



PERÚ

Ministerio
de Salud

años
MINISTERIO
DE SALUD



Metodología para el análisis de situación de salud local

DOCUMENTO TÉCNICO







PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección General
de Epidemiología

Metodología para el análisis de situación de salud local

DOCUMENTO TÉCNICO

Lima, Perú
Setiembre 2015

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD LOCAL

DOCUMENTO TÉCNICO

Documento elaborado por:

Med. Alfredo Enrique Oyola García

Colaboradores:

Med. Aquiles Vílchez Gutarra

Antrop. Helen Palma Pinedo

Revisado por:

Med. William Valdez Huarcaya

Med. Margot Vidal Anzardo

Med. Martín Yagui Moscoso

© MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

Dirección General de Epidemiología

Jr. Daniel Olaechea Nro. 199 - Jesus María, Lima 11. Perú

Teléfono: (511) 631-4500

Página web: www.dge.gob.pe

Diseño e impresión:

Burcon Impresores y Derivados S.A.C

Francisco Lazo 1924 - Lince, Lima Telf: 470-0123

Primera edición, setiembre 2015

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°

2015-13470

ISBN: 978-612-4222-20-7

Tiraje: 3000 ejemplares



MINISTERIO DE SALUD

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA

Ministro de Salud

PERCY LUIS MINAYA LEÓN

Viceministro de Salud Pública

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

MARTÍN YAGUI MOSCOSO

Director General

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INTELIGENCIA SANITARIA

MARGOT VIDAL ANZARDO

Directora

WILLIAM VALDEZ HUARCAYA

Jefe de Equipo de Análisis de Situación de Salud

AGRADECIMIENTO

La Dirección General de Epidemiología expresa su reconocimiento y gratitud al Dr. Luis Robles Guerrero, Asesor de la Secretaría General del Ministerio de Salud, por los importantes aportes realizados durante la revisión de este documento normativo.

PRESENTACIÓN

El análisis de la situación de salud es una herramienta fundamental para la planificación, la gestión en salud, la priorización de los principales problemas de salud y sus determinantes sociales, así como para la orientación de estrategias interinstitucionales. Además, representa una parte de la responsabilidad rectora que el Estado tiene en materia de salud.

Es un desafío para el Ministerio de Salud del Perú realizar este análisis en el nivel local (provincial y distrital) a través de un trabajo armónico entre el sector salud y los gobiernos locales en el marco de la actual “Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública” y la reforma en el sector Salud con la finalidad de lograr la mejora de las condiciones de salud. Además, es una necesidad básica para el planeamiento en la implementación de la Red Integrada de Atención Primaria de Salud.

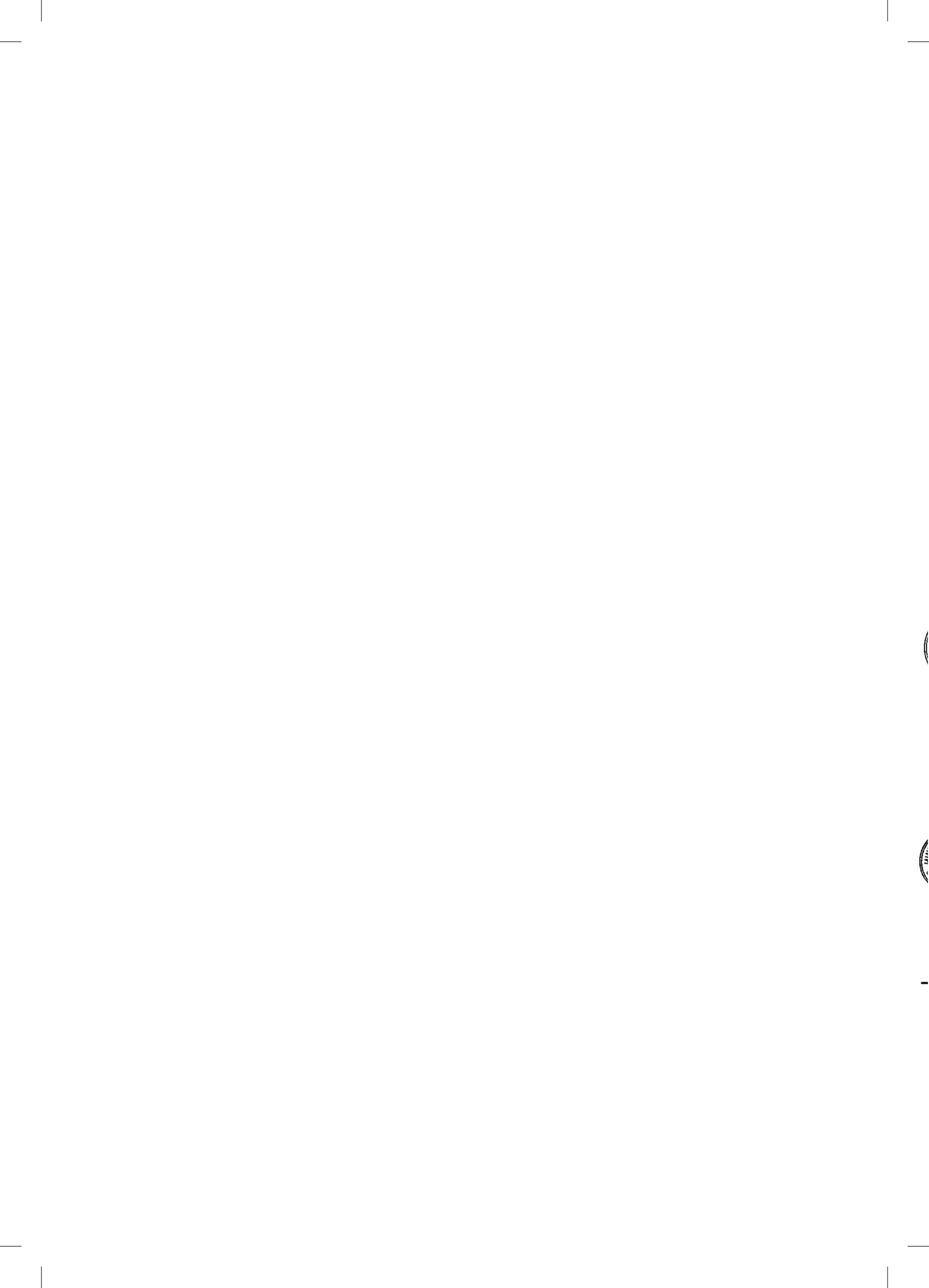
Desde el año 2011, la Dirección General de Epidemiología propone la metodología para el Análisis de la Situación de Salud Local, aprobada con R.M. N°329-2011/MINSA. Sin embargo, en el marco de su implementación y luego de la evaluación del proceso de transferencia metodológica en los diferentes departamentos del país, era necesaria su modificación para lograr su óptima utilización.

En este sentido, el actual documento técnico para el ASIS local propone un enfoque territorial para el análisis de desigualdades e inequidades en salud. Asimismo, se han agregado dos procesos importantes para el nivel local: a) el análisis integrado mediante el cual se busca determinar las posibles explicaciones (causas, factores o determinantes sociales) para los problemas priorizados con aporte de los actores sociales; y, b) el planteamiento de líneas de acción desde la mirada de los actores sociales directamente involucrados.

También, introduce la metodología cualitativa como una de las herramientas fundamentales para el proceso de recojo de información en el nivel local, debido a que la información disponible no tiene ese nivel de desagregación (comunidades), es limitada (indicadores básicos) o está desactualizada (censos). Además, describe las técnicas para el trabajo con la comunidad con el objetivo de recoger información, priorizar y describir las causas de los problemas, así como establecer las líneas de acción con los aportes de los actores sociales clave.

Esperamos que el presente documento nos ayude a generar evidencias para la toma de decisiones en salud pública y la gestión de políticas públicas oportunas y sostenibles -con impacto en la salud de la población peruana y el desarrollo social- por parte de los gobernantes, sociedad organizada, políticos, capital humano y proveedores de salud en los ámbitos locales, regionales y nacionales.

Med. Aníbal Velásquez Valdivia
Ministro de Salud





Resolución Ministerial

Lima, 17 de Julio del 2015

Visto, el Expediente N° 14-109245-001 que contiene el Memorandum N° 990-2015-DGE-DIS/MINSA, de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 123 de la precitada ley, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el literal a) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que es función rectora del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;

Que, los literales a) y b) del artículo 57 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, establece entre otras funciones de la Dirección General de Epidemiología, el diseñar, normar y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, en el ámbito nacional, así como diseñar, normar y conducir el proceso de análisis de la situación de salud para la determinación de prioridades sanitarias, como base del planeamiento estratégico en salud;



A. Velásquez



F. MINAYA



S. RUIZ Z.



M. YAGUI M.



J. Zavala S.

Que, los literales b) y c), del artículo 59 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N°023-2005-SA, señala que la Dirección General de Epidemiología, a través de la Dirección de Inteligencia Sanitaria, es responsable de diseñar y optimizar metodologías y herramientas para el análisis de situación de salud para la determinación de prioridades sanitarias, como base del planeamiento estratégico en Salud; y proponer e implementar las normas de Análisis de Situación de Salud para el desarrollo de los procesos en el ámbito nacional;

Que, por Resolución Ministerial N° 329-2011/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Metodología para el análisis de situación de salud local". Sin embargo, la Dirección General de Epidemiología ha elaborado el nuevo Documento Técnico: "Metodología para el análisis de situación de salud local", a fin de generar evidencias para la toma de decisiones en salud pública y la gestión de políticas públicas -locales, regionales y nacionales- oportunas con impacto en la salud de la población peruana;

Que, estando a lo propuesto por la Dirección General de Epidemiología;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Epidemiología, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y del Viceministro de Salud Pública; y,

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "Metodología para el análisis de situación de salud local", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 329-2011-MINSA, que aprobó el Documento Técnico: "Metodología para el análisis de situación de salud local", así como todas las disposiciones que se opongan a la norma que se aprueba mediante la presente Resolución Ministerial.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones, la publicación de la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/normas.asp>. Portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese




ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. FINALIDAD	15
2. OBJETIVOS	15
3. BASE LEGAL	15
4. ÁMBITO DE APLICACIÓN	16
5. CONTENIDO	16
5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS	16
5.2. CONCEPTOS BÁSICOS	17
5.3. EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD LOCAL	21
5.4. METODOLOGÍA CUANTITATIVA PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	38
5.5. INDICADORES PARA DESCRIBIR Y ANALIZAR LA SITUACIÓN DE SALUD LOCAL	40
5.6. METODOLOGÍA CUALITATIVA PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	44
5.7. METODOLOGÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO EN GABINETE	54
5.8. METODOLOGÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO LOCALES Y TERRITORIOS VULNERABLES EN COMUNIDAD	57
5.9. METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS Y LINEAS DE ACCIÓN DE LOS PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO LOCALES	62
5.10. RECOMENDACIONES PARA EL ÉXITO DEL PROCESO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD LOCAL	68
5.11. PREGUNTAS FRECUENTES	72
BIBLIOGRAFIA	75
ANEXOS	79
Anexo 1: LISTA DE AGRUPACIÓN DE MORBILIDAD 12/110	79
Anexo 2: LISTA DE AGRUPACIÓN DE MORTALIDAD 10/110	83
Anexo 3: MATRIZ DE ACTORES SOCIALES PARA EL ASIS LOCAL	87
Anexo 4: GUÍA DE ENTREVISTA	88
Anexo 5: GUÍA PARA GRUPO FOCAL	88
Anexo 6: CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO EN GABINETE	89
Anexo 7: CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO EN COMUNIDAD	90
Anexo 8: CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE TERRITORIOS VULNERABLES	90
Anexo 9: ESTRUCTURA SUGERIDA DEL ASIS LOCAL	91



INTRODUCCIÓN

El nivel de salud está determinado por las condiciones de vida de las personas, familias y comunidades y su análisis es un requisito clave para garantizar la salud de la población.

El análisis de la situación de salud (ASIS) es una actividad necesaria en la atención primaria de la salud (APS) debido a que tiene como propósito identificar, además de los problemas de salud, las características sociales, psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en su salud, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.

El nivel local es el eje medular para la gestión en salud. Es fundamental el desarrollo y fortalecimiento de habilidades en la formulación y conducción de las estrategias que resuelvan los problemas locales prioritarios, donde las técnicas, enfoques e instrumentos a utilizar sean prácticos y sencillos y que a su vez permitan construir, analizar, interpretar y modificar de manera favorable y dinámica la situación de salud local.

Al realizar este análisis con enfoque participativo, comunitario y social, contribuimos a la garantía de la salud de la población, debido a que incluye técnicas para recoger las necesidades en salud y demandas de la población. En este aspecto, la metodología cualitativa es un elemento importante, porque nos permite explorar la situación de salud a través de los actores sociales clave, brindándole mayor profundidad a este análisis.

Esto no significa dejar atrás el enfoque cuantitativo. El ASIS local también incluye indicadores que nos aproximan en la medición de las desigualdades e inequidades en salud, inicialmente desde un enfoque territorial pero que permite el uso de diferentes variables de agrupación para la comparación del estado de salud.

En tal sentido, el presente documento es una herramienta desarrollada para apoyar el trabajo de los equipos de salud, de los equipos técnicos, de los actores sociales y de los decisores políticos para cambiar o mejorar la situación de salud de la comunidad mediante el análisis de la información disponible, la determinación de prioridades sanitarias y el planteamiento de líneas de acción en el nivel local con la participación activa de los diversos actores sociales como factor clave para la interpretación de la realidad local. Asimismo, al incluir entre sus actividades la priorización, se puede lograr un mejor uso de los recursos públicos, que genere cambios radicales en el sistema de salud y beneficien a la comunidad, gracias al direccionamiento de los planes, programas o proyectos sobre los aspectos que realmente afectan a la comunidad.



METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD LOCAL

1. FINALIDAD

Generar evidencias para la toma de decisiones y la gestión de políticas con impacto en la salud pública y el desarrollo social en el ámbito local.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar la metodología de análisis de situación de salud local dentro del marco de la descentralización y el proceso de reforma del sector salud.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Establecer los procedimientos para la identificación de la situación de salud a nivel local.

2.2.2. Brindar herramientas que faciliten los procesos de identificación, priorización y líneas de acción de los problemas con impacto sanitario y territorios vulnerables a nivel local.

3. BASE LEGAL

- Ley N°26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813. Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1166, que aprueba la Conformación y Funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

- Decreto Supremo N° 004-2003-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, que define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.
- Decreto Supremo N° 142-2009-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- Resolución Ministerial N° 663-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional”.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad – MAISBFC”.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 720-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 457-2005/MINSA, que aprueba el programa de Municipios y Comunidades Saludables.

4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones contenidas en el presente documento técnico son de aplicación y cumplimiento obligatorio en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las DIRESA/GERESA o las que hagan sus veces en los Gobiernos Regionales y en las redes y microredes bajo su responsabilidad.

Asimismo, el presente documento técnico puede servir de referencia para instituciones y organizaciones públicas y privadas que promueven la recolección de información.

5. CONTENIDO

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

5.1.1. Actor social

Sujeto individual o colectivo que desde sus intereses detecta la capacidad de intervenir o influir en forma significativa en una población o situación o que cuenta con recursos de poder que lo hace estratégico en procesos de construcción comunitaria.

5.1.2. Comunidad

Grupo social que habita un territorio, comparte valores, tradiciones e intereses comunes. Tiene el potencial y la capacidad de actuar sobre alguno de los determinantes intermedios de la salud de sus miembros.

5.1.3. Decisor político

Persona que por su función tiene el poder de decisión sobre alguna actividad o proyecto. También llamado “tomador de decisiones” o “responsable político”.

5.1.4. Equipo de gestión

Profesionales y/o técnicos bajo mando del decisor político que están dedicados al desarrollo, ejecución, monitoreo y supervisión de actividades y proyectos. Cuentan con poder de decisión en el ámbito de sus funciones y bajo estrecha coordinación con el decisor político.

5.1.5. Equipo técnico

Profesionales y/o técnicos en salud organizados para la realización de una tarea o logro de un objetivo, que no cuentan con poder de decisión. Están bajo mando directo del equipo de gestión o alguno de sus miembros.

5.1.6. Nivel local

Ámbito territorial de una provincia, un distrito, una comunidad o un grupo de comunidades.

5.1.7. Per cápita

Por persona o por individuo.

5.1.8. Territorio

Porción de la superficie terrestre demarcada geográficamente que pertenece a un país, una región, un departamento, una provincia, un distrito, una comunidad, entre otros.

5.1.9. Vulnerabilidad territorial

Característica que aproxima a la valoración de la vulnerabilidad social de una comunidad ubicada en determinado territorio.

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

5.2.1. Determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud señala que los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; resultan de la distribución -a nivel mundial y nacional- del poder, los ingresos (dinero), los bienes y los servicios (recursos), que interactúan en diferentes niveles e influyen en la salud individual -en el riesgo de enfermar o morir- y determinan el estado de salud de la población así como el predominio de algunas enfermedades con respecto a otras.

Los determinantes sociales de la salud se dividen en determinantes estructurales de las inequidades en salud y determinantes intermediarios de la salud. Bajo esta concepción, los determinantes estructurales están referidos al contexto socio-económico y político (gobernanza, políticas macroeconómicas, políticas sociales, políticas públicas, cultura y valores sociales) así como a la posición socioeconómica determinada por la cadena educación-ocupación-empleo e influenciada por la clase social, el género y la etnicidad. El contexto socioeconómico y político, es decir, las acciones de gobierno y políticas del Estado condicionan la posición socioeconómica así como la estratificación social -de acuerdo al género, etnicidad, educación, ocupación e ingreso- y definen los determinantes intermediarios de la salud (las circunstancias materiales en que vive la persona y sus comportamientos, además de los factores psicosociales presentes en su entorno). En este grupo también se incluye al sistema de salud. Transversalmente a estos dos determinantes -estructurales e intermediarios- encontramos a la cohesión u organización social -redes, normas y valores- que puede permitir -o no- a la comunidad poseer un alto nivel de influencia en la toma de decisiones sobre su estilo de vida y comportamiento, además de participar en el desarrollo de las políticas que afectan a su bienestar y calidad de vida.

Es importante tomar en cuenta que la identificación de los determinantes sociales es la base del trabajo intersectorial para hacer frente a problemas relacionados con la educación, alimentación, nutrición, déficit de servicios básicos, etc. Asimismo, son variables que permiten priorizar grupos vulnerables hacia los cuales conducir de manera especial las intervenciones en salud.

5.2.2. Desigualdad e inequidad en salud

Las desigualdades en salud son aquellas diferencias que devienen de las variaciones biológicas naturales, aquellas que son resultado de conductas dañinas adoptadas por libre decisión o aquellas que resultan de la adopción de ventajas transitorias en salud en un grupo de individuos, siempre que los demás grupos también tengan los demás medios para hacerlo. En cambio, las inequidades en salud no tienen la misma explicación. Son diferencias innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas, producto de conductas dañinas para la salud que no dependen de la libre decisión del individuo, o de la exposición a riesgos laborales e inadecuadas condiciones de vida, o del limitado acceso o baja calidad en los servicios de salud u otros servicios básicos, o de la posición social que ocupan los individuos. Es decir, producto de su desventaja social o posición relativa en la jerarquía social como resultante de los determinantes estructurales de las inequidades en salud.

En otras palabras, la inequidad en salud es la experiencia de peor salud o mayores riesgos sanitarios que tienen los grupos sociales en peores condiciones económicas o sociales -como los pobres, las minorías raciales/étnicas, o grupos definidos por la condición de discapacidad, orientación sexual o identidad de género, entre otros- a diferencia de sus contrapartes que están en mejores condiciones.

5.2.3. Enfermedad y muerte

Son el impacto visible de complejas interacciones de los procesos sociales, ambientales y económicos, entre otros, que tienen como resultado una serie de necesidades o carencias sobre la salud de un individuo o grupo de individuos. Dicho impacto puede ser medido y estudiado a través de indicadores (enfoque cuantitativo) o dimensiones (enfoque cualitativo) de enfermedad y muerte contextualizados en un espacio geográfico y poblacional. Estos indicadores tienen la ventaja de ser fáciles de medir y analizar por el equipo de salud e implican un impacto visible, medible y estudiado de una serie de necesidades que actúan sobre la salud del individuo, aunque muchos tienen la desventaja de no poder ser aplicados a poblaciones pequeñas.

5.2.4. Enfoque local

Es una forma de abordaje de los problemas con impacto sanitario que ocurren en la población. El análisis de estos problemas se realiza en unidades poblacionales pequeñas donde las personas tienen contacto con los determinantes sociales de la salud. De esta forma es más fácil ajustar los planes a las personas, utilizando los conocimientos y las contribuciones de estas así como de los actores sociales de la comunidad. Son varias las ventajas que nos proporciona este enfoque, entre ellas:

- Las personas serán más entusiastas si el plan es visto por ellos mismos, por lo que desearán, y querrán participar más en su implementación y monitorización.
- Se obtendrá el conocimiento *in situ* de los problemas y las mejores propuestas locales.
- Los planes estarán relacionados con los recursos como con los problemas socioeconómicos locales.
- La mejor información se alimentará hacia arriba a niveles más altos de planificación.

Sin embargo, podemos encontrarnos con algunos problemas, como:

- Los intereses locales no son iguales a los intereses regionales o nacionales.
- Existen dificultades para integrar planes locales en un marco más amplio.

- Los limitados conocimientos técnicos a nivel local hacen que los equipos técnicos regionales hagan una gran inversión de tiempo y trabajen en lugares muy alejados.
- Los esfuerzos locales podrían fracasar por falta del soporte del nivel más alto o incluso la obstrucción.

5.2.5. Enfoque participativo, comunitario y social

El enfoque participativo permite a las personas organizar sus actividades con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida y aprender de su propia experiencia, atendiendo a valores y fines compartidos. De esta forma, intervienen estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas.

Desde Alma Ata (1978), se señala que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Pero, además, se exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud en grado máximo, sacando el mayor provecho posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles. En otras palabras, el Estado debe brindar la asistencia sanitaria esencial, entendida como lo fundamental y no solo elemental, mientras que la comunidad debe participar en la toma de decisiones durante la planificación, ejecución y control de las acciones de salud. Ambas acciones buscan alcanzar la equidad sanitaria teniendo como pre-requisitos: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad (Ottawa, 1986).

La participación comunitaria está estrechamente ligada al empoderamiento ciudadano. Es decir, a procesos sociales a través de los cuales los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con el bienestar personal y social gracias a que expresan sus necesidades, intervienen en la identificación de los problemas de salud u otros problemas afines y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural con el objetivo de diseñar, poner en práctica y evaluar las soluciones que respondan a estos, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y de la comunidad.

Esta participación social en la cogestión de salud debe ser entendida como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, así como formular y negociar sus propuestas que logren mejorar la calidad de vida y el desarrollo de la salud de una manera deliberada, democrática y concertada aprovechando las ventajas que les proporciona el entorno en cuanto a bienes, servicios y recursos.

El enfoque participativo, comunitario y social, además, permite:

- Incorporar los problemas con impacto sanitario de los grupos excluidos para combatir la pobreza y pobreza extrema (inclusión social).
- Incluir problemas y necesidades de alto valor para la población que han pasado desapercibidas a las observaciones de los equipos de salud (valor público).
- Compartir el control en la priorización, asignación de recursos e implementación de las iniciativas de desarrollo que afectan a su comunidad (control).
- Asegurar que los recursos del Estado se transformen en productos que respondan a lo esperado por los ciudadanos destinatarios (legitimidad).
- Contribuir al conocimiento en detalle de las políticas, estrategias, programas y proyectos (rendición social de cuentas).

5.2.6. Equidad en salud

La equidad es inherente a toda idea, planeamiento y acción de política. Es, por tanto, planteada como principio y objetivo de las políticas económicas y sociales. La equidad debe permitir a todos y todas, como punto de partida, contar con ciertas “libertades básicas” o

“bienes primarios sociales” (Rawls, 1988) o “capacidades” humanas y lograr una justicia distributiva capaz de brindar igualdad de “oportunidades” para desarrollar esas capacidades (Amartya Sen, 1998) que permitan el acceso a la educación, a los servicios de salud, a la nutrición, al crédito, al empleo, a la justicia, entre otros. La equidad en términos prácticos, es asegurar que los que no han tenido oportunidad la tengan, por ejemplo de un mejor nivel de salud o de acceder a la atención de salud que necesitan.

El Estado está llamado a implementar acciones sobre los determinantes estructurales de las inequidades en salud y garantizar que la población reciba atención en función de sus necesidades (equidad de acceso y uso) y que contribuya en función de su capacidad de pago (equidad financiera) para disminuir las diferencias evitables e injustas que limitan el acceso, al mínimo posible, y lograr la equidad.

La equidad y la inclusión social son los principios orientadores del desarrollo. Son un medio y un conjunto de herramientas que fortalecen la gestión municipal y la participación democrática de los ciudadanos y ciudadanas en las decisiones que inciden y definen las condiciones de salud, además de la calidad de vida, respondiendo a las necesidades de la población.

5.2.7. Estado de salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho fundamental de todo ser humano -sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social- al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Asimismo, es un requisito para lograr la paz y la seguridad que depende de la más amplia cooperación de las personas y del Estado. En consecuencia, las desigualdades en salud constituyen un peligro común.

Si bien esta definición nos orienta hacia un ideal que debemos alcanzar, debe comprenderse que no sólo es la ausencia de enfermedad. Es un proceso complejo, biológico, social, singular, interdependiente, alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección (autodeterminación del individuo).

5.2.8. Priorización en salud

La finalidad de la planificación es formular propuestas a los decisores políticos sobre los objetivos de orden sanitario y los medios para alcanzarlos. Por consiguiente, el análisis de situación de salud -al ser una herramienta fundamental para la planificación en salud- necesita incluir la determinación de prioridades que definan la orientación, la eficiencia y la equidad de las intervenciones sanitarias y, de esta forma, del propio sistema de salud. Esto se logra seleccionando y ordenando jerárquicamente las necesidades de salud según su importancia o valor asignado por quienes las analizan, mediante un método sistematizado y objetivo que tenga en cuenta los recursos y la opinión de los usuarios para conseguir los mayores beneficios en salud. Priorizar es privilegiar una acción y postergar otra por razones fundamentadas.

El establecimiento de prioridades sanitarias para una determinada población es un proceso complejo que no depende exclusivamente de los servicios de salud y que incluye, además de los factores clínicos o epidemiológicos, las decisiones políticas, la situación económica y las demandas sociales, entre otros.

Es necesario que, en los procesos de priorización de los problemas con impacto sanitario, exista equilibrio en la participación y se cuente con la opinión de todos los actores sociales clave. Esto se logra con el adecuado conocimiento y aplicación de la metodología para la priorización.

Se han desarrollado diferentes métodos para la priorización –por ejemplo: el método Hanlon y el método OPS- CENDES, entre otros- que incluyen una variedad de criterios para valorar el problema, entre los que encontramos: magnitud, trascendencia o severidad, eficacia de la solución, factibilidad de la intervención (o vulnerabilidad), tendencia histórica, las necesidades sentidas por la comunidad, la equidad y la eficiencia. Sin embargo, estos criterios no siempre se adecuarán para todos los problemas y es necesario que el equipo, por consenso, analice y defina las prioridades o establezca otros criterios para su análisis, de acuerdo a la información existente.

5.2.9. Problema con impacto sanitario

Un problema con impacto sanitario no se refiere solamente a las causas de enfermedad y muerte sino también a los determinantes sociales que las condicionan. Es la existencia de algún grado de diferencia entre la realidad percibida y la realidad deseada y que tiene efectos directos o indirectos en la salud de una comunidad; es decir, entre lo que se ve que está sucediendo y lo que se cree que debería suceder. Sin embargo, esta percepción de la realidad puede variar de un observador a otro. Lo que es percibido como un problema por una persona puede no serlo para otra, debido a que depende de sus intereses, conocimientos y experiencias particulares.

