del Ministerio de Salud</p> <p>Informe de inmunizaciones</p> <p>Municipalidad</p>
	7). Migración	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de fuentes de trabajo temporal con mano de obra extranjera • Nº y % de población indocumentada atendida. • Número de sitios identificados para albergues temporales. 	Servicios de Salud

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
REPRODUCCIÓN DE CONCIENCIA Y CONDUCTA	1). Tipo de Familia	<ul style="list-style-type: none"> • No y % Hogares con mujer jefe de familia • % Familias extendida (núcleo familiar donde convive otros parientes, como abuelos, tíos, etc. 	Ficha Familiar
	2). Medicina alternativa	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de costumbres relacionadas con la atención de la salud. • Práctica de administración de purgante en caso de diarrea o “pega”. • Uso de la homeopatía. • Uso de la acupuntura. 	
	3). Creencias y Prácticas Religiosas.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de religión predominante. • Existencia de prácticas de brujerías, magia negra. • Creencia en el “mal de ojo”. • Existencia de religiones o sectas con prácticas de “Sanación”. • Líderes de sector activos en el sector que “Sanan”. 	Asistente Técnico en Atención Primaria en Salud (ATAP)
	4). Violencia Doméstica.	<ul style="list-style-type: none"> • Formas toleradas de castigo a los niños (en la comunidad). • Número y porcentaje de niños, mujeres, ancianos maltratados o agredidos. 	Informantes Clave (hombre y mujer)
	5). Adicción	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de alcohólicos o drogadictos en el sector. 	

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> • Nº de cantinas en el sector. • Tabaquismo en menores de 15 años y de 15 a 19 años • Venta de alcohol y tabaco libre a menores de edad. 	IAFA
6).	Sexualidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad aceptable para que una mujer inicie la vida en pareja. • Edad aceptada para tener hijos en mujeres y hombres. • Percepción sobre la Planificación Familiar. Preguntar por ejemplo: En la relación de pareja, ¿quién decide sobre la planificación familiar? ¿Cuándo se debe iniciar la planificación familiar? • Nº de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos. • Nº de programas de educación sexual • Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por población. 	Alcohólicos Anónimos
7).	Recreación	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos y lugares de recreación: <ul style="list-style-type: none"> - Canchas de fútbol - Centros recreativos: pools, piscinas y otros, uso que hace la población de ellos. 	Municipalidad
8).	Organización comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de comité de salud, asociación de salud, junta de salud. <p>Existencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comités de nutrición • Asociación de Desarrollo. • Grupos Religiosos. • Comités políticos partidistas. • Organizaciones sindicales. • Junta de Educación 	Ministerios de Salud
			REDES

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> • Proyectos comunales en general. • Plan de ordenamiento territorial • Comités locales de emergencia • Proyectos comunales relacionados con salud. • Alcohólicos Anónimos • Neuróticos anónimos • Nº ONG por tipo • Nº de mujeres líderes por tipo de organizaciones • Grupos de adolescentes y tipo de organización 	<p>EBAIS</p> <p>MEP</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>ONG</p> <p>Municipalidad</p>

Fuente:

Anexo No. 3

Indicadores seleccionados sugeridos para la identificación de familias prioritarias, según las dimensiones de condiciones de vida

DIMENSIONES	INDICADORES
Ecológica:	Vivienda <ul style="list-style-type: none">• Mala condición de la vivienda• Hacinamiento: vivienda sin dormitorio• Vivienda sin agua intradomiciliar• Vivienda sin servicio sanitario, o compartido con otra vivienda, o letrina en mal estado
Económica:	a. Servicios de Salud <ul style="list-style-type: none">• Niños sin 3ª dosis DPT y Polio en menores de un año en la familia• Niños menores de 6 años con esquema de vacunación incompleto• Embarazadas sin control Familia no asegurada o parcialmente asegurada
Biológica:	b. Educación <ul style="list-style-type: none">• Madres analfabetas o con menos de 3 años de estudios primarios• Niños de 5 a 12 años que no asisten a la escuela<ul style="list-style-type: none">▪ Niños menores de 6 años con desnutrición moderada o severa• Muertes de menores de un año acontecidas en el último año• Adolescente embarazada (con o sin control)• Incapacidad física o mental (de la jefa o jefe de hogar) con limitación funcional severa• Alcoholismo o cualquier adicción en algún miembro de la familia.
De conciencia y Conducta:	<ul style="list-style-type: none">• Violencia doméstica

Fuente: Módulo de ASIS en el nivel Local, versión 1997

ANEXO 4

**Diagrama No 4
ARBOL DE PROBLEMAS
ANÁLISIS DE PROBLEMAS DE SALUD**