5.2.10. Vulnerabilidad social

La vulnerabilidad social es una dimensión relativa. Todas las comunidades son vulnerables. Sin embargo, en función de las circunstancias socioeconómicas y culturales, esta vulnerabilidad será mayor o menor ante un tipo de evento crítico. Este tipo de vulnerabilidad es el resultado de los impactos provocados por el patrón de desarrollo vigente pero también expresa la incapacidad de los grupos más débiles de la sociedad para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de ellos. Frecuentemente se relaciona la condición de pobreza de la gente con vulnerabilidad, pues queda claro que la pobreza -en cualquiera de sus manifestaciones (condiciones de vida precarias, necesidades básicas insatisfechas, ingresos insuficientes para el consumo básico)- constituye un factor de desventaja social. Sin embargo, la insuficiencia de ingresos que caracteriza a la pobreza no es la única explicación de la inseguridad e indefensión que caracterizan a la vulnerabilidad social. Por ejemplo, los trabajadores urbanos, al tener empleos precarios, podrían estar más expuestos a la vulnerabilidad social aun cuando no estén bajo la línea de pobreza.

La vulnerabilidad social supone la exposición de una comunidad a tres tipos de eventos: a) exposición a riesgos o eventos críticos; b) falta de capacidad para afrontarlos; y c) sufrir consecuencias graves a causa de ellos, así como una recuperación lenta o limitada. Esta condición de vulnerabilidad también se puede reconocer utilizando criterios como: la existencia de algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal (grupos “en riesgo social”), el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo o condición étnica) que se supone les origina riesgos o problemas comunes.

También es importante saber que la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad no es lo mismo que sus necesidades. Estas últimas tienen un carácter inmediato, mientras que la vulnerabilidad viene marcada por factores de más largo plazo, muchos de ellos estructurales.

5.3. EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD LOCAL

Durante mucho tiempo la salud se definió como la ausencia de enfermedades e invalidez; sin embargo, este concepto fue dejado de lado por su negativismo y fue reemplazado por el de estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad (OMS, 1946); pero, al no tener una forma de medir el bienestar este concepto se hace poco aplicable. Un concepto moderno de la salud es el que la define como “la capacidad y el derecho individual y colectivo de la realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permite a todos

participar ampliamente de los beneficios del desarrollo” (Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública de Río de Janeiro, 1994). Este redimensionamiento de la definición de la salud modifica el concepto del análisis de situación de salud local.

Debido a que las nuevas definiciones apuestan por la mejor comprensión de la salud de la población de un determinado ámbito territorial, con el fin de enfrentar los problemas con mejores intervenciones apoyándose en técnicas provenientes de varias ciencias, el análisis de situación de salud local integra la Epidemiología, Estadística, Geografía, Ecología y Sociología, entre otras disciplinas, que permitan un buen diagnóstico y análisis, además de aportar técnicas para la priorización y toma de decisiones en salud pública por parte de los decisores políticos de los gobiernos locales, la sociedad civil organizada y las instituciones públicas y privadas involucradas.

5.3.1. Definición

Situación hace referencia a la realidad percibida en que está inmerso un individuo o comunidad y que tiene importancia para las actividades que lleva a cabo. Toda situación tiene un contexto temporal, geográfico, social (incluido lo cultural), económico, ecológico y biológico y está determinada por la forma en que cada persona o comunidad percibe los hechos de su entorno.

Análisis es el proceso de aplicar sistemáticamente la lógica -así como las técnicas estadísticas y epidemiológicas- para interpretar, comparar, categorizar y resumir datos reunidos con el fin de llegar a conclusiones.

La *situación de salud* es la aproximación objetiva a la realidad en la que se encuentra una comunidad en relación a su salud. Es el resultado de las interacciones de las personas con su medio ambiente, así como de todas las acciones realizadas por el Estado y la comunidad con el propósito de proporcionar salud a toda la población en un territorio.

El *análisis de situación de salud (ASIS)*, es un proceso que permite describir (caracterizar y medir) y analizar (explicar) la situación con respecto al estado de salud y sus determinantes sociales (incluye los servicios de salud y aquellos que no son competencia del sector salud) en una población de un espacio geográfico claramente definido, con el fin de identificar necesidades y establecer prioridades en salud, proponer las líneas de acción para su atención y control; considerando los puntos de vista de los diversos actores sociales que observan el problema. El ASIS permite que, los grupos de riesgo, luego de ser identificados, puedan ser investigados con mayor precisión, con el fin de llegar a un análisis más profundo sobre las causas de los problemas de salud y sus determinantes sociales.

En este marco, el *análisis de situación de salud (ASIS) local*, está orientado a analizar los eventos con impacto sanitario del nivel local, es decir, de la provincia o el distrito, según sea el caso, así como a la vulnerabilidad de las comunidades que se asientan en estos ámbitos geográficos. No está referido al ámbito territorial de una red o microred, salvo que estos ámbitos coincidan con un distrito o provincia. Tampoco está referido a un establecimiento de salud.

Durante este proceso de análisis, además del enfoque local, debe incluirse el enfoque participativo, el enfoque comunitario y el enfoque social. Estos enfoques nos ayudarán a conocer la realidad concreta, los diferentes actores implicados (individuales, grupales, institucionales, etc.), sus antecedentes, las relaciones entre actores y sus recursos, así como los contextos donde ocurren las interacciones (geográficos, relacionales, culturales, económicos, estéticos, espirituales, etc.).

5.3.2. Importancia

El análisis de situación de salud local identifica los problemas con impacto sanitario en un distrito o una provincia y permite establecer sus tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y sus determinantes sociales,

además de evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud.

Los diferentes usuarios de este documento encontrarán en el ASIS local información de importancia para su quehacer diario y que listamos a continuación con el significado que tiene para cada uno de ellos:

- **Para el decisor político.** Es una herramienta que identifica los problemas de salud pública y su relación causal con los determinantes sociales de la salud, los prioriza y propone líneas de acción para combatirlos, identificando las poblaciones y los territorios más vulnerables para su intervención. Asimismo, contribuye a la toma de decisiones y generación de políticas públicas, así como en el monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones priorizadas por los decisores políticos.
- **Para los equipos de gestión.** Es la información base al inicio de un nuevo ciclo de planificación. Por otra parte, contiene información válida para respaldar las decisiones de los gerentes del nivel local, debido a que posee insumos necesarios para elaborar planes y presupuestos participativos locales, proyectos, convenios, acuerdos de gestión, investigaciones e intervenciones en salud.
- **Para los equipos de salud.** Es una necesidad imprescindible para la atención primaria de salud, especialmente para los equipos de salud, porque describe la magnitud y distribución de los problemas de salud y sus determinantes sociales. Sin esta información no será posible brindar una atención de salud planificada, con calidad y eficiencia.
- **Para la comunidad y actores sociales.** Es fuente de información para lograr que los recursos del Estado se orienten a la solución de sus problemas mediante la identificación de las desigualdades y el análisis de las inequidades en el estado de salud de la población.

5.3.3. El proceso de elaboración

Los equipos técnicos locales designados por la Autoridad Sanitaria del departamento serán los responsables de la conducción del proceso del ASIS local, supervisados por los responsables de las Oficinas de Epidemiología o los que hagan sus funciones en la DISA/DIRESA/GERESA correspondientes. Estos equipos podrán estar integrados por trabajadores de salud de los establecimientos, microredes y redes de salud. Asimismo, pueden participar representantes de otras instancias del sector salud y de otros sectores, así como representantes de la comunidad organizada. También se recomienda que los integrantes de estos equipos técnicos sean seleccionados, organizados y supervisados por la DISA/DIRESA/GERESA de acuerdo a perfiles.

Estos equipos realizarán las siguientes actividades para la elaboración del ASIS local (Figura 1):

- 1) Análisis del entorno, de los determinantes sociales de la salud y de los problemas de salud:** Primero, se define la comunidad y/o territorio a analizar así como su división o la agrupación de territorios o comunidades (es decir, provincia con sus distritos o distritos con sus comunidades) que también formarán parte del análisis. Luego, se selecciona y recopila información de las características geopolíticas, características demográficas y la presencia de riesgos, además de los indicadores de los determinantes sociales de la salud y de los problemas de salud de ese territorio, utilizando las metodologías que se explican más adelante, de acuerdo a su realidad. La información debe corresponder al territorio como a sus subdivisiones (anexos, caseríos, comités, etc.). Con esta información se hará el análisis puntual y de tendencia, utilizando los indicadores propuestos para el ASIS local. Finalmente, se debe identificar si existen otros problemas de salud de interés regional o nacional que no hayan sido tomados en cuenta.
- 2) Priorización de los problemas con impacto sanitario y los territorios vulnerables:** Esta priorización comienza en gabinete, es decir, se hace con el equipo técnico responsable de la conducción del proceso de ASIS local en la comunidad y/o territorio seleccionado. Para ello, y con la información de la actividad descrita en el párrafo anterior, se procederá a priorizar utilizando la metodología propuesta en este documento técnico. Concluida esta tarea, los resultados se presentarán a la comunidad en una actividad en la que se

convocará a los actores sociales, quienes podrán aportar otros problemas y establecer la lista final de problemas con impacto sanitario priorizados, así como los territorios vulnerables. Una vez obtenida esta lista, se procede a realizar el análisis integrado de los problemas que fueron considerados en ella.

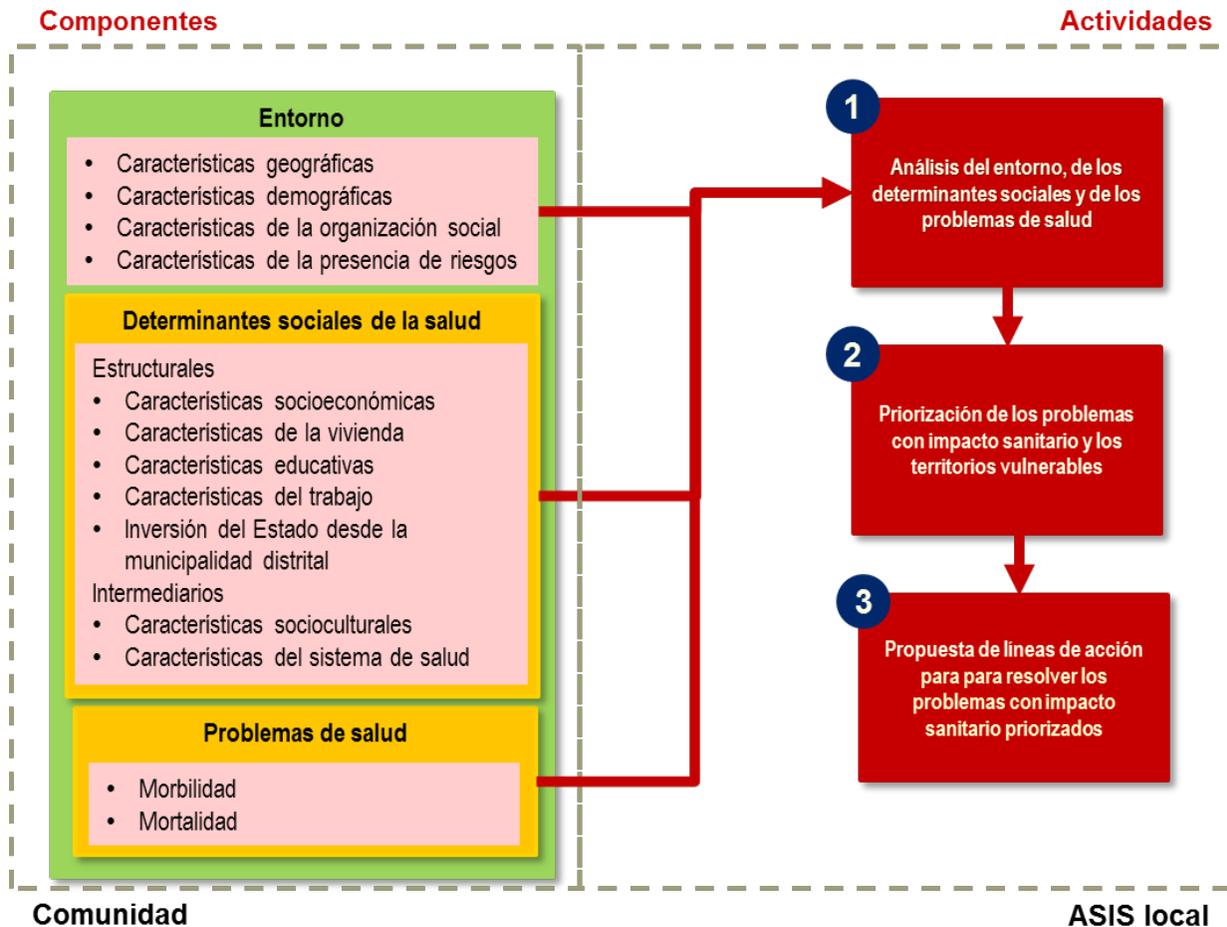


Figura 1: Componentes y actividades para la elaboración del análisis de situación de salud local

3) Propuesta de líneas de acción para resolver los problemas con impacto sanitario priorizados: La actividad final del proceso es determinar, con los actores sociales, las líneas de acción para actuar sobre los problemas con impacto sanitario priorizados e identificar responsabilidades para su logro.

Cada una de estas actividades tiene tareas (ver Figura 2) que deberán ser coordinadas, organizadas y ejecutadas por el equipo técnico encargado de la elaboración. Sin embargo, para lograr el objetivo y cumplir las tareas es necesario que el trabajo sea:

- **En equipo.** Las competencias del capital humano en salud son diversas, por ello, es necesaria una distribución de las tareas según sus capacidades y experiencias. Esto asegura la oportunidad de entrega y mejora la calidad del producto en cada tarea.
- **Coordinado con los actores sociales.** Asegura la legitimidad del producto y la trascendencia en otros espacios de diálogo y negociación.
- **Compartido con otros equipos técnicos.** Dependiendo de las características del territorio (accesibilidad geográfica) y la población (número, dispersión y accesibilidad cultural), así como de la disponibilidad del capital humano en salud, será necesario el trabajo con equipos técnicos de otros ámbitos territoriales.



Figura 2: Tareas por cada actividad en la elaboración del análisis de situación de salud local

5.3.4. Componentes del ASIS local

- **Análisis del entorno.** El nexo entre la salud humana y el ambiente ha sido reconocido desde hace mucho tiempo. Esto se debe a la interrelación dinámica de los factores ambientales con el individuo -generados por factores naturales o antropogénicos- que pueden influir de forma negativa favoreciendo las condiciones para la aparición de enfermedades infecciosas, cuando están relacionados con agentes biológicos, o de enfermedades no infecciosas, cuando se relacionan con agentes químicos o físicos, todos bajo condiciones sociales, económicas y conductuales determinadas. A continuación se listan los contenidos principales a incluir en el análisis del entorno.

> **Características geográficas:**

- o Ubicación y límites
- o Superficie territorial y conformación política
- o Organización territorial
- o Accidentes geográficos

> **Características demográficas**

- o Población total, por sexo y por etapas de vida^a
- o Densidad poblacional
- o Población rural y urbana
- o Pirámide poblacional
- o Población menor de cinco años
- o Población gestante
- o Nacimientos
- o Defunciones
- o Esperanza de vida al nacer
- o Tasa bruta de natalidad
- o Tasa global de fecundidad
- o Tasa bruta de mortalidad

^a Puede incluirse población por grupos que sean de interés político o social para su abordaje (indígena, discapacitados, niños trabajadores de la calle, etc.).

Ejemplo 01: TABLA "99": CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

INDICADORES	TOTAL (N)	SEXO				ZONA DE RESIDENCIA			
		Masculino		Femenino		Urbana		Rural	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Población									
Total									
Indígena									
Otras*									
Población por etapas de vida									
Niño (<12 años)									
Adolescente (12 a <18 años)									
Joven (18 a <30 años)									
Adulto (30 a <60 años)									
Adulto mayor (60 a más años)									
Población menor de cinco años									
Población gestante									
Nacimientos									
Defunciones									
Esperanza de vida al nacer (años)									
Tasa bruta de natalidad (x 10 ³ hab.)									
Tasa global de fecundidad (hijos x mujer)									
Tasa bruta de mortalidad (x10 ⁵ hab.)									

* Puede incluirse grupos de población que sean de interés político o social para su abordaje (discapacitados, niños trabajadores de la calle, etc.)

> **Características de la organización social**

- o Medios de comunicación
 - *Transporte: terrestre, aéreo y fluvial*
 - *Comunicación radial y televisiva (abierta y cerrada)*
 - *Telefonía y acceso a internet*
- o Organización política local:
 - *Autoridades locales*
 - *Entidades públicas y sus representantes*
- o Actividades económicas, productivas y comerciales predominantes

> **Características de la presencia de riesgos**

- o Riesgo de origen natural
- o Riesgo de origen antrópico
- o Riesgo de contaminación ambiental por actividades productivas y extractivas (época máxima contaminación durante el año, comunidades y población en riesgo y efectos directos o indirectos sobre la salud):
 - *Fuentes, afluentes y efluentes de agua contaminada*
 - *Acumulación de relaves y residuos industriales*
 - *Zonas extractivas según formalización*
 - *Zonas de extracción y producción a cielo abierto*
 - *Zonas de emisión de gases industriales*

- **Análisis de los determinantes sociales de la salud^b.** A lo largo de la historia se han desarrollado modelos para explicar la relación entre los determinantes sociales de la salud y el estado de salud de la población. Teniendo en consideración estos modelos, el ASIS debe incluir el análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud así como los determinantes intermediarios de la salud, que incluye al sistema de salud (respuesta organizada de la sociedad). Al hablar de este último nos referimos a aquel componente que Lalonde denomina sistema sanitario y que va desde la protección, promoción, prevención hasta el tratamiento-recuperación y rehabilitación de la salud. En el análisis de los determinantes sociales de la salud se deben incluir:
 - > **Determinantes estructurales de las inequidades en salud**
 - o Características socio-económicas
 - *Índice de desarrollo humano (IDH).*
 - *Población con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI).*
 - *Población en situación de pobreza y pobreza extrema.*

Ejemplo 02: TABLA "99": CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA POBLACIÓN. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

INDICADOR	AÑO	VALOR
Índice de desarrollo humano (IDH)		
Población con al menos una NBI (%)		
Población en situación de pobreza (%)		
Población en situación de pobreza extrema (%)		

- o Características de la vivienda:
 - *Viviendas, según zona urbana y rural.*
 - *Hogares según tipo de vivienda, según zona urbana y rural:*
 - *Hogares en viviendas, según zona urbana y rural:*
 - Δ *Con alumbrado eléctrico de red pública.*
 - Δ *Con electricidad y gas como la energía o combustible que más utiliza para cocinar.*
 - Δ *Con material de parquet, madera pulida, láminas asfálticas, vinílicos o similares, loseta, terrazos, cerámicos o similares, madera (entablado), cemento predominante en los pisos.*
 - Δ *Con material de ladrillo, bloque de cemento, piedra o sillar con cal o cemento predominante en las paredes.*
 - Δ *Con material de concreto armado o madera o tejas predominante en los techos.*
 - *Hogares en viviendas según saneamiento básico, en zona urbana y rural:*
 - Δ *Con abastecimiento de agua de red pública.*
 - Δ *Con eliminación de excretas a red pública.*
 - Población urbana que vive en:
 - Δ *tugurios*
 - Δ *con tenencia no segura de la vivienda*
 - Δ *con baja calidad de la vivienda*
 - Δ *con área insuficiente para vivir*

^b La definición y valor de los indicadores propuestos están disponibles en los sistemas de información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Ministerio de Educación (MINEDU), Ministerio de Economía (MEF), Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), así como en el Gobierno Local (municipalidad).

Ejemplo 03: TABLA "99": CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES SEGÚN VIVIENDA QUE OCUPAN. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

INDICADORES	TOTAL (N)	ZONA DE RESIDENCIA			
		Urbana		Rural	
		N	%	N	%
Total					
Tipo de vivienda					
Independiente (casa)					
En edificio					
En quinta o vecindad					
Choza, cabaña o improvisada					
No destinada para habitación humana					
Según características de la vivienda					
Con alumbrado eléctrico de red pública					
Con electricidad y gas como la energía o combustible que más utiliza para cocinar					
Con material de parquet, madera pulida, láminas asfálticas, vinílicos o similares, loseta, terrazos, cerámicos o similares, madera (entablado), cemento predominante en los pisos					
Con material de ladrillo, bloque de cemento, piedra o sillar con cal o cemento predominante en las paredes					
Con material de concreto armado o madera o tejas predominante en los techos					
Según saneamiento básico					
Con abastecimiento de agua de red pública					
Con eliminación de excretas a red pública					

Ejemplo 04: TABLA "99": CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN URBANA SEGÚN VIVIENDA QUE OCUPAN. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

INDICADOR	AÑO	VALOR
Población urbana que vive en tugurios (%)		
Población urbana con tenencia no segura de la vivienda (%)		
Población urbana con baja calidad de la vivienda (%)		
Población urbana con área insuficiente para vivir (%)		

- o Características educativas:
 - *Instituciones educativas según nivel educativo básico, públicas y privadas.*
 - *Docentes por nivel educativo básico, por aula y por alumno, en instituciones educativas públicas y privadas.*
 - *Estudiantes matriculados por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas.*
 - *Estudiantes que aprueban exitosamente su año lectivo por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas.*
 - *Estudiantes que abandonan la institución educativa por diversas razones por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas.*

Ejemplo 05: TABLA "99": CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS DE LA POBLACIÓN. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

INDICADORES	TOTAL (N)	NIVEL EDUCATIVO BÁSICO					
		INICIAL		PRIMARIA		SECUNDARIA	
		N	%	N	%	N	%
Instituciones educativas							
<i>Instituciones educativas públicas</i>							
Docentes							
Total							
Por aula (promedio)							
Por alumno (promedio)							
Estudiantes							
Matriculados							
Que aprueban exitosamente su año lectivo							
Que abandonan la institución educativa							
<i>Instituciones educativas privadas</i>							
Docentes							
Total							
Por aula (promedio)							
Por alumno (promedio)							
Estudiantes							
Matriculados							
Que aprueban exitosamente su año lectivo							
Que abandonan la institución educativa							

- *Tasa de analfabetismo, según sexo y zona de residencia.*
- *Años de escolaridad, según sexo y zona de residencia.*

Ejemplo 06: TABLA "99": INDICADORES EDUCATIVOS DE LA POBLACIÓN. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

INDICADORES EDUCATIVOS	GENERAL				URBANA				RURAL			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tasa de analfabetismo												
Años de escolaridad												

- o Características del trabajo:
 - *Población económicamente activa ocupada, según sexo.*
 - *Población económicamente activa ocupada adecuadamente empleada y subempleada.*
 - *Población económicamente activa ocupada según ramas de actividad.*
 - *Ingreso nominal promedio mensual de la población económicamente activa ocupada según ramas de actividad.*

Ejemplo 07: TABLA "99": CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA SEGÚN EMPLEO, DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

INDICADORES	TOTAL (N)	SEXO				INGRESO MENSUAL* (S/.)
		Masculino		Femenino		
		N	%	N	%	
Población económicamente activa						
Total						
Ocupada						
Adecuadamente empleada						
Subempleada						
Por horas						
Por ingresos						
Ramas de actividad						
Agricultura						
Pesca						
Minería						
Manufactura						
Construcción						
Comercio						
Transportes y comunicaciones						
Otras						
Desocupada						

* Ingreso nominal promedio mensual

- o Inversión del Estado desde la municipalidad distrital^c:
 - *Ejecución del presupuesto municipal del distrito.*
 - *Inversión per cápita ejecutada por la municipalidad distrital.*
 - *Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función salud.*
 - *Inversión per cápita en la función salud ejecutada por la municipalidad distrital.*
 - *Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función trabajo.*
 - *Inversión per cápita en la función trabajo ejecutada por la municipalidad distrital.*
 - *Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función saneamiento.*
 - *Inversión per cápita en la función saneamiento ejecutada por la municipalidad distrital.*
 - *Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función vivienda y desarrollo urbano.*
 - *Inversión per cápita en la función vivienda y desarrollo urbano ejecutada por la municipalidad distrital*
 - *Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función educación.*
 - *Inversión per cápita en la función educación ejecutada por la municipalidad distrital.*
 - *Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función cultura y deporte.*
 - *Inversión per cápita en la función cultura y deporte ejecutada por la municipalidad distrital.*

c En el ASIS provincial debe incluir información de la municipalidad provincial.

Ejemplo 08: TABLA “99”: INVERSIÓN DEL ESTADO DESDE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL. DISTRITO “X”, PROVINCIA “Y” DEPARTAMENTO “Z”, AÑO “N”.

INDICADORES	PROGRAMADA Y APROBADA (PIM) (S/.)	EJECUTADA (DEVENGADA)		
		S/.	% [£]	per cápita [¥]
Inversión de la municipalidad distrital				
Total				
Según función				
Salud				
Vivienda y desarrollo urbano				
Saneamiento				
Educación				
Cultura y deporte				
Trabajo				
Otras				

[£] Devengado ÷ PIM × 100; [¥] PIM ÷ población del distrito

> **Determinantes intermediarios de la salud**

o Características socio-culturales:

- *Patrones religiosos: Principales fiestas religiosas o sociales que se celebran y los problemas de salud asociados o atribuibles a estas (antes, durante y después de ellas).*
- *Hábitos, costumbres, estilos de vida.*
- *Distribución de la población según tipo de lengua materna.*

o Características del sistema de salud en el territorio

- *Análisis de la oferta:*

- Δ *Establecimientos de salud (EE.SS.), según tipo de prestador, categoría y tipo de administración.*
- Δ *Capital humano en salud (total y por profesión) disponibles según tipo de prestador y nivel de atención.*
- Δ *Unidades móviles disponibles, habilitadas y operativas, según tipo de prestador:*
 - ◇ *Para actividades generales.*
 - ◇ *Para transporte de pacientes en emergencia según tipo.*

En el ASIS provincial debe incluir información de los EE.SS. del segundo nivel de atención del territorio.

Ejemplo 09: TABLA “99”: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, CAPITAL HUMANO EN SALUD Y UNIDADES MÓVILES SEGÚN PRESTADOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. DISTRITO “X”, PROVINCIA “Y” DEPARTAMENTO “Z”, AÑO “N”.

INDICADORES	PRESTADOR									
	GORE/MINSA		ESSALUD		FFAA/FFPP		PRIVADO		OTROS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Establecimientos de salud										
Capital humano										
Total										
Médicos(as)										
Enfermeros(as)										
Obstetras/obstetrices										
Odontólogos(as)										
Otros(as)										
Unidades móviles*										
Para actividades generales										
Para transporte de pacientes										
Tipo I										
Tipo II										
Tipo III										
No acreditadas*										

* Deben estar acreditadas con el acto resolutivo de la autoridad regional competente.

* Sólo incluya aquellas unidades móviles disponibles, habilitadas y operativas.

- *Análisis demanda de intervenciones sanitarias^d:*
 - △ *Porcentaje de población afiliada: total, en menores de cinco años y gestantes.*
 - △ *Porcentaje de parejas protegidas.*
 - △ *Porcentaje de gestantes controladas.*
 - △ *Porcentaje de partos institucionales.*
 - △ *Cobertura de vacunación (HBV, BCG, ASA).*
 - △ *Deserción a la vacuna pentavalente en menores de un año.*
 - △ *Deserción a la vacuna contra neumococo en menores de un año.*
 - △ *Deserción a la vacuna contra la difteria, pertusis y tétano (DPT) en menores de cuatro años.*
 - △ *Menores de un año controlados en su crecimiento y desarrollo.*
 - △ *Sintomáticos respiratorios identificados.*
 - △ *Referencias tipo I solicitadas por los EE.SS. del primer nivel de atención del ámbito territorial al segundo y tercer nivel de atención: en población general, en menores de cinco años y gestantes.*
 - △ *Satisfacción de usuario externo según prestador.*
 - △ *Población afiliada.*
 - △ *Otras de interés local.*

Según la disponibilidad de información, se mencionará la concentración, el porcentaje de crecimiento, así como la diferencia y razón de riesgo de los determinantes sociales de la salud expresados a través de un indicador negativo.

^d Es recomendable que esta información se obtenga de todos los prestadores de salud –públicos y privados- ubicados en el territorio, cuando sea posible.

Ejemplo 10: TABLA “99”: INDICADORES DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN PRESTADOR. DISTRITO “X”, PROVINCIA “Y” DEPARTAMENTO “Z”, AÑO “N”.

INDICADORES*	PRESTADOR				
	GORE/ MINSÁ	ESSALUD	FFAA/ FFPP	PRIVADO	OTROS
Parejas protegidas (%)					
Gestantes controladas (%)					
Partos institucionales (%)					
Cobertura de vacunación					
HBV (%)					
BCG (%)					
ASA (%)					
Deserción a vacunación					
Pentavalente en menores de un año (%)					
Contra neumococo en menores de un año (%)					
DPT en menores de un año (%)					
Menores de un año controlados en su crecimiento y desarrollo (%)					
Sintomáticos respiratorios identificados (%)					
Referencias tipo I solicitadas al segundo y tercer nivel de atención					
Total (n)					
Menores de cinco años (n)					
Gestantes (n)					
Satisfacción de usuario externo (%)					
Población afiliada ^f					
Total					
Menor de cinco años					
Gestante					

* El porcentaje se calculará en función de la meta programada para el año.

^f En MINSÁ solo considere la población afiliada al SIS.

- **Análisis de los problemas de salud.** Describiremos y analizaremos las características de la morbilidad y la mortalidad en el territorio seleccionado, pero -como ya se ha explicado en un apartado previo- estos son estados y eventos finales del proceso salud-enfermedad.

> **Morbilidad:**

- o Morbilidad en consulta externa por grandes grupos (lista 12/110 OPS, ver Anexo 1).
- o Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa: en población general, por sexo y por etapas de vida.
- o Diez primeras causas de morbilidad en población general con mayor concentración en relación con la provincia^e, en consulta externa.
- o Diez primeras causas de morbilidad en población general con mayor crecimiento en relación con el resto de la provincia^f, en consulta externa.

^e En el ASIS de la provincia se determina la concentración en relación con el departamento.

^f En el ASIS de la provincia se determina la concentración en relación con el resto del departamento.

Ejemplo 11: TABLA "99": MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA POR GRANDES GRUPOS (12/110 OPS). DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

GRANDES GRUPOS DE MORBILIDAD (12/110 OPS)	ATENCIONES	
	N	%
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio		
Enfermedades cardiovasculares y respiratorias		
Enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo		
Enfermedades dentales y de sus estructuras de sostén		
Enfermedades digestivas		
Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales		
Enfermedades genitourinarias		
Enfermedades infecciosas y parasitarias		
Enfermedades neoplásicas		
Enfermedades neuropsiquiátricas y de los órganos de los sentidos		
Traumatismos y envenenamientos		
Resto de enfermedades		
Total		100,00

Ejemplo 12: TABLA "99": MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA SEGÚN DIAGNÓSTICO CIE 10 EN POBLACIÓN GENERAL. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

DIAGNÓSTICO CIE 10	ATENCIONES	
	N	%
1		
2		
...		
10		
Resto de diagnósticos		
Total		100,00

Ejemplo 13: TABLA "99": DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN POBLACIÓN GENERAL SEGÚN CONCENTRACIÓN EN RELACIÓN CON LA PROVINCIA. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

DIAGNÓSTICO CIE 10	N	CONCENTRACIÓN [†] (%)
1		
2		
...		
10		

[†] Concentración en relación con la provincia.

Ejemplo 14: TABLA "99": DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN POBLACIÓN GENERAL SEGÚN CRECIMIENTO. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

DIAGNÓSTICO CIE 10	N	CRECIMIENTO (%)
1		
2		
...		
10		

- o Morbilidad en consulta externa según realidad del territorio: violencia, enfermedades relacionadas con la salud mental, complicaciones relacionadas con el embarazo, accidentes de tránsito, neoplasia maligna específica, malnutrición –por exceso o déficit-, por etapas de vida, en población económicamente activa, en mujeres en edad fértil, en mayores de 30 años, en niños menores de cinco y diez años, entre otras.
- o Diez primeras causas de morbilidad con mayor diferencia de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento.
- o Diez primeras causas de morbilidad con mayor razón de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento.

Ejemplo 15: TABLA “99”: ALGUNAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN GRUPOS DE POBLACIÓN ESPECÍFICOS. DISTRITO “X”, PROVINCIA “Y” DEPARTAMENTO “Z”, AÑO “N”.

DIAGNÓSTICO CIE 10		ATENCIÓNES	
		N	(%)
1	Hipertensión arterial en población de 30 a más años		
2	Depresión en población de 10 a más años		
3	Embarazo en adolescentes		
4	Hiperplasia benigna de próstata en varones de 50 a más años		
...			

Ejemplo 16: TABLA “99”: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD SEGÚN DIFERENCIA DE RIESGO EN RELACIÓN CON EL RESTO DE LA PROVINCIA/DEPARTAMENTO. DISTRITO “X”, PROVINCIA “Y” DEPARTAMENTO “Z”, AÑO “N”.

DIAGNÓSTICO CIE 10	TASA BRUTA (x 10 ⁵ hab)		DIFERENCIA DE RIESGO
	DISTRITO	RESTO DE LA PROV. / DPTO.*	
1			
2			
3			
...			
10			

* Incluye todos los distritos de la provincia/departamento, excluyendo al distrito o provincia en evaluación

Ejemplo 17: TABLA “99”: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD SEGÚN RAZÓN DE RIESGO EN RELACIÓN CON EL RESTO DE LA PROVINCIA/DEPARTAMENTO. DISTRITO “X”, PROVINCIA “Y” DEPARTAMENTO “Z”, AÑO “N”.

DIAGNÓSTICO CIE 10	TASA (x 10 ⁵ hab)		RAZÓN DE RIESGO
	DISTRITO	RESTO DE LA PROV. / DPTO.*	
1			
2			
...			
10			

* Incluye todos los distritos de la provincia/departamento, excluyendo al distrito o provincia en evaluación

En el ASIS provincial debe incluirse, además de los anteriores, la tasa de morbilidad de las enfermedades sujetas a vigilancia, cuando sea posible. En caso que se cuente con información de estos indicadores también pueden incluirse en el ASIS distrital.

> **Mortalidad:**

- o Mortalidad por grandes grupos (lista 10/110 OPS, ver Anexo 2).
- o Tasa bruta de mortalidad por grandes grupos (lista 10/110 OPS, ver Anexo 2).
- o Número de muertes maternas por año.
- o Tasa de mortalidad infantil por año.
- o Tasa de mortalidad neonatal por año.
- o Diez primeras causas de mortalidad (tasa bruta) en población, por sexo y por etapas de vida.

Ejemplo 18: TABLA "99": MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS (10/110 OPS). DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

GRANDES GRUPOS DE MORBILIDAD (12/110 OPS)	DEFUNCIONES		
	N	%	TASA (x 10 ⁵ hab)
Afecciones perinatales			
Enfermedades del aparato circulatorio			
Enfermedades del sistema digestivo			
Enfermedades del sistema respiratorio			
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias			
Enfermedades mentales y del sistema nervioso			
Enfermedades metabólicas y nutricionales			
Enfermedades neoplásicas			
Lesiones y causas externas			
Demás enfermedades			
Total		100,00	

Ejemplo 19: TABLA "99": MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NEONATAL. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

INDICADOR	AÑO				
	1	2	3	4	5
Número de muertes maternas					
Tasa de mortalidad infantil					
Tasa de mortalidad neonatal					

Ejemplo 20: TABLA "99": DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD (TASA BRUTA). DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

DIAGNÓSTICO CIE X	DEFUNCIONES		
	N	%	TASA (x 10 ⁵ hab)
1			
2			
...			
10			
Resto de diagnósticos			
Total		100,00	

- o Tasa bruta de mortalidad por causas específicas o grupos específicos, según realidad del territorio.
- o Diez primeras causas de mortalidad en población general con mayor concentración en relación con la provincia^g.
- o Diez primeras causas de mortalidad en población general con mayor crecimiento en relación con el resto de la provincia^h.
- o Diez primeras causas de mortalidad con mayor diferencia de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento.

Ejemplo 21: TABLA "99": TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR ALGUNAS CAUSAS Y GRUPOS ESPECÍFICOS. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

	GRANDES GRUPOS DE MORBILIDAD (12/110 OPS)	DEFUNCIONES		
		N	%	TASA (x 10 ⁵ hab)
1	Suicidios			
2	Enfermedades cerebrovasculares en mayores de 40 años			
3	Tuberculosis en población económicamente activa			
...				

Ejemplo 22: TABLA "99": DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN GENERAL SEGÚN CONCENTRACIÓN EN RELACIÓN CON LA PROVINCIA. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

	DIAGNÓSTICO CIE 10	N	CONCENTRACIÓN [¶] (%)
1			
2			
...			
10			

[¶] Concentración en relación con la provincia.

Ejemplo 23: TABLA "99": DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN GENERAL SEGÚN CRECIMIENTO. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

	DIAGNÓSTICO CIE 10	N	CRECIMIENTO (%)
1			
2			
...			
10			

Ejemplo 24: TABLA "99": DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN DIFERENCIA DE RIESGO EN RELACIÓN CON EL RESTO DE LA PROVINCIA/DEPARTAMENTO. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

	DIAGNÓSTICO CIE 10	TASA (x 10 ⁵ hab)		DIFERENCIA DE RIESGO
		DISTRITO	RESTO DE LA PROV. /DPTO.*	
1				
2				
...				
10				

* Incluye todos los distritos de la provincia/departamento, excluyendo al distrito o provincia en evaluación

g En el ASIS de la provincia se determina la concentración en relación con el departamento

h En el ASIS de la provincia se determina la concentración en relación con el resto del departamento

- o Diez primeras causas de mortalidad con mayor razón de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento.

Ejemplo 25: TABLA "99": DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN RAZÓN DE RIESGO EN RELACIÓN CON EL RESTO DE LA PROVINCIA/DEPARTAMENTO. DISTRITO "X", PROVINCIA "Y" DEPARTAMENTO "Z", AÑO "N".

DIAGNÓSTICO CIE 10	TASA (x 10 ⁵ hab)		RAZÓN DE RIESGO
	DISTRITO	RESTO DE LA PROV. / DPTO.*	
1			
2			
3			
...			
10			

* Incluye todos los distritos de la provincia/departamento, excluyendo al distrito o provincia en evaluación

En el ASIS provincial debe incluirse, además de los anteriores, la tasa de mortalidad por grupos especiales, por zona urbana/rural, por línea de pobreza, etc. También pueden incluirse en el ASIS distrital en caso que se cuente con información de estos indicadores.

- **Priorización de los problemas con impacto sanitario.** Este componente es de vital importancia en el ASIS local, debido a que resume el trabajo realizado por el equipo técnico junto con la comunidad. Todos los problemas identificados como prioritarios, en esta parte, son presentados con un análisis integral basado en las percepciones de los actores sociales clave y la evidencia científica en salud pública, que nos permita detectar los determinantes sociales de la salud que expliquen la presencia de los problemas en el territorio. Este proceso se describe en detalle en uno de los apartados de este documento.
- **Priorización de territorios vulnerables.** Como ya se ha mencionado, la identificación de grupos vulnerables nos permite orientar mejor nuestros recursos para reducir las inequidades en salud. En este componente se presentan en forma ordenada a las comunidades (anexos, caseríos, comités, etc.) del distrito o los distritos de la provincia, según su vulnerabilidad.
- **Propuesta de líneas de acción.** Establecer una ruta para resolver los problemas con impacto sanitario cierra el proceso analítico. Estas propuestas son el resultado de las recomendaciones que realizan los actores sociales clave para resolver estos problemas. Sin embargo, los equipos técnicos tienen la responsabilidad de buscar propuestas adicionales sustentadas con evidencia científica.

Es preciso señalar que el éxito del ASIS local está en la inclusión de las líneas de acción en la agenda política y en los presupuestos disponibles en el ámbito local. No se alcanza sólo con la propuesta de líneas de acción.

5.4. METODOLOGÍA CUANTITATIVA PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La información cuantitativa incluye cifras de los censos, estadísticas de la atención sanitaria de rutina y la información epidemiológica que se mide a través de encuestas.

5.4.1. Medidas de frecuencia.

El paso inicial en los estudios epidemiológicos es medir la frecuencia con que ocurren los eventos en la población, ya sea comparando dos poblaciones o una misma población en dos momentos diferentes de tiempo. Se clasifican en medidas de frecuencia absoluta y medidas de frecuencia relativa.

Los recuentos o frecuencia absoluta, indican la magnitud de un evento o característica, es decir, mide el número de veces que se repite el episodio o evento en la población. Dado que el número absoluto de eventos va a ser dependiente del tamaño de la población, esta modalidad no permite hacer comparaciones entre poblaciones de diferente tamaño. En cambio, es muy útil para calcular los recursos que se requieren para atender las necesidades de una población determinada. Ejemplos: número de personas expuestas a plomo, número de mujeres y hombres afectados por cáncer de piel, número total de viviendas destruidas en un evento adverso.

La frecuencia relativa, se usa para comparar adecuadamente la frecuencia de los eventos de salud independientemente del tamaño de la población en la que se realiza la medición. En este grupo se encuentran la razón, la proporción y la tasa.

- **Razón:** Es el cociente de frecuencias entre dos grupos distintos, por lo que el numerador no necesariamente está incluido en el denominador. Permite comparar dos frecuencias que en conjunto constituyen un indicador de interés.

Ejemplo 26: En una provincia P se han producido 50 accidentes de tránsito y 10 muertes como consecuencia de estos accidentes ¿Cuál es la razón de muertes por accidente de tránsito en la provincia P?

Solución:

$$\text{Razón de muertes por accidente de tránsito} = \frac{\text{Número de muertes por accidente de tránsito}}{\text{Número de accidentes de tránsito}} = \frac{10}{50} = 0,2$$

Respuesta:

En la provincia P, la razón de muertes por accidentes de tránsito es 0,2; es decir, por cada 10 accidentes de tránsito se producen dos muertes.

- **Proporción:** Esta es una fracción en la cual el numerador está incluido en el denominador. Expresa la frecuencia de un evento en relación con la población total en la cual acontece. Por lo tanto su valor oscila entre cero y uno.

Ejemplo 27: En una comunidad C residen 1250 niños menores de cinco años, de los cuales 125 tienen desnutrición crónica ¿Cuál es la proporción de niños menores de cinco años con desnutrición crónica en la comunidad C?

Solución:

$$\text{Proporción niños menores de cinco años con desnutrición crónica} = \frac{\text{Número de niños menores de cinco años con desnutrición crónica de la comunidad C}}{\text{Número de niños menores de cinco años de la comunidad C}} \times 100 = \frac{125}{1250} \times 100 = 10\%$$

Respuesta:

En la comunidad C, la proporción de niños menores de cinco años con desnutrición crónica es igual a 10%.

- **Tasa:** Es un cociente que tiene como numerador a los eventos que ocurren en una población en riesgo durante un tiempo determinado (denominador). Su resultado se multiplica por una constante múltiplo de 10 que puede ser 10, 100, 1000, 10⁴, 10⁵, etc.

Ejemplo 28: En distrito D, cuya población total llega a 28563 habitantes, se han registrado 2548 casos nuevos de malaria ¿Cuál es la tasa de incidencia por malaria en el distrito D?

Solución:

$$\text{Tasa de incidencia por malaria en el distrito D} = \frac{\text{Número de casos nuevos de malaria en el distrito D}}{\text{Población del distrito D}} \times 10\,000 = \frac{2548}{28\,563} \times 10\,000 = 88,93 \times 10^4 \text{ hab}$$

Respuesta:

En el distrito D, la tasa de incidencia por malaria es $88,93 \times 10^4$ hab.

5.4.2. Fuentes de información

En el ASIS local es fundamental disponer de fuentes de información de buena calidad de las cuales se obtengan los datos necesarios para calcular las principales medidas descritas anteriormente. Esta puede provenir de estudios transversales, encuestas o censos realizados en la comunidad, así como de bases de datos y registros del sector salud y de otros organismos del Estado.

Para identificar las fuentes de información debemos preguntar: ¿quién tiene o dónde están los datos? En el país, estas fuentes se encuentran compiladas en documentos escritos y en formato electrónico como es el caso de los censos, las encuestas ENDES continua y ENAHO del INEI, así como en la base de datos HIS y NOTI del Ministerio de Salud, entre otras disponibles en las dependencias del Estado (nacionales, departamentales, provinciales y distritales). En otros casos, será necesaria la recopilación de datos para lograr los objetivos del ASIS local, utilizando los métodos, técnicas, instrumentos y procedimientos adecuados y teniendo en consideración ciertos factores como:

- Uso y naturaleza (cualitativa o cuantitativa) de la información requerida.
- Existencia de herramientas apropiadas para el estudio de la población de interés.
- Capacidad para aplicar el método elegido y analizar la información resultante.
- Duración, costo y recursos disponibles (financieros y humanos) para el levantamiento de información.

5.5. INDICADORES PARA DESCRIBIR Y ANALIZAR LA SITUACIÓN DE SALUD LOCAL

5.5.1. Concentración de un evento de interés sanitario

Es una medida que permite determinar y dar a conocer la distribución de los determinantes sociales de la salud (por ejemplo: acceso a agua potable), la morbilidad o la mortalidad (por ejemplo: infecciones respiratorias agudas) en territorios (por ejemplo: distrito) o grupos poblacionales (por ejemplo: adultos mayores), de un ámbito geográfico determinado.

Podemos usarla para orientar recursos a la población que soporta la mayor frecuencia de morbilidad o mortalidad general o específica, así como a la más afectada por los determinantes sociales de la salud.

a. Forma de cálculo:

$$\text{Concentración de un evento de interés sanitario (\%)} = \frac{\text{Número de casos en la población específica}}{\text{Número de casos en la población general}} \times 100$$

b. Interpretación:

En la “población específica”, se concentra el “% (porcentaje)” de los casos que ocurren en la “población general”

Ejemplo 29: En una provincia P, se han presentado 20 casos de una enfermedad X. El distrito D -que forma parte de esta provincia- ha registrado 4 casos en este mismo periodo. ¿Cuál es la concentración de casos de la enfermedad X en el distrito D con relación a la provincia P?

Solución:

- En el problema planteado tenemos los siguientes datos:
 - Número de casos de la enfermedad X en el distrito D = 4 casos
 - Número de casos de la enfermedad X en la provincia P = 20 casos

- Para responder a las preguntas utilizaremos la siguiente fórmula:

$$\text{Concentración de casos de la enfermedad X (\%)} = \frac{\text{Número de casos de la enfermedad X en el distrito D}}{\text{Número de casos de la enfermedad X en la provincia P}} \times 100$$

- Reemplazando los datos en la fórmula propuesta:

$$\text{Concentración de casos de la enfermedad X (\%)} = \frac{4}{20} \times 100 = 0,2 \times 100 = 20$$

Respuesta:

En el distrito D se concentra 20% del total de casos de la enfermedad X que se presentan en la provincia P. Es decir, uno de cada cinco casos de la enfermedad X de la provincia P se encuentran en el distrito D.

5.5.2. Crecimiento de un evento de interés sanitario

Es una medida que permite determinar y dar a conocer la variación a través del tiempo de los determinantes sociales de la salud (por ejemplo: acceso a saneamiento básico), la morbilidad o la mortalidad (por ejemplo: enfermedades diarreicas agudas) en territorios (por ejemplo: distrito) o grupos poblacionales (por ejemplo: niños menores de cinco años) de un ámbito geográfico determinado.

Nos puede ayudar a reorientar recursos de acuerdo a la variación de la morbilidad o la mortalidad -general o específica- o de los determinantes sociales de la salud en un ámbito geográfico determinado.

a. Forma de cálculo:

$$\text{Crecimiento de un evento de interés sanitario (\%)} = \frac{\text{Número de casos en la población específica en el período actual} - \text{Número de casos en la población específica en el período anterior}}{\text{Número de casos en la población específica en el período anterior}} \times 100$$

b. Interpretación:

En la “población específica”, el número de casos en el “período actual” aumentó (+)/disminuyó (-) “%” en comparación con el “período anterior”.

Ejemplo 30: Según el último censo, en el distrito D -en el año actual- existen 150 viviendas sin acceso a saneamiento básico, mientras que en el censo del año pasado se reportaron 120 viviendas con esta carencia. En relación con el año pasado ¿Cuál es el porcentaje de crecimiento de viviendas sin acceso a saneamiento básico en el distrito D?

Solución:

- En el problema planteado tenemos los siguientes datos:
 - Número de viviendas sin acceso a saneamiento básico en el distrito D en el año actual = 150
 - Número de viviendas sin acceso a saneamiento básico en el distrito D en el año pasado = 120

- Para responder a las preguntas utilizaremos la siguiente fórmula:

$$\text{Crecimiento de viviendas sin acceso a saneamiento básico (\%)} = \frac{\text{Número de viviendas sin acceso a saneamiento básico en el distrito D en el año actual} - \text{Número de viviendas sin acceso a saneamiento básico en el distrito D en el año pasado}}{\text{Número de viviendas sin acceso a saneamiento básico en el distrito D en el año pasado}} \times 100$$

- Reemplazando los datos en la fórmula propuesta:

$$\text{Crecimiento de viviendas sin acceso a saneamiento básico (\%)} = \frac{150-120}{120} \times 100 = \frac{30}{120} \times 100 = 0,25 \times 100 = 25$$

Respuesta:

En el distrito D, en el año actual, las viviendas sin acceso a saneamiento básico aumentaron 25% en comparación con el año pasado.

5.5.3. Diferencia de riesgo de un evento de interés sanitario

Mide el riesgo absoluto. Permite determinar y dar a conocer la desigualdad existente entre territorios (por ejemplo: distrito) o grupos poblacionales (por ejemplo: niños menores de cinco años) de un ámbito geográfico determinado en relación con los determinantes sociales (por ejemplo: pobreza), la morbilidad o la mortalidad (por ejemplo: desnutrición crónica infantil).

Nos ayuda a priorizar poblaciones o territorios para la asignación de recursos de acuerdo a las brechas de morbilidad o mortalidad -general o específica- o de los determinantes sociales de la salud en un ámbito geográfico determinado.

a. Forma de cálculo:

$$\text{Diferencia de riesgo de un evento de interés sanitario} = \text{Tasa en la población objetivo} - \text{Tasa en la población referente}^i$$

b. Interpretación:

La probabilidad de tener el problema evaluado que se debe, exclusivamente, a pertenecer a la "población objetivo" y no a la «población referente», es igual a "X".

i **Población objetivo:** Es la población de interés en el análisis o la población con mayor desventaja social. En el ASIS local, se refiere a: el distrito cuando el ASIS es distrital; la provincia cuando el ASIS es provincial, asumiendo que estas poblaciones podrían estar en mayor desventaja social. Sin embargo, puede corresponder a otras poblaciones como: indígenas, mujeres, raza negra, pobres, etc.

j **Población referente:** Es la población con mejor ventaja social o la que se considera modelo a seguir. En el ASIS local, se refiere a: el resto del distrito cuando el ASIS es distrital; el resto de la provincia cuando el ASIS es provincial, asumiendo que estas poblaciones podrían tener mayores oportunidades. Sin embargo, puede corresponder a otras poblaciones como: la capital de la provincia, la capital del departamento, población de raza blanca, varones, no pobres, etc.

Ejemplo 31: Milla es el distrito más pobre del departamento de Pampasola, mientras que Cocacharcas es el distrito menos pobre de este ámbito. En el distrito de Milla, la tasa de desnutrición crónica (DNC) en niños menores de cinco años (nmca) es 45,3 x 10 000 nmca, mientras que en el distrito de Cocacharcas esta tasa llega a 15,3 x 10 000 nmca. ¿Cuál es riesgo de desnutrición crónica en niños menores de cinco años (nmca) debido a que viven en el distrito de Milla y no en Cocacharcas?

Solución:

- En el problema planteado tenemos los siguientes datos:
 - Tasa de DNCnmca en el distrito de Milla = 45,3
 - Tasa de DNCnmca en el distrito de Cocacharcas = 15,3
- Para responder a las preguntas utilizaremos la siguiente fórmula:

$$\text{Diferencia de riesgo de DNCnmca} = \frac{\text{Tasa de DNCnmca en el distrito de Milla}}{\text{Tasa DNCnmca en el distrito de Cocacharcas}}$$

- Reemplazando los datos en la fórmula propuesta:

$$\text{Diferencia de riesgo de DNCnmca} = 45,3 - 15,3 = 30,0$$

Respuesta:

El riesgo de desnutrición que tienen los niños menores de cinco años, por el solo hecho de vivir en el distrito de Milla y no vivir en Cocacharcas, es 30,0 x 10 000 nmca.

5.5.4. Razón de riesgo de un evento de interés sanitario

Mide el riesgo relativo. Permite determinar y dar a conocer la desigualdad existente entre territorios (por ejemplo: distrito) o grupos poblacionales (por ejemplo: niños menores de cinco años) de un ámbito geográfico determinado en relación con los determinantes sociales de la salud (por ejemplo: inmunizaciones en niños menores de cinco años), la morbilidad o la mortalidad (por ejemplo: neumonía en niños menores de cinco años).

Nos ayuda a priorizar poblaciones o territorios para la asignación de recursos de acuerdo a las brechas de morbilidad o mortalidad -general o específica- o de los determinantes sociales de la salud en un ámbito geográfico determinado.

a. Forma de cálculo:

$$\text{Razón de riesgo de un evento de interés sanitario} = \frac{\text{Tasa en la población objetivo}^k}{\text{Tasa en la población referente}^l}$$

b. Interpretación:

En la “población objetivo”, la probabilidad de tener la característica evaluada es “X” veces la registrada en la “población referente”.

k Población objetivo: Es la población de interés en el análisis o la población con mayor desventaja social. En el ASIS local, se refiere a: el distrito cuando el ASIS es distrital; la provincia cuando el ASIS es provincial, asumiendo que estas poblaciones podrían estar en mayor desventaja social. Sin embargo, puede corresponder a otras poblaciones como: indígenas, mujeres, raza negra, pobres, etc.

l Población referente: Es la población con mejor ventaja social o la que se considera modelo a seguir. En el ASIS local, se refiere a: el resto del distrito cuando el ASIS es distrital; el resto de la provincia cuando el ASIS es provincial, asumiendo que estas poblaciones podrían tener mayores oportunidades. Sin embargo, puede corresponder a otras poblaciones como: la capital de la provincia, la capital del departamento, población de raza blanca, varones, no pobres, etc.

Ejemplo 32: Milla es el distrito más pobre del departamento de Pampasola, mientras que Cocacharcas es el distrito menos pobre de este ámbito. En el distrito de Milla, la tasa de desnutrición crónica (DNC) en niños menores de cinco años (nmca) es 45,3 x 10 000 nmca, mientras que en el distrito de Cocacharcas esta tasa llega a 15,3 x 10 000 nmca. ¿Existirá mayor riesgo de desnutrición crónica en niños menores de cinco años (nmca) en el distrito de Milla en comparación con el distrito de Cocacharcas?

Solución:

1. En el problema planteado tenemos los siguientes datos:
 - Tasa de DNCnmca en el distrito de Milla = 45,3
 - Tasa de DNCnmca en el distrito de Cocacharcas = 15,3
2. Para responder a las preguntas utilizaremos la siguiente fórmula:

$$\text{Razón de riesgo de DNCnmca} = \frac{\text{Tasa de DNCnmca en el distrito de Milla}}{\text{Tasa DNCnmca en el distrito de Cocacharcas}}$$

3. Reemplazando los datos en la fórmula propuesta:

$$\text{Razón de riesgo de DNCnmca} = \frac{45,3}{15,3} = 3,0$$

Respuesta:

El riesgo de desnutrición crónica en niños menores de cinco años del distrito de Milla es tres veces la observada en el distrito de Cocacharcas.

5.6. METODOLOGÍA CUALITATIVA PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los datos que podemos obtener a partir de la metodología cualitativa son diversos. Aquí podemos considerar desde declaraciones que salen de las entrevistas con los actores, hasta fotografías que sean evidencia de las prácticas sociales y culturales, pasando por los registros que podemos realizar a partir de la observación y nuestra experiencia en la comunidad. Esta información tiene un valor intrínseco y es trabajada por los científicos sociales.

En el marco del ASIS Local, y dadas las características de este proceso, los datos cualitativos sirven para enriquecer los datos cuantitativos, debido a que los números y cifras proporcionan información útil pero no siempre explican los resultados o responden a la pregunta ¿por qué? Por ejemplo, las cifras pueden mostrar una baja tasa de cobertura de vacunación para un distrito en particular, pero se necesita información adicional para comprender y explicar por qué la tasa es baja. Asimismo, las entrevistas con los proveedores de atención de la salud o los miembros de la comunidad pueden proporcionar información descriptiva y conocimientos útiles para la planificación y la gestión.

Una de las fortalezas más importantes de la información cualitativa es que dará al equipo de salud la perspectiva de la comunidad respecto a sus problemas e identificará aquellos aspectos que desde su óptica condicionan o explican los problemas de salud presentes. Por ejemplo, “¿por qué hay muchos casos de dengue?”, o “¿por qué las madres prefieren viajar tres horas y llevar a sus hijos al hospital en lugar del establecimiento de salud de su comunidad?”.

Algunas de las razones que justifican el uso de esta metodología, son:

- Permite acceder a información difícil de obtener a partir de instrumentos muy estructurados como las encuestas.
- Ayuda a que nuestras decisiones e intervenciones sean más válidas y legítimas ante la población.
- Al ser más flexible, ofrece la posibilidad de incluir otras dimensiones o temas que puedan surgir durante el trabajo de campo y que al inicio no fueron considerados.
- Ofrece la oportunidad de establecer un vínculo más cercano y cálido con la población y sus representantes.
- En el caso de los grupos focales y talleres, tienen el potencial de proporcionar resultados rápidos.

En este apartado nos concentraremos en cuatro técnicas: la entrevista, los grupos focales, la observación y los talleres participativos. Para su aplicación será necesario identificar primero los actores con los cuales trabajaremos: mapeo de actores sociales.

5.6.1. Mapeo de actores sociales

El mapeo de actores sociales es otro paso esencial para la elaboración del ASIS local. Su objetivo es la identificación de los actores sociales del distrito (instituciones públicas o privadas, organizaciones comunitarias, instituciones educativas, iglesias, gobierno local, etc.) para que -a partir de su reconocimiento- podamos determinar quiénes son los llamados a participar en el proceso de ASIS local. Adicionalmente, servirá como un insumo que permitirá conocer con quiénes podemos contar para apoyar nuestras iniciativas y con quiénes no, al inicio del proceso.

Debemos tener presente que los usuarios de los servicios de salud constituyen contextos: familias, grupos sociales, barrios, ambientes (físicos, sociales, políticos, etc.). Están inmersos en redes sociales que suponen recursos, influjos, conexiones y tienen sus propias experiencias de la enfermedad, creencias, antecedentes biográficos, proyectos de vida, expectativas, etc.

Los actores sociales deben ser mapeados siguiendo una serie de pasos que van desde la indagación previa sobre las instituciones y personalidades presentes en el distrito, hasta su contacto directo, además de la definición de su posición, interés e influencia hacia nuestros objetivos. Ello implica que indagemos en sus páginas de internet o que hagamos alguna visita a cada uno de ellos. Estos pasos son:

- **Paso 1: Definir el tema.** En este caso, el tema guía es el desarrollo del análisis de situación de salud local.
- **Paso 2: Identificar los actores sociales**
 - o **Listar los actores sociales:** Mediante una lluvia de ideas basada en un conocimiento previo de la zona, consulta a líderes locales, etc., se procede a elaborar un listado completo de las personas, grupos y organizaciones que puedan cumplir con alguna de las siguientes características:
 - Son afectados o tienen que ver con la situación de salud actual.
 - No están siendo directamente afectados pero podrían tener interés en el ASIS local.
 - Poseen información, experiencia o recursos necesarios para formular e implementar las líneas de acción que salgan del ASIS local.
 - Son necesarios para la adopción e implementación de las líneas de acción y recomendaciones que salgan del ASIS local.
 - Consideran que tienen derecho a estar involucrados en el proceso de ASIS local.
 - o **Enfocar los actores sociales:** Consiste en llegar al nivel más específico posible para cada uno de los actores listados, identificando preferentemente quién sería la persona a convocar y los datos de contacto.
 - o **Categorizar los actores sociales:** Esto nos ayudará a darle un orden y lógica a nuestra lista. Para ello podemos utilizar cuatro categorías básicas:
 - Actores de la municipalidad: En este grupo se encuentra el alcalde, los regidores, así como los directivos que trabajan en ella.
 - Actores del sector salud: Incluye al personal de salud o a sus directivos.
 - Actores del sector público: Entidades, colectividades o individuos que cumplen funciones como parte del aparato estatal.

- Actores del sector privado: Entidades, colectividades o individuos que tienen un ánimo de lucro en su actividad.
- Actores de la comunidad: Personas o grupos propuestos por su comunidad para cumplir un rol con funciones vinculadas a su desarrollo. Tienen un sentido de identificación y pertenencia con su comunidad al compartir valores, normas, historia y territorio. En este caso encontramos a las juntas vecinales.

Ejemplo 33: En el distrito Milla, encontramos varios actores sociales entre los que destacan: el alcalde municipal, la junta vecinal, dos empresas mineras, así como tres instituciones educativas de nivel inicial, primario y secundario y organizaciones sociales de base.

En el último año, a pesar de los esfuerzos de la responsable de promoción de la salud de la microred, no se ha logrado el diálogo con el alcalde municipal actual, pues -a partir de los proyectos que viene trabajando- se observa que su principal preocupación está en el desarrollo de infraestructura, dado que su inversión se aboca -sobre todo- a la construcción de pistas y veredas y al mejoramiento de parques, además de la construcción de una Casa de la Juventud y la construcción de tres lozas deportivas en donde se dictarán clases de fútbol y vóley a bajo costo para los niños. Estos proyectos son afines con las promesas de campaña que el alcalde actual está haciendo en busca de la reelección, pues hace énfasis en la necesidad de continuar trabajando por la juventud y la niñez y han sido promovidos por las juntas vecinales.

En el caso de las Organizaciones Sociales de Base (OSB), se encuentran registrados cinco comedores populares y tres comités de vaso de leche. Con ellos tampoco ha existido un trabajo conjunto, pero algunos de los dirigentes son agentes comunitarios de salud y mantienen una buena relación con el personal de salud. En varias oportunidades han sido de gran ayuda, sobre todo para el desarrollo de las actividades extramurales, en las que apoyaban contactando y convocando a la población, pues tienen liderazgo reconocido en la comunidad donde viven.

En el sector empresarial, predominan dos empresas mineras que generan preocupación en un sector de la población por su impacto ambiental, sobre todo a nivel de los ríos. Ambas presentan programas de responsabilidad social, una de ellas ha realizado algunas campañas de salud en colaboración con el personal del EESS local, pero no ha habido comunicación reciente. Sin embargo, en todo momento han manifestado su intención de invertir en proyectos relacionados con aspectos sociales.

Por último, ha existido diálogo y trabajo conjunto con los directivos y docentes de las tres instituciones educativas en casi la mayoría de actividades en favor de la salud (campañas de vacunación, actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, nutrición, entre otras). Siempre se han mostrado abiertos al apoyo y la coordinación con el personal de salud, logrando implementar el programa de Instituciones Educativas Saludables en ellas.

A partir de este escenario, podemos identificar los actores sociales relacionados con los temas de salud, en forma directa o indirecta.

Actor Social	Función	Activos	Posición	Interés	Influencia
Municipio (Alcalde)	Brindar servicios públicos en forma oportuna, con calidad	Viabiliza las decisiones tomadas en el marco del presupuesto participativo	Apoyo pasivo	Interés moderado	Mucha influencia
Sector salud (Responsable de Promoción de la Salud)	Implementar el programa de municipios saludables	Tiene estrecha relación con los principales actores sociales comunitarios, públicos y privados	Apoyo activo	Mucho interés	Mucha influencia
Instituciones Educativas (Directores)	Formación y educación de población escolar a través de educación formal pública	Reciben a niños y adolescentes de todo el distrito. Tienen poder de convocatoria con los padres de familia	Apoyo activo	Mucho interés	Poca influencia
Empresas mineras (Jefes del área de Responsabilidad Social)	Operar el proyecto El Tambo, respetando las leyes, la salud, el ambiente y la cultura de las zonas de influencia	Cuenta con presupuesto para proyectos de responsabilidad social.	Apoyo pasivo	Interés moderado	Influencia moderada
Junta vecinal	Decidir sobre las necesidades de inversión en la comunidad	Cuentan con apoyo de la comunidad para la toma de decisiones	Apoyo pasivo	Interés moderado	Influencia moderada
Organizaciones Sociales de Base (Dirigentes)	Brindar un servicio de apoyo alimentario a las personas y familias de escasos recursos económicos	Varios dirigentes gozan de reconocimiento ante la comunidad. Conocen de cerca a la población	Apoyo pasivo	Mucho interés	Poca influencia

- Otros actores de la comunidad: Se refiere a una amplia gama de organizaciones que están presentes en la vida pública. No reciben mandato de entidades externas, tienen sus propios procedimientos para gobernarse. Abarca una gran variedad de instancias: grupos comunitarios, organizaciones no gubernamentales, sindicatos, organizaciones indígenas, instituciones de caridad, organizaciones religiosas, asociaciones profesionales y fundaciones.
- o *Caracterizar los actores sociales:* El siguiente paso es identificar algunas características importantes de los actores listados como la función de cada actor, su posición en relación al ASIS local, su nivel de interés en la solución de los problemas de salud y la influencia que pueden tener sobre los tomadores de decisiones.

Esta información debe ser colocada en la matriz de actores sociales (ver Anexo 3), con la finalidad de llevar un orden y facilitar la lectura de la información que tenemos.

5.6.2. Técnicas cualitativas para la recolección de información

Como parte del ASIS local, apostaremos por el uso de las cuatro técnicas más utilizadas dentro de la tradición de la metodología cualitativa. La premisa es que el equipo de salud pueda aplicarlas tomando en cuenta las características del contexto y de los informantes; por tanto, no todas serán usadas en el proceso de ASIS local.

- **La entrevista:** Es una conversación ordenada en un formato de pregunta-respuesta que tiene por finalidad registrar las percepciones de las personas sobre un tema, así como rescatar sus experiencias. Cada entrevista es un momento único, por lo que un entrevistador realiza una entrevista diferente según su cultura, sensibilidad y conocimiento acerca del tema y, sobre todo, según sea el contexto espacio-temporal en el que se desarrolla la misma. Recordemos que en esta metodología el instrumento principal es el investigador, por ello es importante que sea consciente de aquellos marcos ideológicos, sociales y/o culturales que pueden condicionar el curso del diálogo. En el caso del ASIS local, es importante la aplicación sistemática del instrumento que pueda generar información comparable, así como la elección de los actores más representativos de la comunidad. La entrevista, como toda técnica, presenta ventajas y limitaciones que hay que considerar para su elección (Tabla 01).

Tabla 01: Ventajas y limitaciones de las entrevistas. Consejos para su aplicación

Ventajas en relación a otras técnicas	<ul style="list-style-type: none"> - Permite obtener riqueza informativa a partir de las interpretaciones de los entrevistados. - Ofrece la oportunidad de repreguntar y profundizar en un marco de diálogo flexible y espontáneo. - Es una técnica flexible y económica. - Proporciona mayor intimidad y comodidad, y por tanto permite trabajar temas más privados/delicados.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda más tiempo para su aplicación. - Exige la aplicación de recursos lingüísticos apropiados para la situación y la población. - Falta de observación directa en los escenarios naturales.
Consejos para su aplicación	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurarse de que las preguntas de la entrevista se dirijan hacia el objetivo que queremos alcanzar. - Asegurarse de que el entrevistado comprenda las preguntas, por ello es necesario usar un lenguaje claro y sencillo. - El entrevistador debe tener un rol activo para la obtención de recuerdos y reflexiones del entrevistado.

Se pretende que esta técnica sea usada para contrastar la información obtenida sobre los determinantes sociales de la salud del distrito a partir del trabajo de gabinete. Para esto, hemos elaborado un modelo de guía de entrevista a ser aplicada a los actores sociales que considera tres temas: los determinantes sociales de la salud y el acceso al sistema de salud, así como los problemas de salud (ver Anexo 4).

A partir de esta guía podemos añadir otras preguntas o dimensiones que consideremos pertinentes en el caso de nuestro decir distrito o provincia. Por ejemplo, podemos indagar

en algún tipo de determinante social de la salud que nuestra experiencia o la información del contexto señale que es relevante.

- **El grupo focal:** Es una técnica que explora un tema con cierta profundidad, a través de la interacción (discusión) de un conjunto de individuos, con la presencia de un moderador que facilita este proceso. Podemos hacer un grupo focal cuando queremos:
 - o Identificar las variaciones de opiniones alrededor de un tema.
 - o Explorar en un nuevo campo de estudio sobre el que existe poca información.
 - o Generar hipótesis basadas en las percepciones de los informantes.
 - o Validar localmente un instrumento (como cuestionarios) o los resultados de un estudio.
 - o Obtener la mayor cantidad de información posible en un periodo corto de tiempo.

Al igual que la entrevista, los grupos focales tienen ventajas y desventajas que son presentadas en la Tabla 02.

No todos los grupos focales se hacen de la misma forma. Existen grupos focales más abiertos y otros más cerrados o estructurados (Tabla 03). El nivel de estructuración dependerá de nuestros objetivos y del conocimiento que tenemos del tema a tratar. Si es un tema del cual no tenemos mucha información es más factible desarrollar un grupo focal más abierto (Tabla 04).

El grupo focal se inicia con la presencia de los participantes, el facilitador e, idealmente, alguien que tome notas y/o grabe la discusión. Primero se realiza la presentación y, luego, la aplicación de la guía de preguntas (Tabla 05).

Tabla 02: Ventajas y desventajas de los grupos focales

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> - Es posible obtener información sobre las opiniones, actitudes, y prácticas de un grupo o comunidad. - Puede revelar las variaciones existentes en estas opiniones, actitudes, prácticas y por qué. - Funciona bien en grupos en los que el abordaje individual es difícil. - Permite obtener varios puntos de vista sobre un mismo tema en un corto tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es necesario que el entrevistador tenga las habilidades comunicativas necesarias para facilitar el grupo focal. - La calidad de la información puede estar supeditada al perfil de los participantes. - En algunos casos es necesario incentivar a los participantes con algún tipo de retribución para que asistan. - Las diferencias o jerarquías de los participantes puede hacer que algunos hablen más que otros e influyeran las respuestas. - Algunos participantes pueden intervenir muy poco.

Tabla 03: Niveles de estructuración de un grupo focal

Poco estructurado	Muy estructurado
<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo no establecido. - Se desarrolla en contextos que no han sido previamente preparados. - Los entrevistados definen la dirección de la conversación. - El tamaño del grupo no es controlado. - Definición de preguntas en el momento. - Los investigadores pueden tener una relación previa con el grupo. - Se parece más a una conversación informal. 	<ul style="list-style-type: none"> - El tiempo es pre establecido. - El contexto para su desarrollo es planeado y acondicionado con anterioridad. - La dinámica es pregunta respuesta, sin dar espacio a otros temas. - El tamaño del grupo y sus integrantes es pre-establecido. - Preguntas predeterminadas y validadas. - El investigador puede no haber tenido relación con los participantes.

Tabla 04: Pasos para la organización de los grupos focales

Paso	Actividades
Paso 1: Determinar en qué se centrará el grupo focal	<ul style="list-style-type: none"> - Definir el tema y subtemas a tratar que nos ayuden a cumplir nuestro objetivo. - Elaborar la guía de preguntas.
Paso 2: Elegir a los informantes	<ul style="list-style-type: none"> - Definir criterios para la elección de los informantes y cómo los convocaremos. Aquí es imprescindible tomar en cuenta la información derivada del mapeo de actores. - Buscar representantes a los grupos que componen la población que nos interesa. - Definir mezclarlos o no dependiendo de los objetivos del estudio (género, generación, nivel socioeconómico, etc.) - Decidir el tamaño del grupo (8 a 10 personas máximo).
Paso 3: Asegurar los recursos logísticos	<ul style="list-style-type: none"> - Elegir un lugar para el grupo focal que ofrezca: confort para el facilitador y el ejercicio, conveniencia para la gente (accesibilidad), que no esté expuesto a potenciales interrupciones y ruidos. Otras facilidades: luz, baño, etc. - Conseguir una grabadora, cámara de fotos u otros medios para el registro de la información. - Asegurar los refrigerios, pasajes y otros recursos necesarios para los participantes.
Paso 4: Elegir al facilitador de nuestro grupo focal	<ul style="list-style-type: none"> - Elegir alguien con la disposición y habilidades comunicativas que: sepa escuchar, que no imponga su opinión al grupo, evite el sesgo, etc.

Tabla 05: Aplicación del grupo focal

Paso	Descripción
Paso 1: Presentación	<p>Al empezar el grupo focal el facilitador debe asegurarse de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar cuál es el objetivo de la actividad, por qué los asistentes presentes fueron invitados a participar y cuál es la importancia de contar con su opinión. - Explicar brevemente cuál es el rol que él cumplirá en la sesión. - Pedir permiso para grabar la conversación. - Pedir que cada uno se presente. - Mencionar rápidamente las reglas de la discusión grupal.
Paso 2: Desarrollo del grupo focal	<p>Este es el momento en que formulamos las preguntas preparadas en nuestra guía de entrevista, y anotamos las respuestas de todos, por ello es importante que de ser posible además del facilitador haya alguien encargado de tomar notas y de grabar.</p>

En relación con el número de preguntas, generalmente, podemos hacer seis a ocho preguntas abiertas que inviten a dialogar sobre los principales sub-temas que nos interesan del tema que estamos trabajando. A partir de ello, podríamos utilizar otras preguntas que no están en la guía, pero con los siguientes objetivos:

- o Esclarecer respuestas de los participantes. Por ejemplo: *¿A qué se refiere cuando dice que el trato que da el personal no es bueno?*
- o Tomar preguntas que surgen de la propia discusión. Por ejemplo: *El señor me pregunta si todos los problemas de salud son igual de prioritarios ¿ustedes qué dirían?*
- o Generar la participación de todos los integrantes del grupo. Por ejemplo: *La señora menciona que sería muy difícil intervenir en ese problema ¿usted cree lo mismo?*

A la hora de hacer nuestras preguntas debemos cerciorarnos de lo siguiente:

- o Estar seguros de que las preguntas de nuestra guía se dirigen a cumplir nuestro objetivo.
- o Verificar que su formulación sea simple y clara para que sean entendidas sin problemas por nuestros entrevistados.
- o Evitar las preguntas sesgadas, muy generales y/o complicadas.

- o Evitar dos o más preguntas en una.
- o Evitar preguntas que pueden ser respondidas con un sí o un no.
- o Promover en los participantes el uso de ejemplos y la narración de experiencias.

El facilitador debe propiciar que los participantes expliquen su parecer, anotando todas las ideas nuevas que surjan en este proceso, utilizando las siguientes preguntas: *¿Qué?, ¿Por qué?, ¿Cómo así?, ¿Cuándo?, ¿Quién?, ¿Dónde?* No debemos conformarnos con un sí o un no como respuesta, sino profundizar en cada problema, causa, solución o idea en general, que venga de los participantes. Por ejemplo: *¿Qué quiere decir con esto?, “Dígame más sobre esto...”, etc.*

Ejemplo 34: Preguntas inapropiadas

- *¿No es cierto que aquí las enfermedades más frecuentes son las respiratorias?* (Pregunta sesgada)
Debe ser: *¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en su comunidad?*
- *¿Cuál sería el principal problema de salud que afecta su comunidad, por qué, y cuál sería su solución?* (Varias preguntas en una)
Debe ser: Separe las preguntas y desarróllelas en momentos diferentes
¿Cuál es el principal problema de salud que afecta su comunidad?
¿Por qué cree que es el principal problema de salud que afecta su comunidad?
¿Cuál cree usted que es la mejor solución para este problema de salud que afecta su comunidad?
- *¿Creen que las IRAS y EDAS son las principales causas de morbimortalidad en su localidad?* (Lenguaje poco entendible)
Debe ser: Utilice lenguaje entendible, separe las preguntas y desarróllelas en momentos diferentes *¿Es la infección respiratoria aguda la principal causa de enfermedad o muerte en su localidad? ¿Es la enfermedad diarreica aguda la principal causa de enfermedad o muerte en su localidad?*
- *¿No creen que la falta de agua sea lo que genera las enfermedades?* (Pregunta sesgada)
Debe ser: *¿La falta de agua ocasiona o se relaciona con alguna enfermedad en su comunidad?*
- *¿La inseguridad ciudadana será un determinante social de la salud?* (Pregunta compleja)
Debe ser: *¿Cómo afecta la inseguridad ciudadana a la salud de las personas en su comunidad?*

En la elaboración del ASIS local, los grupos focales son de gran ayuda para generar información y llegar a consensos con los representantes de la población sobre los problemas que afectan su salud, así como identificar líneas de acción para su intervención. Pero debemos tener en cuenta que -en el ASIS local- los actores sociales seleccionados variarán según el objetivo elegido (Tabla 06).

Tabla 06: Actores según objetivo

Análisis de los determinantes sociales de la salud y los problemas de salud	Priorización de los problemas con impacto sanitario y los territorios vulnerables	Propuesta de líneas de acción para resolver los problemas de salud priorizados
Líderes o dirigentes comunales, representantes de la sociedad civil organizada (presidentas del programa del vaso de leche o de comedores populares, etc.)	Líderes y representantes de la localidad. Por ejemplo: Representantes de las universidades, colegios profesionales, instituciones privadas, representantes de poblaciones especiales.	Especialistas. Por ejemplo: Gerentes de redes y microred, jefes de establecimientos públicos, equipos técnicos locales, otros funcionarios de instituciones del Estado.

Al igual que la entrevista, contamos con un modelo de guía de preguntas para los grupos focales con actores sociales de la comunidad (ver Anexo 5), a la que es posible añadir otras preguntas adecuadas para el contexto.

Diferencias entre entrevistas y grupos focales

Es importante no confundir a los grupos focales con las entrevistas individuales. Aunque existen similitudes, no son iguales. Algunas de las diferencias más evidentes se encuentran en el tipo de relación que se establece durante la aplicación de las entrevistas.

- En una entrevista individual se cede cierto control al entrevistado. En cambio, en el grupo focal, el facilitador no puede perder el control porque la sesión podría desordenarse y no cumplir con los objetivos.
- En las entrevistas individuales podemos trabajar temas más íntimos si llegamos a alcanzar un grado de confianza con el entrevistado, mientras que en los grupos focales debemos tener cuidado a la hora de tratar este tipo de temas para no afectar la intimidad de los participantes.
- En los grupos focales, al tener más personas con las cuales trabajar, tenemos que lidiar con los diferentes perfiles personales de los entrevistados. Podemos tener a:
 - o **Expertos:** Tienen más conocimiento del tema y pueden cohibir o intimidar a los otros participantes por temor a decir algo equivocado.
 - o **Dominantes:** Aquellos que quieren tomar el control de la dinámica, adoptando algunas funciones del facilitador.
 - o **Pasivos:** Los que no participan ni muestran interés. Sus respuestas suelen ser escuetas.
 - o **Cómplices del entrevistador:** Aquellos que intentan congraciarse con el facilitador y apoyan en la sesión para que resulte positiva.
 - o **Destruyores de entrevistas:** Los que expresan su rechazo hacia la dinámica, son poco crédulos con lo que se puede lograr y, a veces, pueden desacreditar las otras opiniones.

El tipo de dinámica de los grupos focales puede hacer que algunos participantes se distraigan o se desvíen del tema. Por eso se requiere que el facilitador mantenga siempre la atención en el objetivo. En las entrevistas individuales también puede haber ese riesgo, pero es más sencillo de controlar.

- **La observación participante:** Esta es una de las técnicas más utilizadas desde las ciencias sociales, especialmente la antropología. Básicamente, consiste en observar a la vez que participamos en las actividades cotidianas del grupo, con la finalidad de conocer en forma directa toda la información del contexto y realidad social de las personas con las que nos interesa trabajar. Una de las primeras ideas a tomar en cuenta, es que observar no es solo mirar o ver, sino que implica el uso de todos nuestros sentidos aplicándolos con cierta sistematización para lograr información que nos sea útil.

Con la aplicación de esta técnica se pretende recuperar y poner en valor la experiencia del personal de salud del nivel local y enriquecerla a partir del seguimiento de algunas indicaciones que ayuden a ordenar esta información. Algunos puntos clave que debemos tener en cuenta son:

- o Definir claramente *¿dónde y qué observar?* Es necesario tener claro cuáles son los escenarios, eventos, informantes que serán objeto de la observación participante. Además de interactuar con ellos en actividades cotidianas, es posible aplicar simultáneamente otras técnicas como la entrevista o el grupo focal.
- o *¿Cómo registraremos lo observado?* Nuestras observaciones pueden ser registradas a partir de notas, fichas, fotos, incluso utilizando recursos audiovisuales. En el caso de las notas es importante redactar por separado nuestras descripciones sobre la comunidad o distrito, de lo que esto significa para nosotros. Hacer esta diferenciación inicial, ayuda a construir información más objetiva.

- **Los talleres participativos:** Los talleres son espacios que propician el desarrollo de un trabajo cooperativo para llevar a cabo un proceso, en este caso, el análisis de situación de salud (ASIS) local. Es el “tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización; como síntesis del pensar, el sentir y el hacer. Como el lugar para la participación y el aprendizaje”.

En el marco del ASIS local -a partir del taller- podemos cumplir cualquiera de los siguientes objetivos:

- o Conocer los principales problemas de salud y hacer un análisis de los determinantes sociales de la salud.
- o Priorizar con la población -representada por sus actores sociales- los problemas con impacto sanitario y los territorios vulnerables.
- o Identificar las posibles causas de los problemas de salud.

Cada objetivo implica un grado de participación diferente. Por ejemplo, conocer los problemas de salud de un lugar a partir de sus actores sociales implica un grado menor de participación que recoger sus propuestas de líneas de acción. Esto no implica que uno sea mejor que otro, sino que su elección dependerá de lo que nosotros queremos lograr y el uso que le queremos dar a la información. Se puede decir que la principal diferencia entre uno y otro es el grado de decisión y nivel de control que tienen los participantes.

Además, sus objetivos en el ASIS local son acumulativos. Por ejemplo, si nuestro objetivo final es identificar las posibles causas de los problemas de salud, primero es necesario que identifiquemos sus problemas de salud y luego priorizarlos. Su organización y aplicación demanda varios pasos a cumplir (ver Tabla 07).

Tabla 07: Organización y aplicación de un taller participativo

Paso	Descripción
Paso 1: Definición del objetivo	Debemos definir si el objetivo será conocer los problemas de salud o también será priorizar, identificar causas y recoger propuestas de líneas de acción.
Paso 2: Elaboración de un plan	El plan debe contener: el objetivo del taller participativo, su justificación, los participantes, los aspectos logísticos (recursos y coordinaciones necesarias), el programa y el equipo responsable. Esto nos ayudará a tener claro lo que queremos lograr con el taller y lo que necesitamos para llevarlo a cabo.
Paso 3: Identificación de los actores sociales clave	Dependerá del objetivo y el contexto donde nos encontremos, dado que no todos los lugares presentan el mismo nivel de organización ni una misma estructura político-social. Un punto de partida es realizar un mapeo de las autoridades y representantes reconocidos formalmente (gobiernos locales, instituciones educativas, organizaciones sociales de base, etc.) y, además registrar aquellas que no gozar de reconocimiento formal pero que tienen legitimidad social (un líder religioso, un apu, un líder político, etc.). Debemos considerar que el número de participantes será el número que los facilitadores puedan abarcar (15 aprox.), de lo contrario serán pocos los que participen y se perderá el objetivo de esta metodología. De ser un número muy grande, podemos optar por hacer más de un taller.
Paso 4: Delegación de responsabilidades	Al designar los roles debemos considerar: <ol style="list-style-type: none"> <i>El facilitador:</i> Es el responsable de dirigir la dinámica del taller. <i>Equipo o responsable de la organización:</i> Son los responsables de la logística del taller, puede ser una sola persona o un equipo de trabajo. En los casos en que el recurso humano sea escaso, el taller puede ser organizado por la misma persona que lo facilitará; en otros casos, la organización puede ser compartida con alguien más, como por ejemplo: un agente comunitario de salud. <i>Responsable de la convocatoria:</i> Es el encargado de convocar a los participantes y asegurar su presencia. Esta tarea debe ser realizada por el personal de salud, pero puede ser apoyado por alguien de la localidad u otra persona que tenga cercanía con la población. <i>Responsable de tomar apuntes y fotografías del taller:</i> Es el encargado de registrar el taller visualmente y a través de apuntes, material que servirá para el análisis posterior y que quedará como una evidencia del trabajo realizado.

Paso 5: Convocatoria de los participantes	Primero, debemos definir el día y la hora en que se llevará a cabo el taller, tomando en cuenta la disponibilidad de horario de los invitados y organizadores. Luego, elaborar cartas de invitación que deberán ser enviadas con anticipación dando una breve explicación de lo que se realizará y su importancia. Se sugiere que estas sean entregadas, personalmente, a los actores sociales elegidos. Asimismo, se puede incluir a alguien más a sugerencia de uno de los actores sociales. No debemos olvidar confirmar la asistencia de todos los invitados.
Paso 6: Aseguramiento de los recursos logísticos	La ejecución del taller, según su dimensión, puede demandar algunos gastos. Algunos de éstos son: movilidad de algunos de los participantes, materiales para el taller, refrigerios y otros. Por ello, es necesario contar con un presupuesto que puede ser gestionado con anticipación a partir de alianzas estratégicas.
Paso 7: Preparación del taller	Este paso debe realizarse con, al menos, una semana de anticipación a la fecha del taller. Es necesario seleccionar un espacio adecuado tomando en cuenta: las preferencias de los participantes, posibilidades logísticas y el número de asistentes. Por ejemplo: el establecimiento de salud, una institución educativa, el local comunal, etc. Éste debe ser ambientado con sillas para los invitados y una pizarra. Además debemos tener listos los materiales necesarios (papelógrafos, plumones, tarjetas, una grabadora, cámara de fotos, refrigerios, etc.).
Paso 8: Monitoreo del proceso	A pesar de haber delegado funciones, es necesario que el responsable o equipo responsable de realizar el taller monitoree la actividad en todo momento, desde su preparación hasta su ejecución, para asegurar su correcto desarrollo.
Paso 9: Desarrollo del taller	Es de responsabilidad de los facilitadores. Tiene cuatro momentos: bienvenida y presentación de los participantes, presentación de la metodología y objetivos, desarrollo del tema y, finalmente, conclusiones. Se sugiere grabar la sesión en audio o video, así se podrán revisar con más detalle los comentarios de los participantes y registrar con más cuidado algo que no anotemos en ese momento.
Paso 10: Análisis la información obtenida	Luego de haber culminado el taller, es necesario que el equipo converse y reflexione sobre los resultados obtenidos, tomando nota de los temas más importantes para no olvidarlos. Adicionalmente, se puede elaborar una memoria del taller que presente las anotaciones y las conclusiones de la actividad. También se puede incluir transcripciones literales de algunas de las intervenciones de los participantes, así como las fotografías.
Paso 11: Evaluación y conclusiones del taller	Consiste en evaluar el desarrollo del taller en cada una de sus etapas, observando si se cumplieron de manera satisfactoria o no. En este punto es importante identificar las lecciones aprendidas de este proceso, para que la siguiente vez podamos desarrollarlo mejor y en forma más sencilla. También debemos identificar las conclusiones a las que se llegaron.

Las preguntas que guían el taller son similares a las del grupo focal, es decir, deben ser pocas y sobre todo de formulación sencilla. Dependiendo de las condiciones y del grupo, podemos utilizar diversos recursos visuales como dibujos, papelógrafos, tablas que faciliten la organización de la información, tarjetas que permitan formar mapas conceptuales, etc.

Como ya se mencionó, el taller puede ser facilitado por el personal que labora en el establecimiento, pero también por algún agente comunitario de salud o alguien que el personal considere que tiene las habilidades que se requieren para conducir el taller participativo. El requisito es que fomente el diálogo entre todos los asistentes de manera respetuosa y organice las ideas de la conversación para llegar a establecer puntos en común y, de ser posible, algunos consensos. Para lograrlo deberá cumplir las siguientes tareas:

- o Permitir que se expresen los diferentes puntos de vista.
- o Registrar de manera ordenada los diferentes puntos de vista.
- o Identificar aspectos comunes y diferentes entre los participantes.
- o Ayudar a lograr consensos y tomar decisiones sin imponer su punto de vista.

De ser posible, debe ser facilitado por un varón y una mujer para asegurar que ambos grupos se sientan cómodos al participar. Por lo menos uno de ellos debe saber otro idioma local para rescatar las opiniones de los participantes que lo hablen como único idioma. En su defecto, se puede acudir a un intérprete. En cualquiera de los casos el facilitador deberá reunir las siguientes características:

- o Ser paciente y saber escuchar a todos los participantes.
- o Ser respetuoso y amigable.
- o Ser flexible, con capacidad de adaptar los métodos a la situación.
- o Ser perceptivo del estado de ánimo y sensibilidad de los participantes.
- o Saber leer y escribir de forma legible.
- o Tener capacidad para organizar ideas propias y de los participantes.
- o Tener capacidad para centrar el diálogo (de manera respetuosa) en el tema planteado.
- o Alentar y felicitar a todos los participantes, en especial a los que aportan con ideas.

5.7. METODOLOGÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO EN GABINETE

En la realidad el número de problemas sobrepasa, muchas veces, la capacidad de intervención del establecimiento y por eso deben priorizarse, es decir, establecer un orden de importancia para su atención.

A continuación se presenta la metodología de priorización para los problemas con impacto sanitario y los territorios vulnerables modificada según las necesidades del ASIS Local. Esta puede ser adecuada o enriquecida de acuerdo a las características e información disponible en el nivel local. La propuesta incluye dos fases: primero, la priorización en gabinete y, luego, la priorización final con la comunidad.

La priorización de problemas con impacto sanitario en gabinete se desarrolla con los siguientes pasos.

- **Paso 1:** *Liste los problemas con impacto sanitario identificados.* De acuerdo a la información –primaria y/o secundaria- que tiene a su disposición elabore un listado de los problemas con impacto sanitario, con las siguientes recomendaciones:

- o Primero, elabore un listado preliminar e incluya:
 - Las cinco principales causas de morbilidad.
 - Las cinco principales causas de mortalidad.
 - Los cinco problemas de salud que tienen mayor concentración en su comunidad.
 - Los 5 determinantes sociales de la salud no relacionados al sistema de salud que tienen mayor (indicador negativo) o menor (indicador positivo) concentración –según sea el caso- en su comunidad.
 - Los cinco determinantes sociales de la salud relacionados a la oferta de servicios que tienen mayor (indicador negativo) o menor (indicador positivo) concentración –según sea el caso- en su comunidad.
 - Los cinco problemas de salud con mayor porcentaje de crecimiento en su comunidad.
 - Los cinco indicadores negativos de los determinantes sociales de la salud con mayor porcentaje de crecimiento en su comunidad.
 - Las cinco principales causas de morbilidad con mayor razón de riesgo en el último año o período.
 - Las cinco principales causas de mortalidad con mayor razón de riesgo en el último año o período.

Este listado no sólo debe contener información de la población general, sino que, además, debe incluir –como mínimo- resultados del análisis por grupos etarios, etapas de vida y por sexo.

- o Segundo, con el listado precedente, identifique adecuadamente los problemas y elabore el listado de problemas con impacto sanitario que va a evaluar:

Ejemplo 35: Problema de salud

Problema con impacto sanitario: Infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años (IRAnmca)

Situación:

En el distrito de Milla, en el último año, la IRAnmca es la tercera causa de morbilidad en la consulta externa de los establecimientos del distrito y se ubica como la séptima causa de muerte en esta población (nmca). Asimismo, se observa que en este distrito se concentra el 80% de las atenciones por esta causa que se registran en la provincia, además de un crecimiento de 80,5% en el número de casos, en comparación con el último año. Este problema ha hecho que cuatro (66,6%) de las comunidades realicen un paro, demandando la atención de este problema y la mejora de los servicios de salud en el distrito. Al respecto, el Director de la Red de Salud de la provincia refiere que para actuar sobre este problema sólo se requiere redistribuir los recursos disponibles en la red y el apoyo de la municipalidad distrital en el fortalecimiento de los programas del vaso de leche y los comedores populares.

Características del indicador

Indicador negativo que caracteriza un problema de salud

Priorización (ver Anexo 6):

Criterio	Situación	Puntaje	Total
<i>Magnitud</i>	Es una de las cinco primeras causas de morbilidad y en el distrito/provincia se concentra más del 50% de los casos de la provincia/departamento	4	15
<i>Tendencia</i>	El indicador o la brecha ha aumentado en 50 - <75% en el último año/período	3	
<i>Gravedad/severidad</i>	Está ubicada entre las seis y diez primeras causas de mortalidad	2	
<i>Interés de la comunidad</i>	La mayoría (60%-<80%) de la población demanda su atención	3	
<i>Capacidad de intervención</i>	Requiere de recursos locales de los servicios de salud y del municipio distrital	3	

- Especifique el problema identificando adecuadamente a la población afectada, por ejemplo: infecciones respiratorias agudas en población general, hipertensión arterial en adultos y adultos mayores, etc.
 - Evite la duplicidad de problemas, por ejemplo: si en su listado existe morbilidad por cáncer de próstata en adultos mayores y mortalidad por cáncer de próstata en adultos mayores, debe agruparlos en la denominación “cáncer de próstata en adultos mayores”.
 - Evite eliminar sin verificar la duplicidad, por ejemplo: si en el listado existe hipertensión arterial en gestantes e hipertensión arterial en adultos mayores, usted debe considerar los dos problemas, debido a que, a pesar que ser la misma enfermedad base, las poblaciones afectadas son diferentes.
 - No duplique los determinantes sociales de la salud, por ejemplo: si –en su lista- usted incluye el analfabetismo, no puede incluir el alfabetismo, porque duplicaría el problema pues ambos evalúan una misma condición.
- **Paso 2:** *Priorice los problemas con impacto sanitario identificados según criterios establecidos.* Una vez conocidos los problemas de salud presentes, se procede a su priorización. Pero, antes de iniciar esta tarea, usted debe determinar el número máximo de problemas a priorizar. Se recomienda que la lista tenga diez problemas con impacto sanitario priorizados como máximo.

Cada problema identificado será evaluado usando los cinco criterios considerados en la matriz de priorización propuesta en esta guía: magnitud, tendencia y gravedad o severidad del problema, así como interés de la población y capacidad de intervención. El puntaje máximo en cada uno de los criterios será cuatro puntos y el puntaje mínimo cero puntos (ver Anexo 6)

Al evaluar el problema, primero debe determinar si es un problema de salud (PS), un determinante social de la salud relacionado con el sistema de salud (DSS-SS) o uno no relacionado con el sistema de salud (DSS). Luego, determine si el indicador utilizado para este problema es positivo o negativo. La puntuación variará si el indicador -que se utiliza para su medición- es positivo o negativo. Recuerde que los indicadores de los problemas de salud siempre serán negativos. A continuación veremos algunos ejemplos:

Ejemplo 36: Determinante social de la salud relacionado con el sistema de salud**Problema con impacto sanitario:** Cobertura de partos institucionales (CPI)**Situación:**

En el distrito de Milla, en el último año, la CPI ascendió a 70%. Asimismo, se observa una disminución en 68,3% en el número de partos institucionales, en comparación con el último año. El año pasado la Junta de Delegados Vecinales del Distrito presentó un memorial a la Dirección Regional de Salud solicitando que se cree un hospital materno-infantil debido a que han ocurrido varias complicaciones y muertes maternas. Al respecto, el Director de la Dirección Regional de Salud ha señalado que ya se ha solicitado al Gobierno Regional el presupuesto para el fortalecimiento de los establecimientos de salud con equipos, unidades móviles y recursos humanos.

Características del indicador

Indicador positivo que caracteriza un determinante social de la salud relacionado con el sistema de salud

Priorización (ver Anexo 6):

criterio	Situación	Puntaje	Total
Magnitud	Se alcanzó 70-<90% de la meta	2	14
Tendencia	El indicador o la brecha ha disminuido en 50-<75% en el último año/período	3	
Gravedad/severidad	Aumenta el riesgo de muerte de los pobladores	4	
Interés de la comunidad	La totalidad (≥80%) de la población demanda su atención	4	
Capacidad de intervención	Requiere de recursos del gobierno regional	1	

Ejemplo 37: Determinante social de la salud no relacionado con el sistema de salud**Problema con impacto sanitario:** Viviendas sin acceso a agua potable (VsAAP)**Situación:**

En el distrito de Milla, en el último año, el porcentaje de VsAAP llegó a 25%. Asimismo, se observa un crecimiento en 20,9% en el número de VsAAP, en comparación con el último año. Sin embargo, este año la Junta de Delegados Vecinales del Distrito presentó una moción ante el Concejo del Municipio Distrital para que se priorice -en el presupuesto participativo- la cobertura al 100% de las viviendas, debido al incremento de enfermedades diarreicas agudas el verano pasado. Al respecto, el Alcalde del distrito ha manifestado que existe presupuesto disponible para lograr esta meta.

Características del indicador

Indicador negativo que caracteriza un determinante social de la salud no relacionado con el sistema de salud

Priorización (ver Anexo 6):

criterio	Situación	Puntaje	Total
Magnitud	Un bajo porcentaje (20-<40%) de la población es afectada	1	10
Tendencia	El indicador o la brecha ha aumentado en <25% en los últimos tres años	1	
Gravedad/severidad	Contribuye a las condiciones de vida que favorecen las enfermedades en los pobladores	2	
Interés de la comunidad	La totalidad (≥80%) de la población demanda su atención	4	
Capacidad de intervención	Requiere de recursos del municipio distrital o de la red de salud	2	

- **Paso 3:** *Elabore la lista de los problemas con impacto sanitario prioritarios.* Para lograrlo debe realizar, en forma secuencial, lo siguiente:
 - o De acuerdo al puntaje obtenido, ordene todos los problemas de mayor a menor puntuación.
 - o Seleccione los problemas con impacto sanitario hasta completar el número máximo de problemas con impacto sanitario seleccionados.
 - o En caso existan dos o más problemas con el mismo puntaje, los irá ordenado hasta llegar al número máximo que estableció.
 - o Si al llegar al número máximo existen dos o más problemas con el mismo puntaje, deberá decidir –por su experiencia y conocimiento de la realidad local- el problema que quedará en la lista de problemas priorizados.
- **Paso 4:** *Incluya aquellos problemas con impacto sanitario de interés regional, nacional o internacional que se observan en su comunidad.* Estos problemas se consideran de gran importancia, porque son los compromisos nacionales e internacionales que ha realizado el país y deben reflejarse en las políticas y programas desarrollados en el ámbito local. Aquí también se incluyen los compromisos regionales en materia de salud.
- **Paso 5:** *Consolide la lista de los problemas con impacto sanitario.* En esta fase colocará los problemas con impacto sanitario priorizados en el siguiente orden: problemas de salud, luego, los determinantes sociales de la salud relacionados con el sistema de salud, seguido de aquellos no relacionados con el sistema de salud y, finalmente, aquellos problemas de interés regional, nacional o internacional.

Ejemplo 38: Lista de problemas con impacto sanitario prioritarios en gabinete.

1. Mortalidad materna
2. Suicidio en mujeres de 10 años a más
3. Baja cobertura de parto institucional
4. Mortalidad perinatal
5. Infecciones respiratorias agudas bajas en < 5 años
6. Elevado porcentaje de población sin acceso a agua
7. Deficiencias y anemias nutricionales en < 5 años
8. Cáncer gástrico en adultos y adultos mayores
9. Hipertensión arterial en adultos y adultos mayores
10. Lesiones y muerte por accidentes de tránsito

5.8. METODOLOGÍA PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO LOCALES Y TERRITORIOS VULNERABLES EN COMUNIDAD

Para completar el análisis es necesario que el equipo de salud visibilice la percepción de los actores sociales respecto de los problemas de salud, los determinantes sociales que los condicionan y las posibles soluciones. Es importante indagar sobre los problemas comunales sentidos e integrarlos a los escogidos por el equipo de salud. Por ello, los problemas priorizados en gabinete se validan con los actores sociales en lo que llamamos el proceso de concertación.

De este proceso se obtienen -al menos- dos productos. El primero es la lista final de problemas con impacto sanitario prioritarios y sus respectivas causas y el segundo es el listado de líneas de acción para atacar los problemas y causas escogidas.

En territorios pequeños, con poco número de habitantes y poco densos, la concertación se puede lograr en una sola actividad (por ejemplo: un taller participativo), pero cuando las características del territorio son diferentes pueden necesitarse actividades previas o grupos focales en distritos con grandes poblaciones.

5.8.1. Priorización de problemas con impacto sanitario

El ASIS es una metodología que permite identificar los determinantes de los problemas de salud y establecer acciones para su abordaje, por medio de la participación social. El proceso debe construirse con el aporte de diversos actores sociales que posibilite negociar y concertar objetivos y prioridades comunes.

Los pasos que se describen a continuación se refieren a un taller participativo, pero pueden tomarse como guía para emplear otras técnicas de la metodología cualitativa señaladas previamente.

- **Paso 1: Presente la actividad.** Es necesario presentar a la comunidad los problemas con impacto sanitario prioritarios identificados por el equipo técnico y, luego, adicionar y determinar el listado final. Para ello, se sugiere organizar un taller participativo con las siguientes características:
 - o **Lugar:** Es recomendable que esta información se presente en coordinación con la Municipalidad Distrital y de preferencia en un ambiente de esta institución. Esto brindará mayor realce y vinculación de los actores sociales, principalmente de la municipalidad.
 - o **Horario:** Debemos tener en cuenta que, posiblemente, no tendremos mucha disponibilidad de tiempo debido a las diferentes labores que los actores sociales y nuestro propio personal realiza. Por esta razón, el evento debe ser de corta duración en el horario que los actores sociales y el personal de salud puedan tener mayor facilidad para realizarlo. Es recomendable un máximo de tres horas de trabajo.
 - o **Participantes:** Recuerde que los actores sociales tienen diferentes posiciones sobre el éxito en la elaboración del ASIS local, por lo que deberá: a) invitar y verificar la asistencia de los que están apoyando este proceso; b) visitar y dar seguimiento a los que están en duda, informándoles de la importancia del evento y su participación; y c) visitar y convencer a aquellos que son opuestos al documento, mencionándoles que es una oportunidad para que los problemas importantes -que ellos consideran que no están siendo, sean incluidos en el proceso de priorización. Esto brindará legitimidad al documento. Asimismo, cuando se realizan actividades descentralizadas, los miembros de los Comités Centrales de estas serán los participantes del taller central (final).

Recuerde el proceso de elaboración y el documento final de análisis de situación de salud requieren de apoyo para que sus conclusiones y recomendaciones sean ingresadas en la agenda de los decisores políticos; por tanto, es necesario convocar al Alcalde de la municipalidad distrital (cuando el ASIS corresponde al distrito) o a todos los alcaldes distritales (cuando el ASIS corresponde a la provincia), al Alcalde la Municipalidad Provincial y su Gerente de Desarrollo Social; y, por parte del sector salud, al Director o Jefe de la Microred, al Director o Jefe de la Red y a los Directores Ejecutivos de Salud de las Personas, Promoción de la Salud y Epidemiología de la GERESA/DIRESA/DISA del ámbito donde se encuentra ubicado el distrito o provincia.

- o **Agenda:** Se sugiere considerar las siguientes actividades:
 - Inauguración del taller (15 min): Autoridad máxima del gobierno local.
 - Presentación de los objetivos, expectativas y uso de los resultados del taller (15 min): Director o Jefe de la Red.
 - Explicación de la dinámica de trabajo en el taller (15 min): Un representante del equipo de salud encargado de la elaboración del ASIS local.
 - Desarrollo de las actividades del taller (1 hora):
 - Conformación del Comité Central.
 - Inclusión de problemas con impacto sanitario por los actores sociales.
 - Priorización de problemas con impacto sanitario por el Comité Central.

- **Paso 2: Conforme el Comité Central.**
 - o Presente a los representantes del Estado que conformarán el Comité Central. Es fundamental la presencia de aliados estratégicos en esta reunión, por ello deberá identificar los actores sociales que forman parte de las instituciones del Estado y que apoyan el proceso de elaboración del ASIS local (no menos de dos ni más de cuatro) para que integren el Comité Central. Se sugiere evaluar la matriz de actores sociales durante la planificación del evento para invitar a aquellos que están a favor del proceso.
 - o Realice la elección de los actores sociales que representarán a la comunidad, en igual número que los representantes de las instituciones del Estado. Esta elección se realizará entre los actores sociales asistentes al evento.

La presidencia del Comité Central estará a cargo del representante de salud (GORE-MINSA) y, durante el desarrollo del taller, sus miembros tienen como función recoger la percepción de los participantes. Estas son muy importantes para explicitar, integrar y analizar los aportes brindados por los actores sociales.

- **Paso 3: Identifique los problemas con impacto sanitario adicionales con los actores sociales.** Aquí la población –a través de sus actores sociales- mediante la técnica “lluvia de ideas” identifica los problemas que más le afectan. De esta forma se adicionarán los problemas de salud más importantes para ellos a los que han sido priorizados en gabinete. Sin embargo, debe tenerse presente que si algún problema identificado por estos actores es igual o similar a alguno de los problemas priorizados en gabinete, no es necesario discutirlo, pues este ya está considerado en la lista de problemas a priorizar por el Comité Central. La discusión sobre lo que cada actor considera como problema de su localidad se efectúa de forma abierta, buscando el entendimiento entre las diversas opiniones y fuertemente fundamentada en la argumentación. Como se trata de discutir sobre lo que cada actor social percibe, éstos sentirán un dominio sobre el asunto que les permitirá aceptar o rebatir los argumentos de otros actores. Muchos de estos actores sociales pueden conocer las normas legales y señalarán la importancia de analizar los problemas vinculándolos a los derechos que no se están cumpliendo de forma integral. Cada uno de esos derechos representa un ámbito de necesidades esenciales para el desarrollo pleno de los ciudadanos en todas las esferas de la vida y que, respetados en su conjunto, significan calidad de vida. En ese sentido, es necesario recoger estos aportes para enriquecer el análisis integrado que se realizará más adelante.
- **Paso 4: Determine la lista final de problemas con impacto sanitario priorizados.**
 - o **Integración de listas.** Luego de obtener los problemas adicionales, identificados por los actores sociales, el Comité Central debe integrarlos con el listado de problemas con impacto sanitario priorizados en gabinete y obtener una sola lista.

Ejemplo 39: Integración de los problemas con impacto sanitario.

Lista de problemas con impacto sanitario			
1	Mortalidad materna	9	Hipertensión arterial en adultos y adultos mayores
2	Suicidio en mujeres de 10 años a más	10	Lesiones y muerte por accidentes de tránsito
3	Baja cobertura de parto institucional	11	Intento de suicidio en adolescentes
4	Mortalidad perinatal	12	Mal estado de la carretera
5	Infecciones respiratorias agudas bajas en < 5 años	13	Anemia en gestantes
6	Elevado porcentaje de población sin acceso a agua	14	Contaminación de las fuentes de agua por la minería
7	Deficiencias y anemias nutricionales en < 5 años	15	Depresión en adolescentes y jóvenes
8	Cáncer gástrico en adultos y adultos mayores		

Los problemas 1 al 10 fueron priorizados en gabinete y los problemas 11 al 15 fueron adicionados por la comunidad.

- o **Consenso del número de máximo de problemas que serán considerados de máxima prioridad.** Es necesario que el Comité Central antes de valorar cada problema, determine por consenso el número máximo de problemas con impacto sanitario que serán considerados de máxima prioridad.
- o **Priorización de problemas.** Cada uno de los miembros del Comité Central debe valorar la urgencia de atacar el problema con impacto sanitario identificado. Para ello usará los criterios descritos en el Anexo 7. Obtenida esta valoración individual, se procederá a sumar estos puntajes y, finalmente, se ordenarán de mayor a menor puntaje, seleccionando aquellos con mayor puntaje hasta completar el número previamente consensuado. Sólo cuando dos o más problemas hayan obtenido igual puntaje y se encuentren disputando el último cupo de este listado, el Presidente del Comité Central tendrá el voto dirimente para decidir cuál de ellos será incluido en él.

Ejemplo 40: Consolidado de la valoración de los problemas por cada uno de los miembros del Comité Central según los indicadores propuestos.

Problema	Puntajes								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1 Mortalidad materna	3	3	3	3	3	3	3	3	24
2 Contaminación de las fuentes de agua por la minería	3	3	3	3	3	3	2	3	23
3 Suicidio en mujeres de 10 años a más	3	3	3	3	2	3	3	3	23
4 Lesiones y muerte por accidentes de tránsito	3	2	2	2	2	3	3	3	20
5 Baja cobertura de parto institucional	3	3	3	3	2	2	2	3	21
6 Mal estado de la carretera	3	3	3	3	2	3	2	2	21
7 Mortalidad perinatal	3	2	2	3	2	3	1	3	19
8 Infecciones respiratorias agudas bajas en < 5 años	3	1	3	2	3	3	2	2	19
9 Elevado porcentaje de población sin acceso a agua	3	2	1	3	2	3	1	3	18
10 Deficiencias y anemias nutricionales en < 5 años	3	2	2	3	3	2	1	1	17
11 Anemia en gestantes	1	2	3	1	2	2	2	2	15
12 Cáncer gástrico en adultos y adultos mayores	2	2	2	2	2	1	2	2	15
13 Hipertensión arterial en adultos y adultos mayores	2	2	1	1	2	2	2	1	13
14 Intento de suicidio en adolescentes	1	2	2	1	2	2	2	1	13
15 Depresión en adolescentes y jóvenes	1	1	1	1	2	1	1	1	9

Los primeros 10 problemas con impacto sanitario fueron considerados como prioritarios por el Comité Central.

5.8.2. Priorización de territorios vulnerables

En este punto ya sabemos “cuáles” son los problemas a intervenir, sin embargo, como mencionamos, la priorización –en términos sencillos- tiene como objetivo la orientación adecuada de los recursos para resolver los problemas más importantes de la población. Para lograr mayor impacto, debemos definir dónde está ubicada la población que tiene mayor necesidad de atención, es decir, la más vulnerable.

Esta actividad la desarrolla el Comité Central con los siguientes pasos:

- **Paso 1: Seleccione los indicadores que determinan vulnerabilidad territorial.** Debemos recordar que esta vulnerabilidad esté referida a las características socio-económicas que podrían estar determinando mayor riesgo a padecer de ciertos daños o enfermedades. Usted puede utilizar indicadores socio-económicos, sin embargo, es recomendable utilizar los problemas con impacto sanitario priorizados como indicadores, pues son la expresión final de las inequidades en salud. Recuerde que todos los indicadores que utilice deben ser negativos.

Ejemplo 41: Indicadores seleccionados por el Comité Central.

1. Mortalidad materna
2. Contaminación de las fuentes de agua por la minería
3. Suicidio en mujeres de 10 años a más
4. Lesiones y muerte por accidentes de tránsito
5. Baja cobertura de parto institucional
6. Mal estado de la carretera
7. Mortalidad perinatal
8. Infecciones respiratorias agudas bajas en menores de cinco años
9. Elevado porcentaje de población sin acceso a agua
10. Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales en menores de cinco años

- **Paso 2:** Realice la valoración y puntuación de cada comunidad con los indicadores de vulnerabilidad seleccionados. Utilizando los criterios descritos en el Anexo 8, cada integrante del Comité Central deberá realizar en forma individual esta evaluación. Para ello debe tener el listado de los indicadores.
- **Paso 3:** Consolide la puntuación de las comunidades y obtenga el puntaje final de cada una de ellas. El Presidente del Comité Central deberá recolectar la valoración de cada comunidad realizada por los miembros de este comité -en forma individual- y consolidarla. De esta forma obtendrá el puntaje final.

Ejemplo 42: Valoración y puntuación de uno de los miembros del Comité Central según los indicadores propuestos.

Comunidad	Indicador										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Cocacharcas	0	0	4	4	0	4	8	8	8	0	36
Alameda	12	4	8	12	12	8	12	8	4	4	84
Julián	8	0	8	8	0	4	8	4	0	4	44
Masaca	4	0	8	8	0	4	8	8	12	8	60
Milla	12	0	4	8	12	12	12	8	12	8	88

- **Paso 4:** Estratifique las comunidades de acuerdo a los puntajes de vulnerabilidad territorial obtenidos. En este último paso ordene las comunidades -de mayor a menor- de acuerdo al puntaje final obtenido en el paso 3. Luego, identifique los puntajes máximo y mínimo de cada una de ellas y determine la amplitud total restando el puntaje mínimo del puntaje máximo obtenidos. Luego, agrupará a las comunidades en tres niveles de vulnerabilidad: alta, media o baja. La amplitud de cada nivel se obtiene dividiendo la amplitud total en tres rangos iguales. Finalmente, se establece los valores máximo y mínimo de cada nivel y se califica a las comunidades de acuerdo a la puntuación final obtenida.

Ejemplo 43: Asignación del nivel de vulnerabilidad

- Primero, ordenamos las comunidades según puntajes obtenidos, de mayor a menor.
- Luego, identificamos que el puntaje máximo es 805 y el puntaje mínimo es 295. Entonces, la amplitud total será igual a 805 menos 295, es decir, 510 puntos.
- Finalmente, la amplitud por cada nivel es igual a 510 entre 3, es decir, 170. Así la vulnerabilidad baja oscila entre 295 y 465 puntos, la vulnerabilidad media entre 466 y 635 puntos y la vulnerabilidad alta de 636 a 805 puntos, por lo que las comunidades serían calificadas de la siguiente forma:

Comunidad	Total	Vulnerabilidad
Milla	805	Alta
Alameda	708	Alta
Masaca	524	Media
Julián	442	Baja
Cocacharcas	295	Baja

5.9. METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DE LOS PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO LOCALES

5.9.1. El análisis integrado.

El ASIS local es una metodología que analiza integralmente la realidad de un determinado espacio territorial. A través de este análisis -con el aporte de los actores sociales y la evidencia científica en salud pública aplicada a la realidad local- identifica los determinantes sociales de la salud que se relacionan con el problema priorizado. A esto se suma la observación directa del personal de salud -durante el trabajo de campo- que es una fuente de información muy valiosa para este momento.

Este análisis integrado está compuesto por cinco dimensiones explicativas: ecosistema, características sociales y económicas de la comunidad, características del hogar, familia y vivienda, percepciones y estrategias de afrontamiento y, finalmente, el sistema de salud. En cada una de ellas se debe dar respuesta a las preguntas planteadas:

- **ECOSISTEMA:** *¿Qué características del ecosistema (altitud, geografía, estacionalidad del clima, riesgos naturales, contaminación ambiental, etc.) favorecen la presencia o características del problema con impacto sanitario priorizado?*
- **CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA COMUNIDAD:** *¿Qué características de organización comunal (nivel socio-económico, género, etnia, territorio, etc.) y condiciones de trabajo influyen en la presencia o características del problema con impacto sanitario priorizado?*
- **CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR, FAMILIA Y VIVIENDA:** *¿Qué factores familiares (vivienda, residencia, número de hijos, organización del hogar, instrucción del jefe de familia, etc.) favorecen la presencia o características del problema con impacto sanitario priorizado?*
- **PERCEPCIONES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:** *¿Qué percepción inadecuada tienen las personas sobre el problema de salud identificado? ¿Qué estrategias de afrontamiento (acciones) inadecuadas utilizan las personas para resolver el problema con impacto sanitario priorizado?*
- **SISTEMA DE SALUD:** Para los problemas de salud: *¿Qué deficiencias o inacciones en relación a la organización (disponibilidad de personal, horario de atención, etc.) y oferta de servicios (afiliación, coberturas, referencia, etc.) del sistema de salud favorecen la presencia y características del problema de salud priorizado?*

Cuando el problema con impacto sanitario priorizado se relacione a un determinante social de la salud, la pregunta mencionada en el párrafo anterior se reemplazará con la siguiente pregunta: *¿Cuál es el impacto que tiene la presencia del determinante social priorizado en el estado de salud de la población (individuo, familia y/o comunidad)?*

Estas preguntas serán respondidas con el enfoque participativo y de salud pública basada en la evidencia. Para ello, deberá seguir los siguientes pasos:

- Primero, responda desde su perspectiva: *¿cuáles son los determinantes sociales de la salud y cómo influyen en el problema priorizado?*
- Segundo, obtenga información adicional de los actores sociales clave que responda a las preguntas planteadas.
- Finalmente, integre las percepciones del equipo técnico y de los actores sociales en un solo texto, sustentando los comentarios con información disponible y evitando la duplicidad en el contenido. Para lograrlo, usted puede seguir los siguientes pasos:
 - o Agrupe las respuestas de acuerdo a cada pregunta.
 - o Ordene las ideas, junte y elimine las ideas duplicadas.
 - o Sustente aquellos comentarios con la información (cualitativa y/o cuantitativa) recopilada y analizada previamente.
 - o Utilice un párrafo por cada dimensión del análisis integrado.
 - o Consolide el texto y verifique que sea sencillo, claro y conciso.

Ejemplo 44: Problema con impacto sanitario priorizado

Lesiones y muerte por accidentes de tránsito

Análisis integrado:

Percepción del equipo técnico

DIMENSIÓN	Pregunta	Respuesta
ECOSISTEMA	¿Qué características del ecosistema (altitud, geografía, estacionalidad del clima, riesgos naturales, contaminación ambiental, etc.) favorecen la presencia o características del problema de salud identificado?	Durante los meses de junio a agosto la densa neblina incrementa el riesgo de accidentes de tránsito (choques) de vehículos de transporte interprovincial en la carretera Panamericana.
CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA COMUNIDAD	¿Qué características de organización comunal (nivel socio-económico, género, etnia, territorio, etc.) y condiciones de trabajo influyen en la presencia o características del problema de salud identificado?	La mayoría de la población que culmina educación secundaria opta por una actividad laboral, debido a la precaria situación económica de las familias. La necesidad económica de las familias fomenta que sus miembros busquen trabajos con bajos estándares. Los jóvenes hacen uso de vehículos menores (mototaxis y automóviles) como una actividad laboral de fácil acceso para generar ingresos.
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR, FAMILIA Y VIVIENDA	¿Qué factores familiares (vivienda, residencia, número de hijos, organización del hogar, instrucción del jefe de familia, etc.) favorecen la presencia o características del problema de salud identificado?	Las familias en promedio están conformadas por seis integrantes. La mayoría tiene en promedio dos niños menores de 10 años. Una gran proporción de las mujeres no ha culminado la educación secundaria y la mitad de las que están en edad fértil han tenido un embarazo antes de los 18 años
PERCEPCIONES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	¿Qué percepción inadecuada tienen las personas sobre el problema de salud identificado?	La población considera que las pistas condicionan los accidentes y hay un caos vehicular debido al excesivo número de mototaxistas y taxistas para la zona. Otro factor es que no hay semáforos en las vías de mayor tráfico.
	¿Qué estrategias de afrontamiento (acciones) inadecuadas utilizan las personas para resolver el problema de salud identificado?	La población ha comenzado a colocar "rompemuelles" en varias vías urbanas. Los accidentados son trasladados en vehículos particulares o camionetas de serenazgo, debido a que no se cuenta con compañía de bomberos ni servicios de ambulancia en la zona. En algunos casos acude la ambulancia de la capital de la provincia que demora 40 minutos en llegar al lugar del accidente.
SISTEMA DE SALUD	¿Qué deficiencias o inacciones en relación a la organización (disponibilidad de personal, horario de atención, etc.) y oferta de servicios (afiliación, coberturas, referencia, etc.) del sistema de salud favorecen la presencia y características del problema de salud priorizado?	El distrito cuenta con un centro de salud que atiende 12 horas al día, cuenta con médicos generales y enfermeras para atención de urgencias. No cuenta con ambulancia.

Ejemplo 45: Problema con impacto sanitario priorizado

Lesiones y muerte por accidentes de tránsito

Análisis integrado

Percepción de los actores sociales

DIMENSIÓN	Pregunta	Respuesta
ECOSISTEMA	¿Qué características del ecosistema (altitud, geografía, estacionalidad del clima, riesgos naturales, contaminación ambiental, etc.) favorecen la presencia o características del problema de salud identificado?	COMISARIO: <i>“La mayoría de accidentes de tránsito que traen como consecuencia un gran número de víctimas mortales son los que ocurren en invierno, debido a la densa neblina que hay en la carretera Panamericana”</i>
CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA COMUNIDAD	¿Qué características de organización comunal (nivel socio-económico, género, etnia, territorio, etc.) y condiciones de trabajo influyen en la presencia o características del problema de salud identificado?	REGIDOR: <i>“Lamentablemente, la falta de oportunidades laborales en la zona ha condicionado que los jóvenes trabajen en mototaxis. Para ellos es fácil y rentable esta forma de ingreso”</i>
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR, FAMILIA Y VIVIENDA	¿Qué factores familiares (vivienda, residencia, número de hijos, organización del hogar, instrucción del jefe de familia, etc.) favorecen la presencia o características del problema de salud identificado?	COORDINADORA DEL VASO DE LECHE: <i>“No es fácil para las familias tener suficientes alimentos. Las madres por lo general son adolescentes o tienen más de tres hijos y, en muchos casos, no han culminado la secundaria. Esto condiciona al varón a buscar un trabajo que le de ingresos inmediatos”</i>
PERCEPCIONES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	¿Qué percepción inadecuada tienen las personas sobre el problema de salud identificado?	MOTOTAXISTA: <i>“La Policía a cada rato nos multa, cree que nosotros ganamos mucho. Si no circulamos por la Panamericana tenemos que recorrer más y eso es más caro”.</i>
	¿Qué estrategias de afrontamiento (acciones) inadecuadas utilizan las personas para resolver el problema de salud identificado?	DELEGADO DE LAS JUNTAS VECINALES: <i>“Hemos presentado un proyecto al presupuesto participativo para colocar ‘rompemuelles’ en las principales avenidas del distrito.”</i>
SISTEMA DE SALUD	¿Qué deficiencias o inacciones en relación a la organización (disponibilidad de personal, horario de atención, etc.) y oferta de servicios (afiliación, coberturas, referencia, etc.) del sistema de salud favorecen la presencia y características del problema de salud priorizado?	COORDINADOR DE DEFENSA NACIONAL DE LA DIRESA: <i>“No contamos con suficientes ambulancias para todo el departamento. Además, los establecimientos de salud del distrito no cuentan con choferes para la conducción de estos vehículos.”</i>

Ejemplo 46: Problema con impacto sanitario priorizado

Elevado riesgo de lesiones y muerte por accidentes de tránsito

Durante los meses de invierno (junio a agosto) la densa neblina incrementa el riesgo de accidentes de tránsito (choques) de vehículos de transporte interprovincial en la carretera Panamericana. La mayoría de accidentes de tránsito que traen como consecuencia un gran número de víctimas mortales ocurren en esta vía. Según el SNVESP la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en el último año fue tres veces superior en los meses de invierno; asimismo, según la información de la Policía Nacional del Perú, las principales causas de accidentes de tránsito fueron los choques y, en más de 70% de estos casos, las mototaxis estuvieron implicadas.

Según la Dirección de Trabajo y Promoción del Empleo el índice de empleo formal disminuyó en 5,6% en el último año. Lamentablemente, esta falta de oportunidades laborales en la zona ha condicionado que los jóvenes trabajen en mototaxis. Para ellos es fácil y rentable esta forma de ingreso, pues la mayoría de la población que culmina educación secundaria opta por trabajos con bajos estándares, debido a la precaria situación económica de las familias. Los jóvenes hacen uso de vehículos menores (mototaxis y automóviles) como una actividad laboral de fácil acceso para generar ingresos.

Los resultados de un estudio -realizado por la Universidad Pública de la capital en el primer trimestre de este año- revelan que las familias en promedio están conformadas por seis integrantes. Una gran proporción de las mujeres no ha culminado la educación secundaria y la mitad de las que están en edad fértil han tenido un embarazo antes de los 18 años. Las madres por lo general son adolescentes o tienen más de tres hijos. La mayoría tiene en promedio dos niños menores de 10 años. Esto condiciona al varón a buscar un trabajo que le de ingresos inmediatos.

La población considera que las averías en las pistas condicionan los accidentes y hay un caos vehicular debido al excesivo número de mototaxistas y taxistas para la zona. Según la Municipalidad Distrital existen 1250 mototaxis registradas, es decir, aproximadamente una mototaxi por cada 10 habitantes. Otro factor es que no hay semáforos en las vías de mayor tráfico. Asimismo, las acciones de la policía son rechazadas por los conductores de vehículos menores. Debido a esto, la población ha comenzado a colocar "rompemuelles" en varias vías urbanas como medida preventiva de accidentes, teniendo apoyo y financiamiento del presupuesto participativo de la municipalidad.

A estos problemas se suma que los accidentados son trasladados en vehículos particulares o camionetas de serena, debido a que no se cuenta con compañía de bomberos ni servicios de ambulancia en la zona. En algunos casos acude la ambulancia de la capital de la provincia que demora 40 minutos en llegar al lugar del accidente. Asimismo, el distrito cuenta con un centro de salud que atiende solo 12 horas al día (8:00 a.m. a 8:00 p.m.), cuenta con médicos generales y enfermeras para atención de urgencias, pero los accidentes que han provocado mayor número de muertes han ocurrido en horas de la noche. Sin embargo, a pesar de ser el establecimiento con mayor capacidad resolutive no cuenta con ambulancia. Este es un problema en el departamento, pues no existen suficientes ambulancias. Además, los establecimientos de salud del distrito no cuentan con choferes para la conducción de estos vehículos.

5.9.2. Metodología para la identificación de líneas de acción

La búsqueda del estado óptimo de salud de nuestras poblaciones, empieza por reconocer los problemas de salud que la aquejan, caracterizándolos, midiéndolos, explicando los perfiles de salud - enfermedad y sus determinantes sociales, sean éstos de competencia del sector salud o de otros sectores. Pero el sector salud no puede -por sí mismo- proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud. Para lograrlas es necesaria la participación activa de todos los implicados: gobierno, sectores sociales, económicos, la sociedad y los medios de comunicación (Carta de Ottawa OMS-1986).

Gracias a esta participación tendremos claridad sobre las causas que originan los problemas con impacto sanitario priorizados y, con ellas, se podrán establecer las líneas de acción, desde la perspectiva de los actores sociales locales. Entonces, luego de obtener la lista de posibles causas de cada problema, debemos identificar a los actores directamente relacionadas con cada causa del problema. Ellos nos ayudarán a identificar las acciones que -desde su perspectiva y experiencia- podrán resolver los problemas con impacto sanitario prioritarios.

Cada uno de los actores sociales identificados podrá proponer las posibles soluciones. Esto posibilita su compromiso y su vinculación con ellas.

Ejemplo 47: Problema con impacto sanitario priorizado

Lesiones y muerte por accidentes de tránsito

Propuestas de actores sociales que actúan directamente con las causas del problema a ser entrevistados

Causas específicas del problema	Actor Social
Condiciones atmosféricas en la Panamericana durante invierno	GORE-Transportes
Circulación de mototaxis en la vía Panamericana	Policía Nacional del Perú - Comisario
Escasez de empleo digno para jóvenes	GORE-Trabajo y promoción del empleo
Precariedad del servicio de transporte público en vehículos menores	Municipalidad distrital- Transportes
Embarazo adolescente	Microred de salud - MINEDU
Inadecuada planificación familiar	Microred de salud
Abandono de la educación secundaria de las mujeres	Unidad de gestión educativa local
Saturación, desorden y caos en el transporte público	Municipalidad distrital- Transportes
Inadecuado mantenimiento de vías urbanas	Municipalidad distrital-Obras públicas
Inadecuada orientación de las acciones de promoción de la salud	Microred de salud
Carencia de servicio de atención pre-hospitalaria	Microred de salud

Teniendo en consideración la lista de posibles causas del problema con impacto sanitario, las siguientes preguntas nos ayudarán a establecer las líneas de acción:

- **ECOSISTEMA:** *¿Qué acciones se deben desarrollar para prevenir o mitigar el impacto de las características del ecosistema que favorecen la presencia o características del problema con impacto sanitario priorizado?*
- **CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y CONÓMICAS DE LA COMUNIDAD:** *¿Cuáles serían las intervenciones del Estado (gobierno municipal) que ayudarían a modificar las características de la organización comunal y las condiciones de trabajo que influyen en la presencia o características del problema con impacto sanitario priorizado?*
- **HOGAR, FAMILIA Y VIVIENDA:** *¿Qué acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos deben implementarse para reducir la presencia o el impacto de los factores familiares (ingresos, vivienda, residencia, número de hijos, organización del hogar, instrucción del jefe de familia, etc.) que favorecen la presencia o características del problema con impacto sanitario priorizado?*
- **PERCEPCIONES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:** *¿Cuáles serían las intervenciones en promoción de la salud que contribuirían en la modificación de las percepciones y estrategias de afrontamiento (acciones) inadecuadas que tienen y/o utilizan las personas para resolver el problema con impacto sanitario priorizado?*
- **SISTEMA DE SALUD:** Para los problemas de salud: *¿Cuáles serían las acciones administrativas (planificación, programación, supervisión, etc.) para reducir las deficiencias o inacciones en relación a la organización y oferta de servicios del sistema de salud?*

Cuando el problema con impacto sanitario priorizado se relacione a un determinante social de la salud, la pregunta mencionada en el párrafo anterior se reemplazará con la siguiente pregunta: *¿Cuál es el impacto que tiene la intervención del Estado sobre el determinante social priorizado en el estado de salud de la población (individuo, familia y/o comunidad)?*

Ejemplo 48: Problema con impacto sanitario priorizado

Lesiones y muerte por accidentes de tránsito

Líneas de acción

Propuestas de los actores sociales

DIMENSIÓN	Pregunta	Respuesta	Responsable
ECOSISTEMA	¿Qué acciones se deben desarrollar para prevenir o mitigar el impacto de las características del ecosistema que favorecen la presencia o características del problema de salud identificado?	Mantenimiento preventivo y correctivo de señales de tránsito en la vía Panamericana	GORE-Transportes
		Sensibilización en el uso permanente de luces en Panamericana por los vehículos durante la temporada de invierno	PNP-Carreteras/ Microred de Salud
		Construcción de carriles alternos de la vía Panamericana en zonas pobladas	Municipalidad distrital-Obras públicas
CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA COMUNIDAD	¿Cuáles serían las intervenciones del Estado (gobierno municipal) que ayudarían a modificar las características de la organización comunal y las condiciones de trabajo que influyen en la presencia o características del problema de salud identificado?	Generación y certificación de capacidades productivas en adolescentes y jóvenes	GORE-Trabajo y promoción del empleo
		Sensibilización y capacitación de conductores de vehículos menores de transporte público sobre estándares mínimos y obligatorios de seguridad	Municipalidad distrital- Transportes
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR, FAMILIA Y VIVIENDA	¿Qué acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos deben implementarse para reducir la presencia o el impacto de los factores familiares (ingresos, vivienda, residencia, número de hijos, organización del hogar, instrucción del jefe de familia, etc.) que favorecen la presencia o características del problema de salud identificado?	Fortalecimiento de la educación sexual y reproductiva en instituciones educativas secundarias	Microred de salud/ Unidad de gestión educativa local
		Fortalecimiento de la sensibilización de las madres adolescentes sobre el uso de métodos modernos de planificación familiar	Microred de salud
		Sensibilización de la población femenina para la culminación de la educación secundaria	Unidad de gestión educativa local / Centro de emergencia mujer
PERCEPCIONES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	¿Cuáles serían las intervenciones claves que contribuirían en la modificación de las percepciones y estrategias de afrontamiento (acciones) inadecuadas que tienen y/o utilizan las personas para resolver el problema de salud identificado?	Rediseño e implementación del Plan de Reordenamiento Vehicular del distrito	Municipalidad distrital- Transportes
		Mantenimiento preventivo y correctivo de vías urbanas, incluyendo señalización y semaforización	Municipalidad distrital-Obras públicas
		Sensibilización de la población y conductores sobre el uso de los cruces peatonales	Municipalidad distrital- Transportes/ PNP-Comisaría/ Microred de salud
SISTEMA DE SALUD	¿Cuáles serían las acciones administrativas (planificación, programación, supervisión, etc.) para reducir las deficiencias o inacciones en relación a la organización y oferta de servicios del sistema de salud?	Adquisición de ambulancia equipada para el transporte asistido de pacientes	Municipalidad distrital-Planeamiento
		Construcción e implementación de compañía de bomberos	Municipalidad distrital-Planeamiento
		Implementación del programa SAMU en convenio con la compañía de bomberos y en coordinación con la municipalidad (serenazgo)	Microred de salud/ Comandancia del CGBVP/ Municipalidad distrital-Planeamiento

5.10. RECOMENDACIONES PARA EL ÉXITO DEL PROCESO DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD LOCAL

El análisis integrado, los problemas con impacto sanitario priorizados, los territorios vulnerables priorizados y las líneas de acción, son los productos finales del ASIS local. A través de ellos, podemos decir que hemos cumplido con los objetivos de este proceso.

Sin embargo, si deseamos evaluar la eficiencia y eficacia del proceso debemos recordar que la eficiencia es la capacidad de conseguir un objetivo determinado con el mínimo de recursos disponibles y la eficacia está referida a lograr el objetivo en el menor tiempo.

Mirando los objetivos, se puede dar el caso que se logró elaborar el ASIS local con la información disponible en los establecimientos de salud, dejando de lado la participación de la comunidad, por el elevado costo que esto implicaba –desplazamiento de facilitadores, refrigerios, local, etc.- *¿podemos decir que fuimos eficientes?* En otro caso, podríamos haber elaborado a tiempo el documento, sin detenernos a redactar de forma adecuada el contenido en función del usuario (comunidad, actores sociales, equipo de salud, equipo técnico y decisores políticos) por la demora que esto significaba *¿podemos decir que fuimos eficaces?* Estas preguntas nos hacen ver que el éxito del ASIS local no sólo se fundamenta en la eficacia y la eficiencia. Estamos seguros que la adecuada planificación podría resolver estos dilemas, pero el problema no queda allí.

El éxito del proceso está en el cumplimiento de su finalidad: las políticas públicas. Para lograr este cometido, la comunidad debe reconocer que los productos finales ya mencionados corresponden a su realidad y dan respuesta a sus necesidades -expresadas durante su participación social en el proceso- generando, de esta forma, valor público.

Este documento técnico debe llegar al decisor político y su equipo de gestión, importantes fuentes de apoyo para viabilizar las líneas de acción que se proponen. Por tanto, es necesario conocer los mecanismos para incluir los productos finales (por ejemplo: líneas de acción) en el espacio municipal y comunicar el beneficio del uso del ASIS local en este espacio, pues al utilizarlo como fuente para la toma de decisiones, asegura que los recursos del Estado se transformen en productos que respondan a lo esperado (problemas priorizados y líneas de acción) por los ciudadanos destinatarios (legitimidad).

5.10.1. El contenido: La redacción en función del usuario

El análisis de situación de salud en su sentido amplio debe incluir -además del análisis epidemiológico o estadístico y la medicina basada en la evidencia- la experiencia, la planificación, el uso de recursos y puntos fuertes de personas y comunidades, la autoestima, la autocapacidad, la autoeficacia de los profesionales y ciudadanos, la emoción, la ética, el aprendizaje desde los errores, la contextualización, la participación de actores sociales y comunidades –como elementos clave en este proceso-, etc. Sin embargo, la tendencia a operacionalizar el análisis mediante una variedad de indicadores o tasas que -en ocasiones- sugieren, es un obstáculo -a veces insalvable- para su comprensión por el lector.

Si el decisor político o su equipo de gestión no comprenden su contenido, este documento será dejado de lado. Por ello debemos asegurar que, además del contenido, su lectura sea de interés para el usuario. De esta forma, podremos decir que hemos logrado eficiencia y eficacia –por tanto, el éxito- en el proceso de ASIS local.

Por ello, al convertirse en uno de los instrumentos básicos del trabajo epidemiológico en los servicios de salud, especialmente en el nivel local, comunitario y municipal, compromete al equipo de salud a utilizar, analizar y redactar correctamente los indicadores utilizados de una manera clara y concreta, de acuerdo a las características locales, recordando que existen cuatro potenciales usuarios: la comunidad y los actores sociales, los equipos de salud, los equipos de gestión y los decisores políticos. Posiblemente, el primer y último grupo estarán más interesados en los productos finales (problemas con impacto sanitario y territorios vulnerables priorizados). En cambio, el segundo y tercer grupo de usuarios

estarán interesados, además de estos contenidos, en el análisis integrado y las líneas de acción propuestas.

Para captar el interés de estos lectores del ASIS local, su redacción debe lograr estas tres virtudes básicas:

- **Ser clara.** La intención de quienes escribimos es que nos entienda un amplio público. Nuestro propósito al escribir debe ser: “llegar a la mente del lector” desde la primera lectura del escrito. Esto nos exige claridad en las ideas y transparencia expositiva, haciendo uso de un lenguaje fácil, basado en frases breves, ordenadas en forma lógica, empleando términos de uso común. Cuando haya que incluir términos poco frecuentes (por estar en desuso o por ser excesivamente técnicos) o que sean exclusivos del habla local, es preciso explicar al lector su significado al pie de la página.
- **Ser concisa.** Consiste en decir el mayor número de ideas con el menor número de palabras. Sólo debemos emplear aquellas palabras que sean absolutamente precisas para expresar lo que queremos decir. Evitar lo superfluo y lacónico, la redundancia y el añadido de ideas secundarias que nada fortalecen la idea matriz, y que, más bien, la debilitan.
- **Ser sencilla.** Se debe emplear palabras de uso común, de fácil comprensión, usando el vocabulario y modo expresivo habitual.

En resumen, la redacción del ASIS local – según la estructura sugerida (Anexo 9)- debe tener un estilo claro, conciso, sencillo, natural, original y breve.

5.10.2. Valor público y legitimidad: Consecuencias de la participación social

El ASIS local es un documento técnico que provee información útil para la toma de decisiones y, para ello, se recurre a múltiples fuentes de información que –aunque sean parte de un sólo sistema de información- deben ser producto de la movilización de actores sociales así como de la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.

Este proceso participativo ofrece beneficios que van desde la satisfacción de necesidades, hasta el empoderamiento y acumulación de capital social. La experiencia internacional demuestra que las mejores posibilidades de mejoría social se asocian a modelos participativos en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas, y que éstos producen mejores resultados, especialmente el área social –salud es parte de lo social-, comparado con otros tipos de modelos tradicionales. Junto con la movilización, fomenta la inclusión social, asegurando –de esta forma- el valor público y la legitimidad del proceso y, por consiguiente, de sus resultados.

La participación comunitaria es importante porque, a través de ella, los miembros están involucrados en las decisiones para mejorar las condiciones sociales, económicas y políticas que afectan su salud. Esta participación en la organización de los servicios de salud contribuye a la reducción de la morbilidad individual y en la mejora de las condiciones de salud. Sin embargo, aunque la participación social engloba a la participación comunitaria, no se puede hablar de la primera tomando en cuenta únicamente a la comunidad, sino que debe incluir a las agencias locales gubernamentales y no gubernamentales, que trabajan en la mejora de la calidad de vida de la población.

Los actores sociales deben participar en la negociación y concertación desde la identificación de los problemas hasta el planteamiento de líneas de acción, pues poseen información muy valiosa para la elaboración del ASIS local. Gracias a esta participación obtenemos los siguientes aportes:

- Proporcionan información clave de la interrelación de los individuos dentro de la comunidad.
- Brindan una perspectiva diferente sobre los problemas de salud estudiados.
- Diseminan la información que se maneja en el proceso.

- Ayudan a identificar a los responsables de atacar los problemas identificados como prioridad.
- Participan en acciones de control social que garantizan el cumplimiento de las líneas de acción planteadas.

Además, esta participación tiene beneficios colaterales:

- La identificación y vinculación de todos los actores sociales, en el proceso de planificación local participativa.
- El fortalecimiento de una cultura de participación por parte de los actores sociales en la toma de decisiones.
- Toma de decisiones democráticas con los actores sociales participantes.
- El fomento de la organización y la participación social en la población para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos y daños.



Figura 3. Tipo de participación según actividades realizadas en el proceso de análisis de situación de salud local.

En tal sentido, muchas de las actividades de promoción de la salud (p.ej.: incidencia política) deben ser iniciadas desde la primera fase, cuando el equipo debe coordinar con diferentes instancias para obtener la información necesaria sobre los problemas de salud de la población y sus determinantes sociales (Figura 3).

El personal de salud no debe olvidar que es -también- un actor social, pues representan a una institución en salud y, a la vez, están inmersos en la comunidad hasta el punto de llegar a constituirse en un miembro de esta.

5.10.3. La institucionalidad: Una oportunidad para la gestión local de políticas públicas en salud

Como todo plan, proyecto o programa, las líneas de acción del ASIS local, requieren de financiamiento para su ejecución. Las municipalidades y los gobiernos regionales -a través del presupuesto participativo- son fuentes de financiamiento.

El marco normativo de la descentralización asigna a las municipalidades competencias exclusivas y compartidas. Una de las competencias exclusivas es la formulación y aprobación del plan de desarrollo municipal concertado, así como la ejecución y supervisión de la obra pública de carácter social. A estas competencias se suma la elaboración del presupuesto participativo que es un instrumento de política y a la vez de gestión, mediante el cual las autoridades locales, así como las organizaciones de la población debidamente

representadas, definen en conjunto, cómo y a qué se van a orientar los recursos. Pero, *¿cómo obtener financiamiento de este presupuesto participativo? ¿cómo lograr que nuestros problemas con impacto sanitario sean parte del Plan de Desarrollo Concertado?* Esto se logra a través de la inclusión de los problemas con impacto sanitario prioritarios y de las líneas de acción en la agenda de los decisores políticos.

La metodología que utilizada en el ASIS local tiene sustento en las Políticas Nacionales del Perú, establecidas mediante Decreto Supremo N° 027-2007-PCM. Entonces, el decisor político -cuando utiliza los productos del ASIS local e incluye en su agenda los problemas con impacto sanitario prioritarios y de las líneas de acción- cumple con los siguientes mandatos:

- La institucionalización de la participación ciudadana en las decisiones políticas, económicas y administrativas.
- La promoción del ejercicio de los derechos y responsabilidades ciudadanas con relación a las políticas, programas y servicios sociales.
- El fomento y apoyo a los liderazgos que promuevan la cooperación y el trabajo intersectorial e interinstitucional.
- La promoción de la inclusión económica, social, política y cultural de los grupos sociales tradicionalmente excluidos y marginados de la sociedad.
- La garantía del ejercicio pleno de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas erradicando toda forma de discriminación.
- La garantía de la transparencia y la rendición de cuentas y el fomento de la participación ciudadana en la vigilancia y control de la gestión pública

Además, los gobiernos regionales y municipales –más allá de actuar sobre los determinantes sociales de la salud- tienen competencias compartidas con el gobierno nacional en relación a la salud pública. Teniendo en consideración esta premisa el gobierno regional, a través de la Gerencia Regional de Desarrollo Social o la que haga sus veces, promueve y regula actividades y/o servicios en materia de salud. Por otro lado, entre sus funciones específicas en materia de salud se encuentra la formulación, aprobación, ejecución, evaluación, dirección, control y administración de las políticas de salud en el ámbito del gobierno regional, en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales- según la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Por su parte, las municipalidades provinciales o distritales -entre otras funciones específicas y en coordinación con los centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes- gestionan la atención primaria de la salud.

En este contexto las municipalidades se constituyen en el núcleo de gobierno responsable de la conducción del desarrollo de sus ámbitos locales, con autonomía:

- **Política.** Es la capacidad de dictar normas de carácter obligatorio en los asuntos de su competencia dentro de su jurisdicción y sancionar a quienes las incumplen y denunciar a quienes se resistan a cumplirlas.
- **Económica.** Es la capacidad de decidir sobre su presupuesto y los rubros donde se destina sus gastos de acuerdo a las necesidades de la comunidad, y
- **Administrativa.** Es la capacidad de organizarse de la forma más conveniente al logro de los fines y el ejercicio de sus funciones de acuerdo a la realidad geográfica y económica.

Con los presupuestos participativos, las municipalidades promueven la creación de condiciones económicas, sociales, ambientales y culturales que mejoren los niveles de vida de la población y fortalezcan sus capacidades, además de reforzar la relación entre el Estado y la sociedad civil, en el marco de un ejercicio de la ciudadanía. Además de esto, mejoran la asignación y ejecución de los recursos públicos, de acuerdo a las prioridades consideradas en los Planes de Desarrollo Concertados. Los planes de desarrollo concertados y sus presupuestos participativos orientan la inversión, la asignación y la ejecución de los recursos municipales. Su ejecución es dirigida por el Alcalde Municipal y son aprobados por el Consejo Municipal. Los Consejos de Coordinación Local –distrital o provincial- y Regional coordinan y concertan estos planes y presupuestos según las normas aprobadas para tal fin en base a la concertación y propuesta de prioridades hecha por la Junta de Delegados Vecinales. Estas, a su vez, pueden proponer políticas de salubridad y fiscalizar los planes

de desarrollo concertado. Sin embargo, la iniciativa en la formulación de dispositivos municipales y el cabildo abierto son otras formas por las cuales los problemas con impacto sanitario priorizados así como las líneas de acción también pueden ser incluidos en la agenda municipal.

5.11. PREGUNTAS FRECUENTES

Durante la elaboración de este documento y en las reuniones técnicas realizadas en todo el país, han surgido preguntas a las que damos respuesta para brindar mayor claridad durante la implementación de la metodología propuesta.

5.11.1. ¿Se puede realizar el ASIS local para un establecimiento de salud, una microred o una red que no coincide con la jurisdicción político-administrativa completa (distrito o provincia)?

No, el ASIS local tiene como unidad de análisis un distrito o provincia. No tiene enfoque institucional, por lo que la autoridad sanitaria regional deberá identificar y organizar los recursos disponibles para su elaboración. Es recomendable que todos los EESS que conforman un distrito o provincia se reúnan y realicen el ASIS del distrito o provincia.

5.11.2. ¿Cómo financio la elaboración del ASIS local?

En el presupuesto anual se debe considerar o solicitar recursos para movilidad local, material de escritorio (por ejemplo: papelógrafos, lapiceros, plumones, etc.), servicio de fotocopiado, entre otros. La necesidad y costo estará en función de su realidad local. Sin embargo, es importante involucrar a los actores locales en el financiamiento de algunas de las actividades (por ejemplo: talleres) pues el resultado beneficiará a todos en la comunidad. Otra forma es hacer actividades conjuntas, pues el producto puede ser una necesidad para otros actores sociales.

5.11.3. ¿Cuándo debe estar listo el ASIS local?

El ASIS Local es un instrumento de gestión muy importante, no sólo para el personal sanitario, sino también para los tomadores de decisiones dentro del distrito, la provincia o el departamento. Por ello, debemos recordar que uno de los retos es que las prioridades identificadas sean incluidas en los presupuestos participativos en estos niveles. Estos presupuestos participativos se basan en los planes concertados que se elaboran entre los meses de marzo y junio de cada año, por lo que deberíamos culminar el proceso antes de estos meses.

5.11.4. ¿Todos los ASIS locales deben analizar los mismos problemas con impacto sanitario?

No. Estos se establecen de acuerdo a la realidad local. Sin embargo, hay problemas de interés mundial, nacional o regional que pueden ser requeridos por la autoridad sanitaria y que deberán ser considerados en él.

5.11.5. ¿Cómo hago los talleres participativos si mi población es muy amplia?

Se puede seguir cualquiera de estas recomendaciones:

- Desarrollar grupos focales en cada sector (p.ej., urbanización, anexo, barrio, etc.) y, luego, seleccionar representantes de cada grupo focal para que participe en el taller.
- Desarrollar talleres participativos en cada sector (p.ej., urbanización, anexo, barrio, etc.) y, luego, los miembros del Comité Central de cada taller serán invitados para que participe en el taller final.
- Desarrollar talleres participativos en cada sector (p.ej., urbanización, anexo, barrio, etc.) y, luego, los resultados de cada taller se consolidan en gabinete.

5.11.6. ¿Cómo determino brechas e inequidades?

Las brechas son “diferencias o desigualdades” entre grupos y cuando estas son sistemáticas y afectan a aquellos que tienen desventaja social, se convierten en “inequidades”. Es común la medición de la brecha (por ejemplo: mortalidad por neumonía) condicionada por la pobreza, que es la máxima expresión de la desventaja social. Sin embargo, la desventaja social también puede producirse por estar en la zona rural, por ser adulto mayor, por pertenecer a una comunidad nativa, etc.

5.11.7. ¿Qué información puedo obtener de la razón de riesgo que se utiliza en la metodología de ASIS local?

Al emplear la razón de riesgo se analiza y compara el “riesgo” que tiene una población (por ejemplo: el distrito) de presentar la característica (por ejemplo: mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años) en relación con otra población (por ejemplo: resto de provincia). El resultado de esta comparación (división de las tasas) podría ser:

- a) *Un valor mayor que 1*, en la población objetivo (por ejemplo: el distrito) existe mayor posibilidad de presentar el problema (por ejemplo: mortalidad por IRA en menores de cinco años) en comparación con la población de referencia (por ejemplo: resto de la provincia).
- b) *Un valor igual a 1*, entonces la población objetivo (el distrito, en nuestro ejemplo) tiene igual riesgo de presentar el problema (por ejemplo: mortalidad por IRA en menores de cinco años) que la población de referencia (el resto de la provincia, en nuestro ejemplo)
- c) *Un valor menor que 1*, en la población objetivo (por ejemplo: el distrito) existe menor posibilidad de presentar el problema (por ejemplo: mortalidad por IRA en menores de cinco años) en comparación con la población de referencia (por ejemplo: resto de la provincia)

Asimismo, si al comparar varios indicadores negativos (por ejemplo: analfabetismo, morbilidad por dengue, mortalidad por cáncer, etc.)— del distrito con el resto de la provincia o departamento— observamos que la mayoría o todos tienen como resultado valores mayores que uno, podríamos presumir que existen determinantes sociales en el distrito que estarían creando las condiciones favorables para la presencia de estos problemas de salud y, por consiguiente, inequidad en comparación con el resto de la provincia o departamento, según el resultado obtenido.

5.11.8. ¿Los tomadores de decisión están obligados a cumplir con las prioridades que se determinan en el ASIS local?

Existen dos escenarios:

- a) Primer escenario: Los tomadores de decisión que forman parte de la estructura de la DISA/ DIRESA/GERESA del GORE o IGSS están obligados por función a seguir las orientaciones del ASIS local. Para ello, es necesario que este documento sea aprobado a través de una Resolución Directoral del ámbito correspondiente. Se recomienda que sea aprobado por todos los niveles jerárquicos de la DISA/DIRESA/GERESA o IGSS a través de las normas legales respectivas.
- b) Segundo escenario: Los tomadores de decisión que no forman parte de la estructura de la DISA/DIRESA/ GERESA del GORE o IGSS (por ejemplo: educación, trabajo, transportes, municipalidad, ONG’s, líderes comunales, etc.) no están obligados a seguir las orientaciones del ASIS local. Sin embargo, en la metodología del ASIS Local, se desarrollan procesos participativos que ayudan a que este documento sea de referencia.



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Asua J, Taboada J. (2010). Experiencias e instrumentos de priorización. Red de Investigación de Resultados en Salud y Servicios Sanitarios. Disponible en <http://www.sergas.es/Docs/xornadasQS/lryss.pdf> (20 de febrero de 2014).
- 2) Bautista M. (2008). Manual de participación ciudadana.
- 3) Proyecto de Reforma del Sector de Recursos Minerales del Perú: Lima, Perú.
- 4) Bergonzoli, G. (2006). Sala situacional: instrumento para la vigilancia de Salud Pública. Editora IAESP: Maracay.
- 5) Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health*. **27**:167-194.
- 6) Braveman, P. (2014). What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it? *Matern Child Health J*. **18(2)**:366-372.
- 7) Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2010). Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2009: Por una densidad del Estado al servicio de la gente. PNUD: Lima, Perú.
- 8) Sánchez D, Egea C. (2009). Vulnerabilidad sociodemográfica y ambiental, viejos y nuevos riesgos. *Cuadernos Geográficos*. **45**.
- 9) Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2007). A conceptual framework for action on the social determinants health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health (draft). WHO: Washington DC, Estados Unidos.
- 10) Conferencia Sanitaria Internacional. (1946). Official Records of the World Health Organization. OMS. Nueva York.
- 11) De Vos P. (2009). Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. *Medicina Social*. **4(2)**:127-134.
- 12) Dirección de Salud Pública/Area de Vigilancia en Salud Pública. (2013). Anexo 3: Metodologías de análisis-síntesis: PIC- Plan de Intervenciones Colectivas. En Análisis de la situación de salud y gestión del conocimiento. Secretaría Distrital de Salud: Bogotá.
- 13) Dirección General de Epidemiología. (2012). Análisis de la situación de salud del valle del río Apurímac, Ene y Mantaro. Ministerio de Salud del Perú: Lima.
- 14) Dirección General del Presupuesto Público, Ministerio de Economía y Finanzas. (2010). Guía del presupuesto participativo basado en resultados. USAID/Perú ProDescentralización: Lima, Perú.
- 15) Dirección Nacional de Educación y Formación Cívica Ciudadana. (2008). Guía de participación ciudadana del Perú. Jurado Nacional de Elecciones del Perú: Lima, Perú.
- 16) FAO. (2014). Land resources: Land-use planning at the local level. Land policy and planning: local level. Disponible en: <http://www.fao.org/nr/land/land-policy-and-planning/landplanlocal/en/> (24 de enero de 2014).

- 17) Filho N, Castiel L, Ayres J. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva*. **5(3)**:323-344.
- 18) García J. (2006). Análisis en los estudios epidemiológicos VI: Indicadores de riesgo. *Nure Investigación*. **21**:1-5.
- 19) González M, Pereda J. (2009). Enfoque participativo y desarrollo local comunitario. *Revista Científica Avances*. **11(4)**:1-7.
- 20) Heredia H, Artmann E, López N, Useche J. (2011). Priorización y análisis de problemas de salud con una mirada desde la equidad: experiencia en el nivel local en Venezuela. *Ciência & Saúde Coletiva*. **16(3)**:1887-1898.
- 21) Hernández M. (2008). El concepto de equidad y el debate de lo justo en salud. *Rev. salud pública*. **10(sup 1)**: 72-82.
- 22) Kaulard A, Valdivia G. (2008). Manual de diseño de políticas públicas locales con enfoque de género: Técnicas de facilitación y proceso metodológico. APODER – COSUDE: Lima, Perú.
- 23) Lara E, Muños P. (2011). Análisis de la situación y necesidades de salud de la población. En *Estrategias y herramientas en atención familiar y salud comunitaria*. Elsevier España S.L: Madrid.
- 24) Licha I, Molina C, de Ochoa M, Zepeda E, McKinley T, Alarcón D, Lorenzelli M. (2005). *Inclusión social: una perspectiva para la reducción de la pobreza*. INDES: Honduras.
- 25) Linares N, López O. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina social*. **3(3)**:247-259.
- 26) Martínez C, Valdez W, Miranda J. (2011). Metodología para el análisis de situación de salud (Documento Técnico) (Primera ed.). Ministerio de Salud del Perú - Dirección General de Epidemiología: Lima, Perú.
- 27) MEF. (2014). Portal del presupuesto participativo. Disponible en: http://presupuesto-participativo.mef.gob.pe/portal_pp/html/ (30 de enero de 2014).
- 28) MINSA. (2005). *Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú*. Ministerio de Salud del Perú - Dirección General de Promoción de la Salud: Lima, Perú.
- 29) MINSA. (2011). *Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad – MAISBFC*. Ministerio de Salud del Perú - Dirección General de Salud de las Personas: Lima, Perú.
- 30) Mokate K, Saavedra J. (2006). *Gerencia Social: un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales*. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social: Washington DC, Estados Unidos.
- 31) Oficina de Análisis de Situación de Salud. (2012). *Análisis Situación de Salud: Guía Metodológica para su elaboración*. Ministerio del Poder Popular para la Salud/ Dirección General de Epidemiología: Caracas.
- 32) Oficina General de Epidemiología. (2002). *Análisis de situación de salud (ASIS): Guía para el análisis de los factores condicionantes de la salud (demográficos y socioeconómicos)*. Ministerio de Salud del Perú: Lima.
- 33) OMS. (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (Primera ed.)*. OMS/FNUI: Ginebra, Suiza.
- 34) OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Ottawa, Canadá*.
- 35) OMS. (2012). *Determinantes sociales de la salud*. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.
- 36) OMS/OPS. (2001). *La Salud Pública en las Américas: Funciones Esenciales*. OPS/OMS: Washington DC, Estados Unidos.
- 37) OPS/OMS. (1999). *Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*. **20(3)**:1-3.

- 38) Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. (2009). Guía para el análisis de situación de salud de las poblaciones en ámbitos de frontera de los países andinos. ORAS-CONHU: Lima, Perú.
- 39) Oyola-García, A. E., & Soto-Cabezas, M. G. (2012). ¿Tráfico de influencias en salud? *Rev peru epidemiol.* **16(3)**: 1-2.
- 40) Oyola-García, A. E., & Soto-Cabezas, M. G. (2013). La gerencia de la salud: pública y social. *Rev peru epidemiol.* **17(3)**: 1-2.
- 41) Peña A, Paco O. (2003). El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta: Tercera parte: un modelo teórico de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina.* **64(1)**:55-62.
- 42) Pérez K. (2005-2006). Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo: Vulnerabilidad. Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/228>. (20 de feb de 2014).
- 43) Pizarro R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. En CEPAL, SERIE Estudios estadísticos y prospectivos. ONU: Santiago de Chile, Chile.
- 44) Pría M, Louro I, Fariñas A, Gómez H, Segredo A. (2006). Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr.* **22(3)**:1-10.
- 45) Ravina R. (2005). La rendición social de cuentas y el presupuesto participativo en el marco del diseño del sistema de seguimiento y evaluación del gasto público. Dirección Nacional del Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas: Lima.
- 46) Rodríguez J. (2000). Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales. En CEPAL, SERIE Estudios estadísticos y prospectivos. Fondo de Población de las Naciones Unidas: Santiago de Chile.
- 47) Romero M, Álvarez M, Álvarez A. (2007). Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* **45(2)**:1-5.
- 48) Salazar A. (1999). La redacción: concepto, características, sus fases. Universidad Autónoma Metropolitana: México DF.
- 49) Sautu R et al. (2005). Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO: Buenos Aires, Argentina.
- 50) Sepúlveda-Carrillo, G. J. (2009). Estrategia pedagógica para la implementación de la guía metodológica de análisis de situación de salud. Ministerio de la Protección Social/ Dirección General de Salud Pública: Colombia.
- 51) Torres L, Constantino N. (2003). Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. *Rev Med IMSS.* **41(4)**:359-364.
- 52) Torres S. (2005). Diagnóstico de la gestión municipal: alternativas para el desarrollo. Dirección Nacional del Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas: Lima, Perú.
- 53) Whitehead M. (1992). The concept and principles of equity and health. *International Journal of Health Services.* **22**:429-445.



ANEXOS

Anexo 1:

LISTA DE AGRUPACIÓN DE MORBILIDAD 12/110

1	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	CÓDIGO CIE 10
101	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09
102	Tuberculosis	A15-A19, B90, E350, K930, M490, M900, N291, N741
103	Enfermedades prevenibles por vacunación	A33-A37, A80, A95, B01, B05-B06, B15-B16, B26, B91, G14
104	Infecciones de transmisión sexual	A50-A64, I790-I791
105	Enfermedades transmitidas por vectores	A44, A90-A91, A97, B50-B57
106	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	B20-B24, F024
107	HelminCIAS	B65-B83
108	Infecciones de vías respiratorias agudas	J00-J06, J20-J22
109	Neumonías e influenza	J09-J18
110	Micosis superficiales	B35-B37
111	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y sus secuelas	A20-A32, A38-A43, A46-A49, A65-A79, A81-A89, A92-A94, A96, A98-B00, B02-B04, B07-B09, B17-B19, B25, B27-B34, B38-B49, B58-B64, B85-B89, B92-B99

2	ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	CÓDIGO CIE 10
201	Neoplasia maligna del estómago	C16, D002
202	Neoplasia maligna del colon y recto	C18-C20, D010-D012
203	Neoplasias malignas de los órganos digestivos excepto estómago, colon y recto	C15, C17, C21-C26, D001, D013-D019
204	Neoplasia maligna de los bronquios y del pulmón	C34, D022
205	Melanoma y neoplasias malignas de la piel	C43-C44, D03-D04
206	Neoplasia maligna de la mama	C50, D05
207	Neoplasia maligna del cuello del útero	C53, D06
208	Neoplasia maligna de la próstata	C61, D075
209	Neoplasias malignas de otros sitios, de sitios mal definidos, secundarios, no especificados y de sitios múltiples	C76-C80, C97, D097, D099
210	Neoplasias malignas del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines	C81-C96
211	Neoplasias benignas y de comportamiento incierto o desconocido	D10-D48
212	Otras neoplasias malignas especificadas	C00-C14, C30-C33, C37-C41, C45-C49, C51-C52, C54-C58, C60, C62-C75, D000, D020-D021, D023-D024, D070-D074, D076, D090-D093

3	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y RESPIRATORIAS	CÓDIGO CIE 10
301	Hipertensión esencial	I10
302	Enfermedad isquémica del corazón	I20-I25
303	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69
304	Otras enfermedades del sistema cardiovascular	I00-I09, I11-I15, I26-I52, I70-I78, I793-I799, I80-I89, I95-I99
305	Asma	J45-J46
306	Rinitis alérgica y vasomotora	J30
307	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	J40-J44
308	Otras enfermedades del sistema respiratorio	J31-J39, J47-J99

4	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	CÓDIGO CIE 10
401	Embarazo terminado en aborto	O00-O08
402	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio	O12-O15
403	Hemorragia precoz del embarazo	O20
404	Vómitos excesivos en el embarazo	O21
405	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	O23
406	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica	O30-O41
407	Complicaciones relacionados con el embarazo	O10-O11, O16, O22, O24-O29
408	Complicaciones del trabajo de parto y del parto	O60-O75
409	Complicaciones relacionadas con el puerperio	O85-O92
410	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	O42-O48, O94-O99

5	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	CÓDIGO CIE 10
501	Traumatismos superficiales y heridas	S00-S01, S10-S11, S20-S21, S30-S31, S40-S41, S50-S51, S60-S61, S70-S71, S80-S81, S90-S91, T00-T01
502	Luxaciones, esguinces y torceduras	S03, S13, S23, S33, S43, S53, S63, S73, S83, S93, T03
503	Fracturas	S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S72, S82, S92, T02, T08, T10, T12
504	Traumatismos internos, amputaciones traumáticas y aplastamientos	S04-S09, S14-S19, S24-S29, S34-S39, S44-S49, S54-S59, S64-S69, S74-S79, S84-S89, S94-S99, T04-T07, T09, T11, T13-T14
505	Quemaduras y corrosiones	T20-T32
506	Síndromes del maltrato	T74
507	Complicaciones precoces de los traumatismos	T79
508	Otras lesiones y secuelas de causa externa	T15-T19, T33-T73, T75-T78, T80-T88, T90-T98

6	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	CÓDIGO CIE 10
601	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	K00-K14
602	Gastritis y duodenitis	K29
603	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno, excepto gastritis y duodenitis	K20-K28, K30-K31
604	Colelitiasis y colecistitis	K80-K81
605	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	K35-K38, K50-K63
606	Hernias	K40-K46
607	Otras enfermedades del sistema digestivo	K65-K77, K82-K92, K931-K939

7	ENFERMEDADES GENITOURINARIAS	CÓDIGO CIE 10
701	Cistitis	N30
702	Infección de vías urinarias	N390
703	Litiasis urinaria	N20-N23
704	Otras enfermedades del sistema urinario	N00-N07, N080-N082, N084-N089, N09-N19, N25-N28, N290, N292-N299, N31-N38, N391-N399, N990, N991, N994, N995, N999
705	Hiperplasia de la próstata	N40
706	Otras enfermedades de los órganos genitales masculinos	N41-N51
707	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	N70-N73, N740, N742-N749, N75-N77
708	Trastornos de la menstruación	N91-N92
709	Trastornos menopáusicos y perimenopáusicos	N95
710	Otras enfermedades de los órganos genitales femeninos	N80-N90, N93-N94, N96-N98, N992, N993, N998

8	ENFERMEDADES NEUROPSIQUIÁTRICAS Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	CÓDIGO CIE 10
801	Epilepsia	G40-G41
802	Migraña y otros síndromes de cefalea	G43-G44
803	Otras enfermedades del sistema nervioso	G00-G13, G20-G37, G45-G58, G591-G599, G60-G62, G630-G631, G633-G639, G64-G72, G731-G739, G74-G98, G991-G999
804	Depresión	F32-F33
805	Trastornos de ansiedad	F40-F41
806	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y en la adolescencia	F90-F98
807	Otras enfermedades mentales y del comportamiento	F00-F01, F020-F023, F025-F029, F03-F31, F34-F39, F42-F89, F99
808	Inflamaciones del párpado	H00-H01
809	Conjuntivitis	H10
810	Catarata	H25-H26
811	Trastornos de la acomodación y de la refracción	H52
812	Ceguera y disminución de la agudeza visual	H54
813	Otras enfermedades del ojo y sus anexos	H02-H06, H11-H22, H27-H35, H361-H369, H40-H51, H53, H55-H59
814	Otitis media	H65-H67
815	Otras enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	H60-H62, H68-H95

9	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	CÓDIGO CIE 10
901	Dermatitis	L20-L30
902	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	L00-L08
903	Urticaria	L50
904	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	L10-L14, L40-L45, L51-L99
905	Artritis reumatoide y otras poliartropatías inflamatorias	M05-M14
906	Artrosis	M15-M19
907	Dolor en articulación	M255
908	Lumbago y otras dorsalgias	M54
909	Contractura muscular	M624
910	Mialgia	M791
911	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	M00-M03, M20-M24, M250-M254, M256-M259, M30-M48, M491-M499, M50-M53, M60-M61, M620-M623, M625-M629, M63-M78, M790, M792-M799, M80-M89, M901-M909, M91-M99

10	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, METABÓLICAS Y NUTRICIONALES	CÓDIGO CIE 10
1001	Diabetes mellitus	E10-E14, G590, G632, G730, G990, H360, N083, I792
1002	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	E78
1003	Otras enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo	E00-E07, E15-E33, E340-E342, E344-E349, E351-E359, E70-E77, E79-E90
1004	Desnutrición y deficiencias nutricionales	E343, E40-E64
1005	Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	E65-E68

11	ENFERMEDADES DENTALES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN	CÓDIGO CIE 10
1101	Caries dental	K02
1102	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	K04
1103	Gingivitis y enfermedades periodontales	K05
1104	Otras enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén	K00-K01, K03, K06-K08

12	RESTO DE ENFERMEDADES	CÓDIGO CIE 10
1201	Trastornos de la mama	N60-N64
1202	Anemias nutricionales	D50-D53
1203	Anemias excepto anemias nutricionales	D55-D64
1204	Otras enfermedades de la sangre, de los órganos hematopoyéticos y de la inmunidad	D65-D89
1205	Anomalías congénitas	Q00-Q99
1206	Ictericia neonatal excepto ictericia debida a enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	P58-P59
1207	Infecciones específicas del periodo perinatal	P35-P39
1208	Retardo del crecimiento fetal, duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	P05-P07
1209	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	P00-P04, P08-P29, P50-P57, P60-P96

Anexo 2:

LISTA DE AGRUPACIÓN DE MORTALIDAD 10/110

1	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	CÓDIGO CIE 10
101	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09
102	Tuberculosis	A15-A19, B90
103	Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	A20, A44, A75-A79, A82-A84, A852, A90-A98, B50-B57
104	Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	A33-A37, A80, B05, B06, B26, G14
105	Meningitis	A39, A87, G00-G03
106	Septicemia, excepto neonatal	A40-A41
107	Enfermedad por el VIH (SIDA)	B20-B24
108	Infecciones respiratorias agudas altas	J00-J06
109	Infecciones respiratorias agudas bajas	J09-J16, J18-J22
110	Hepatitis B	B16, B170, B180- B181
111	Sífilis congénita	A50
112	Encefalitis viral	A850, A851, A858, A86
113	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	A21-A32, A38, A42-A43, A46-A49, A51-A74, A81, A88-A89, A99-B04, B07-B15, B171-B179, B182-B199, B25, B27-B49, B58, B59, B60-B89, B91-B94, B98, B99

2	ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	CÓDIGO CIE 10
201	Neoplasia maligna de estómago	C16, D002
202	Neoplasia maligna de colon y de la unión rectosigmoidea	C18-C19, D010-D011
203	Neoplasia maligna de hígado y vías biliares	C22-C24, D015
204	Neoplasia maligna de páncreas	C25
205	Neoplasia maligna de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estomago	C15, C17, C20-C21, C26, C48, D001, D012, D013, D014, D017, D019
206	Neoplasia maligna de la tráquea, los bronquios y el pulmón	C33-C34, D021-D024
207	Neoplasia maligna de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea y pulmón	C30-C32, C37-C39, D020
208	Neoplasia maligna de la mama	C50, D05
209	Neoplasia maligna del cuello del útero	C53, D06
210	Neoplasia maligna del cuerpo del útero	C54, D070
211	Neoplasia maligna del útero, parte no especificada	C55
212	Neoplasia maligna de la próstata	C61, D075
213	Neoplasia maligna de los órganos genitourinarios	C51-C52, C56-C58, C60, C62-C68, D071-D074, D076, D090, D091
214	Leucemia	C91-C95
215	Neoplasia maligna de tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos	C81-C90, C96
216	Neoplasia maligna del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	C00-C14, D000
217	Neoplasia maligna de la piel	C43-C44, D03-D04
218	Neoplasia maligna de los huesos, cartílagos y tejido conjuntivo	C40-C41, C45-C49
219	Neoplasia maligna de ojo, encéfalo y de otras partes del sistema nervioso	C69-C72, D092
220	Neoplasia maligna de la glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas	C73-C75, D093
221	Neoplasia maligna secundaria (metástasis)	C77-C79
222	Neoplasias benignas	D10-D36
223	Neoplasia maligna de sitios mal definidos, de comportamiento incierto y los no especificados	C76, C80, C97, D097, D099, D37-D48

3	ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	CÓDIGO CIE 10
301	Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	I00-I09
302	Enfermedades hipertensivas	I10-I13
303	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I22, I241-I25
304	Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar	I26-I31, I33-I38, I40, I42, I44, I45, I47-I49, I51
305	Paro cardíaco	I46
306	Insuficiencia cardíaca	I50
307	Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69
308	Arteriosclerosis	I70
309	Aneurimas	I71-I72
310	Embolia, trombosis arteriales y otros trastornos arteriales o arteriolares	I74-I78, I81-I82
311	Otras enfermedades del sistema circulatorio	I73, I79-I80, I83-I97, I99

4	AFECCIONES PERINATALES	CÓDIGO CIE 10
401	Feto y R.N. afectados por ciertas afecciones maternas	P00, P04
402	Feto y R.N. afectados por complicaciones obstétricas	P01-P03, P10-P15
403	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación	P05, P07
404	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	P20-P28
405	Infecciones específicas del periodo perinatal	P35-P39
406	Trastornos cardiovasculares originados en el periodo perinatal	P29
407	Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	P50-P61
408	Trastornos endocrinos y metabólicos del feto y del recién nacido	P70-P74
409	Trastornos del sistema digestivo del feto y del recién nacido	P76-P78
410	Otras ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	P08, P80-P83, P90-P96

5	LESIONES Y CAUSAS EXTERNAS	CÓDIGO CIE 10
501	Accidentes de transporte terrestre	V01-V89, Y850
502	Accidentes por otro tipo de transporte	V90-V97, V98-V99, Y859, Y86
503	Caidas	W00-W19
504	Accidentes por disparo de arma de fuego	W32-W34
505	Accidentes por ahogamiento y sumersión	W65-W74
506	Accidentes que obstruyen la respiración	W75-W84
507	Accidentes por fuerzas mecánicas (inanimadas y animadas)	W20-W31, W35-W49, W50-W64
508	Accidentes por fuerzas de la naturaleza	X30-X39
509	Envenenamientos por, y exposición a sustancias nocivas	X40-X49, Y10-Y19
510	Exposición a la corriente eléctrica	W85-W87
511	Exposición al humo, fuego y llamas	X00-X09
512	Suicidios (lesiones autoinfligidas intencionalmente)	X60-X84, Y870
513	Homicidios (agresiones infligidas por otra persona)	X85-Y09, Y35, Y871, Y890
514	Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica	Y60-Y84, Y88
515	Lesiones de intención no determinada	Y20-Y34, Y872
516	Las demás causas externas	W88-W99, X10-X29, X50-X57, Y36, Y40-Y50, Y891, Y899, X58-X59

6	ENFERMEDADES MENTALES Y DEL SISTEMA NERVIOSO	CÓDIGO CIE 10
601	Trastornos mentales y del comportamiento	F01, F03-F99
602	Enfermedad del Parkinson	G20
603	Enfermedad de Alzheimer	G30
604	Epilepsia y estado de mal epiléptico	G40-G41
605	Encefalitis, mielitis y encefalomiелitis	G04
606	Edema cerebral	G936
607	Esclerosis múltiple	G35
608	Degeneración de sistemas múltiples	G903
609	Otras enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	G06, G08-G12, G31, G36-G37, G43-G902, G904-G935, G937-G98

7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	CÓDIGO CIE 10
701	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	J40-J44
702	Asma	J45-J47
703	Afecciones de la pleura	J90, J92-J94
704	Trastornos respiratorios no especificados	J98
705	Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos	J60-J70
706	Edema Pulmonar	J81
707	Insuficiencia respiratoria	J96
708	Enfermedad pulmonar intersticial	J84
709	Otras enfermedades del sistema respiratorio	J30-J39, J85-J86, J95, J80, J82

8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	CÓDIGO CIE 10
801	Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	K35-K46, K56
802	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K73, K74, K76
803	Hemorragia gastrointestinal (hematemesis, melena y las no especificadas)	K92
804	Enfermedades del esófago, estómago y del duodeno	K20-K22, K25-K31
805	Trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y páncreas	K80-K86
806	Enfermedades del peritoneo, peritonitis y otros	K65-K66
807	Otras enfermedades del sistema digestivo	K00-K22, K24, K28, K31, K50-K55, K57-K63, K71, K72, K75, K90-K91

9	ENFERMEDADES METABÓLICAS Y NUTRICIONALES	CÓDIGO CIE 10
901	Diabetes mellitus	E10-E14
902	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	E40-E64, D50-D53
903	Trastornos de la glándula tiroides, endocrinas y otras metabólicas	E00-E07, E15-E34, E65-E89
904	Anemias hemolíticas, aplásticas y otras anemias	D55-D64
905	Defectos de la coagulación en órganos hematopoyéticos y trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	D65-D89

10	LAS DEMÁS ENFERMEDADES	CODIGO CIE 10
1001	Insuficiencia renal, incluye la aguda, crónica y las no especificadas	N17-N19
1002	Hiperplasia de próstata	N40
1003	Eventos relacionados al embarazo, parto y puerperio	O00-O99
1004	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99
1005	Enfermedades del sistema urinario	N00-N16, N20-N39
1006	Enfermedades de la piel	L00-L99
1007	Resto de las demás enfermedades	H00-H95, M00-M99, N41-N99

Anexo 4: GUÍA DE ENTREVISTA

- **Determinantes sociales**
 1. ¿Hace cuántos años vive aquí?
 2. ¿Cómo ha cambiado su distrito en los últimos años?
 3. ¿Cuáles son los principales problemas de su distrito?
 4. ¿Por qué se dan? (Indagar uno por uno)
 5. ¿Cómo les afecta esos problemas? (Indagar uno por uno)
 6. ¿Desde cuándo están presentes esos problemas? (Indagar uno por uno)
 7. ¿Qué consecuencias tienen? (Indagar uno por uno)
 8. ¿Cómo se podrían solucionar? (Indagar uno por uno)
 9. ¿A quién le correspondería atender esos problemas? (Indagar uno por uno)

- **Estado de salud**
 10. ¿De qué se enferma más la gente de su distrito?
 11. ¿A quiénes afectan más esas enfermedades? (Indagar uno por uno)
 12. ¿Por qué cree que aquí se enferman más de eso? (Indagar uno por uno)
 13. ¿En el caso de los niños, cuáles son las enfermedades más comunes? ¿Por qué será?
 14. ¿En el caso de los jóvenes, cuáles son las enfermedades más comunes? ¿Por qué será?
 15. ¿En el caso de las mujeres y hombres adultos, cuáles son las enfermedades más comunes? ¿Por qué será?
 16. ¿En el caso de los ancianos, cuáles son las enfermedades más comunes? ¿Por qué será?

- **Acceso al sistema de salud**
 17. ¿Cuándo se enferma, adónde suele acudir la gente de su distrito?
 18. ¿A qué otros servicios o personas suelen acudir?
 19. ¿Por qué se prefieren estos servicios/personas?

Anexo 5: GUÍA PARA GRUPO FOCAL

- **Determinantes sociales de la salud**
 1. ¿Cómo ha cambiado su distrito en los últimos años?
 2. ¿Cuáles son los principales problemas de su distrito?
 3. ¿Desde cuándo están presentes esos problemas? (Indagar uno por uno)
 4. ¿Por qué se dan? (Indagar uno por uno)
 5. ¿Cómo afectan esos problemas a la población?
 6. ¿Cómo se podrían solucionar?

- **Estado de salud**
 7. ¿De qué se enferma más la gente?
 8. ¿A quiénes afectan más esas enfermedades? (Indagar uno por uno)
 9. ¿Por qué se presentan? (Indagar uno por uno)
 10. ¿Qué sería necesario para que esas enfermedades afecten menos?

Anexo 6:

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO EN GABINETE

	0	1	2	3	4
Magnitud					
PS	No se ubica entre las quince primeras causas de morbilidad/mortalidad	Se ubica entre las diez y quince primeras causas de morbilidad/mortalidad	Se ubica entre las siete y diez primeras causas de morbilidad/mortalidad	Se ubica entre las cuatro y seis primeras causas de morbilidad/mortalidad	Es una de las tres primeras causas de morbilidad/mortalidad
DSS (SS)	Se ha logrado 95-100% de la meta	Se alcanzó 90-<95% de la meta	Se alcanzó 70-<90% de la meta	Se alcanzó 50-<70% de la meta	Se alcanzó <50% de la meta o los resultados no son consistentes
Tendencia					
DSS	Un escaso porcentaje (<20%) de la población es afectada	Un bajo porcentaje (20-<40%) de la población es afectada	La mitad (40-<60%) de la población es afectada	La mayoría (60%-<80%) de la población es afectada	La totalidad (≥80%) de la población es afectada
DSS	El indicador se mantiene igual o ha disminuido/aumentado en los últimos tres años	El indicador o la brecha ha aumentado/ disminuido en <25% en los últimos tres años	El indicador o la brecha ha aumentado/ disminuido en 25-<50% en los últimos tres años	El indicador o la brecha ha aumentado/ disminuido en 50-<75% en los últimos tres años	El indicador o la brecha ha aumentado/ disminuido en >75% en los últimos tres años
Gravedad/ Severidad					
PES	No produce complicaciones o discapacidad	Sólo ocasiona complicaciones o discapacidad en población de cinco o más años	Ocasiona complicaciones en menores de cinco años	Ocasiona discapacidad en menores de cinco años	Produce letalidad en menores de cinco años
DSS	No produce limitaciones o riesgos	Limita el acceso de la población a la prevención de enfermedades	Condiciona la presencia de enfermedades en los pobladores	Contribuye a la complicación de enfermedades en los pobladores	Aumenta el riesgo de muerte de los pobladores con alguna enfermedad
Interés de la comunidad					
DSS	Un escaso porcentaje (<20%) de la población demanda su atención	Un bajo porcentaje (20-<40%) de la población demanda su atención	La mitad (40-<60%) de la población demanda su atención	La mayoría (60%-<80%) de la población demanda su atención	La totalidad (≥80%) de la población demanda su atención
Capacidad de intervención					
DSS	Requiere de recursos del gobierno nacional	Requiere de recursos del gobierno regional	Requiere de recursos del municipio distrital o de la red de salud	Requiere de recursos locales de los servicios de salud y del municipio distrital	Sólo requiere de recursos locales de los servicios de salud

Magnitud del problema (¿A cuántas personas afecta el problema?): Use indicadores de incidencia y prevalencia, así como la morbilidad y la concentración. **Tendencia del problema** (¿Ha variado la frecuencia de casos en la comunidad?): Utilice el porcentaje de crecimiento para evaluarla. **Gravedad o severidad del problema** (¿Cuán grave para la salud de la persona es el problema?): Utilice las tasas de mortalidad y/o la morbilidad. **Interés de la comunidad** (¿Está interesada la comunidad en general en resolver el problema?): Determine en forma subjetiva de la importancia o preponderancia del problema con el equipo de salud de la comunidad. **Capacidad de intervención** (¿Es posible hacer algo para que la situación mejore?): Determine si la solución del problema requiere de recursos locales o necesita de otros recursos.

Anexo 7:
**CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO
EN COMUNIDAD**

¿Cuál es la urgencia en atacar este determinante social (DSS) o problema de salud (PES)?	Ptos
Este DSS/PES no es urgente	0
Este DSS/PES no es crítico en lo inmediato, pero debe ser resuelto en los próximos (1 a 3) años	1
Este DSS/PES no es crítico en lo inmediato, pero puede convertirse o generar un problema de salud crítico en un futuro cercano, o se viene arrastrando desde hace mucho tiempo	2
Este DSS/PES está en estado crítico	3

Anexo 8:
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE TERRITORIOS VULNERABLES

Indicador*	Puntaje				
	0	1	2	3	4
FRECUENCIA	Poco frecuente		Frecuente		Muy frecuente
COMPROMISO DE LA POBLACIÓN EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Toda la población	La mayoría de la población	La mitad de la población	Algunos miembros de la población	Ningún miembro de la población
PARTICIPACIÓN EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Sólo el Estado	El Estado con escaso apoyo de la comunidad	Comunidad y Estado con apoyo compartido	Comunidad con escaso apoyo del Estado	Comunidad sola
CAPACIDAD DE SOLUCIÓN	Se han realizado intervenciones exitosas en los últimos 5 años	Se han realizado algunas intervenciones exitosas en los últimos 5 años	Existen intervenciones en ejecución	Se han realizado algunas intervenciones en los últimos 5 años pero no han sido exitosas	No se han realizado intervenciones en los últimos 5 años

* Utilice como indicador cada uno de los problemas con impacto sanitario priorizados

Anexo 9: ESTRUCTURA SUGERIDA DEL ASIS LOCAL

INTRODUCCIÓN

1. ANÁLISIS DEL ENTORNO

1.1. Características geográficas

- 1.1.1. Ubicación, límites*
- 1.1.2. Superficie territorial y conformación*
- 1.1.3. Accidentes geográficos*

1.2. Características Demográficas

- 1.2.1. Población total, por sexo y por etapas de vida*
- 1.2.2. Densidad poblacional*
- 1.2.3. Población rural y urbana*
- 1.2.4. Población menor de cinco años*
- 1.2.5. Población gestante*
- 1.2.6. Nacimientos*
- 1.2.7. Defunciones*
- 1.2.8. Esperanza de vida al nacer (años)*
- 1.2.9. Tasa bruta de natalidad (x 10³ hab.)*
- 1.2.10. Tasa global de fecundidad (hijos x mujer)*
- 1.2.11. Tasa bruta de mortalidad (x10⁵ hab.)*

1.3. Características de la organización social

- 1.3.1. Medios de comunicación*
 - *Transporte: terrestre, aéreo y fluvial*
 - *Comunicación radial y televisiva (abierta y cerrada)*
 - *Telefonía y acceso a internet*
- 1.3.2. Organización política local:*
 - *Autoridades locales*
 - *Entidades públicas y sus representantes*
- 1.3.3. Actividades económicas, productivas, y comerciales predominantes*

1.4. Características de la presencia de riesgos

- 1.4.1. Riesgo de origen natural*
- 1.4.2. Riesgo de origen antrópico*
- 1.4.3. Riesgo de contaminación ambiental por actividades productivas y extractivas (época máxima contaminación durante el año, comunidades y población en riesgo y efectos directos o indirectos sobre la salud):*
 - *Fuentes, afluentes y efluentes de agua contaminada*
 - *Acumulación de relaves y residuos industriales*
 - *Zonas extractivas según formalización*
 - *Zonas de extracción y producción a cielo abierto*
 - *Zonas de emisión de gases industriales*

2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

2.1. Determinantes estructurales

2.1.1. Características socio-económicas

- a) Índice de desarrollo humano (IDH)
- b) Población con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI)
- c) Población en situación de pobreza y pobreza extrema

2.1.2. Características de la vivienda:

- a) Viviendas, según zona urbana y rural
- b) Hogares según tipo de vivienda, según zona urbana y rural:
- c) Hogares en viviendas, según zona urbana y rural:
 - Con alumbrado eléctrico de red pública
 - Con electricidad y gas como la energía o combustible que más utiliza para cocinar
 - Con material de parquet, madera pulida, láminas asfálticas, vinílicos o similares, loseta, terrazos, cerámicos o similares, madera (entablado), cemento predominante en los pisos
 - Con material de ladrillo, bloque de cemento, piedra o sillar con cal o cemento predominante en las paredes
 - Con material de concreto armado o madera o tejas predominante en los techos
- d) Hogares en viviendas según saneamiento básico, en zona urbana y rural:
 - Con abastecimiento de agua de red pública
 - Con eliminación de excretas a red pública
- e) Población urbana que vive en:
 - tugurios
 - con tenencia no segura de la vivienda
 - con baja calidad de la vivienda
 - con área insuficiente para vivir

2.1.3. Características educativas:

- a) Instituciones educativas según nivel educativo básico, públicas y privadas
- b) Docentes por nivel educativo básico, por aula y por alumno, en instituciones educativas públicas y privadas
- c) Estudiantes matriculados por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas
- d) Estudiantes que aprueban exitosamente su año lectivo por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas
- e) Estudiantes que abandonan la institución educativa por diversas razones por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas
- f) Tasa de analfabetismo, según sexo y zona de residencia
- g) Años de escolaridad, según sexo y zona de residencia

2.1.4. Características del trabajo:

- a) Población económicamente activa ocupada según sexo
- b) Población económicamente activa ocupada adecuadamente empleada y subempleada
- c) Población económicamente activa ocupada según ramas de actividad
- d) Ingreso nominal promedio mensual de la población económicamente activa ocupada según ramas de actividad

2.1.5. Inversión del Estado desde la municipalidad distrital:

- a) Ejecución del presupuesto municipal del distrito
- b) Inversión per cápita ejecutada por la municipalidad distrital
- c) Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función salud
- d) Inversión per cápita en la función salud ejecutada por la municipalidad distrital

- e) Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función trabajo
- f) Inversión per cápita en la función trabajo ejecutada por la municipalidad distrital
- g) Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función saneamiento
- h) Inversión per cápita en la función saneamiento ejecutada por la municipalidad distrital
- i) Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función vivienda y desarrollo urbano
- j) Inversión per cápita en la función vivienda y desarrollo urbano ejecutada por la municipalidad distrital
- k) Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función educación
- l) Inversión per cápita en la función educación ejecutada por la municipalidad distrital
- m) Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función cultura y deporte
- n) Inversión per cápita en la función cultura y deporte ejecutada por la municipalidad distrital

2.2. Determinantes intermediarios

2.2.1. Características socio-culturales:

- a) Patrones religiosos: Principales fiestas religiosas o sociales que se celebran y los problemas de salud asociados o atribuibles a estas (antes, durante y después de ellas)
- b) Hábitos, costumbres, estilos de vida
- c) Distribución de la población según tipo de lengua materna

2.2.2. Características del sistema de salud en el territorio

- a) Análisis de la oferta
 - Establecimientos de salud (EE.SS.), según tipo de prestador, categoría y tipo de administración
 - Capital humano en salud (total y por profesión) disponibles según tipo de prestador y nivel de atención
 - Unidades móviles disponibles, habilitadas y operativas, según tipo de prestador:
 - o Para actividades generales
 - o Para transporte de pacientes en emergencia según tipo
- b) Análisis de la demanda *de intervenciones sanitarias*:
 - Población afiliada al SIS: total, en menores de cinco años y gestantes
 - Parejas protegidas
 - Gestantes controladas
 - Partos institucionales
 - Cobertura de vacunación (HBV, BCG, ASA)
 - Deserción a la vacuna pentavalente en menores de un año
 - Deserción a la vacuna contra neumococo en menores de un año
 - Deserción a la vacuna contra la difteria, pertusis y tétano (DPT) en menores de cuatro años
 - Menores de un año controlados en su crecimiento y desarrollo
 - Sintomáticos respiratorios identificados
 - Referencias tipo I solicitadas por los EE.SS. del primer nivel de atención del ámbito territorial al segundo y tercer nivel de atención: en población general, en menores de cinco años y gestantes
 - Satisfacción de usuario externo según prestador
 - Otras de interés local

3. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

3.1. Morbilidad:

- 3.1.1. Morbilidad en consulta externa por grandes grupos (lista 12/110 OPS, ver Anexo 1)
- 3.1.2. Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa: en población general, por sexo y por etapas de vida
- 3.1.3. Diez primeras causas de morbilidad en población general con mayor concentración en relación con la provincia, en consulta externa
- 3.1.4. Diez primeras causas de morbilidad en población general con mayor crecimiento en relación con el resto de la provincia, en consulta externa
- 3.1.5. Morbilidad por causas o grupos específicos en consulta externa, según realidad del territorio: violencia, enfermedades relacionadas con la salud mental, complicaciones relacionadas con el embarazo, accidentes de tránsito, neoplasia maligna específica, malnutrición –por exceso o déficit-, por etapas de vida, en población económicamente activa, en mujeres en edad fértil, en mayores de 30 años, en niños menores de cinco y diez años, entre otras
- 3.1.6. Diez primeras causas de morbilidad con mayor diferencia de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento.
- 3.1.7. Diez primeras causas de morbilidad con mayor razón de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento

3.2. Mortalidad:

- 3.2.1. Mortalidad por grandes grupos (lista 10/110 OPS, ver Anexo 2)
- 3.2.2. Tasa bruta de mortalidad por grandes grupos (lista 10/110 OPS, ver Anexo 2)
- 3.2.3. Número de muertes maternas por año
- 3.2.4. Tasa de mortalidad infantil por año
- 3.2.5. Tasa de mortalidad neonatal por año
- 3.2.6. Diez primeras causas de mortalidad (tasa bruta) en población, por sexo y por etapas de vida.
- 3.2.7. Tasa bruta de mortalidad por causas o grupos específicos, según realidad del territorio
- 3.2.8. Diez primeras causas de mortalidad en población general con mayor concentración en relación con la provincia
- 3.2.9. Diez primeras causas de mortalidad en población general con mayor crecimiento en relación con el resto de la provincia
- 3.2.10. Diez primeras causas de mortalidad con mayor diferencia de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento
- 3.2.11. Diez primeras causas de mortalidad con mayor razón de riesgo en relación con el resto de la provincia y el resto del departamento

4. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS CON IMPACTO SANITARIO

- 4.1. Metodología
- 4.2. Problemas con impacto sanitario priorizados

5. PRIORIZACIÓN DE TERRITORIOS VULNERABLES

- 5.1. Metodología
- 5.2. Identificación de territorios vulnerables

6. PROPUESTA DE LÍNEAS DE ACCIÓN

7. ANEXOS

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS







Dirección General de Epidemiología
Ministerio de Salud del Perú

Daniel Olaechea N° 199 - Jesus María
Lima - Perú

www.dge.gob.pe
postmaster@dge.gob.pe

ISBN: 978-612-4222-20-7



9 786124 222207