



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

## **Estrategia Pedagógica para la Implementación de la Guía Metodológica de Análisis de Situación de Salud**

**ISBN:**

**Título**

**Estrategia Pedagógica para la Implementación de la Guía Metodológica de Análisis de Situación de Salud**

**Elaborada por**

Gloria Judith Sepúlveda Carrillo

**Revisión y corrección de estilo elaborado por**

María Belén Jaimes Sanabria

**Interventoría**

María Mercedes Muñoz

María Alexandra Durán Romero

**Validación del documento**

Para la validación del documento se conformó un Comité de Expertos quienes participaron en la revisión y ajustes del mismo, integrado por:

**Martha Idaly Saboya**

Bacterióloga, Magíster en Salud Pública

Profesional Nacional Enfermedades Transmisibles y AIEPI, OPS/OMS

**Alba Lucia Meneses Baéz**

Psicóloga- Msc. en Psicología Educativa, PhD en currículo y profesorado, docente Facultad de Psicología - Universidad Católica de Colombia, Docente facultad de Psicología - Universidad el Bosque

**Naydú Acosta Ramírez**

Médica Cirujana, Doctora en ciencias en Salud Pública; Magistra en Administración de Salud.

Asesora de la Dirección de salud pública, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

**Martha C. Segura**

Enfermera – Asesora Plan Local de Salud Municipio de Páez- Cauca

**Diseño de carátula**

**Revisión de estilo**

**Diseño y diagramación:**

Lugar y fecha de la edición  
Imprenta Nacional de Colombia. Diagonal 22 No. 67 - 70  
Bogotá, D.C.

**Fecha de publicación**

Diciembre de 2009

© Ministerio de la Protección Social  
Dirección General de Salud Pública

Se autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando se conserve la integridad del texto y se dé crédito al Ministerio de la Protección Social y no tenga fines comerciales.



Libertad y Orden

**Diego Palacio Betancourt**  
Ministro de la Protección Social

**Carlos Jorge Rodríguez Restrepo**  
Viceministro Técnico

**Carlos Ignacio Cuervo Valencia**  
Viceministro de Salud y Bienestar

**Andrés Echeverri López**  
Viceministro de Relaciones Laborales

**Clara Alexandra Méndez Cubillos**  
Secretaria General

**Lenis Enrique Urquijo**  
Director General de Salud Pública

**Víctor Hugo Álvarez Castaño**  
Coordinador Grupo de Vigilancia en Salud Pública

## CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACIÓN	6
1. JUSTIFICACIÓN	7
2. PROPÓSITOS	8
3. OBJETIVOS	9
3.1 OBJETIVO GENERAL	9
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA	10
4.1 IDENTIFICACIÓN DE ACTORES SOCIALES Y SUS REDES	11
4.1.1 Pasos para el trabajo con actores sociales	13
4.2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	15
4.2.1 Fuentes de información	16
4.2.2 Vigencia y actualización de la información	17
4.3 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO	18
4.4 LISTADO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS	19
5. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL MUNICIPIO	21
6. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS	25
7. PROGRAMACIÓN CONJUNTA	27
8. BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	33

## PRESENTACIÓN

El análisis de la situación de salud (ASIS) es un insumo fundamental en la formulación y monitoreo de políticas en salud pública, porque se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política; lo que permite conocer de una manera más cercana el perfil salud – enfermedad de una población, facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.

La metodología ASIS es un instrumento que provee información útil para la toma de decisiones y para ello se recurre a múltiples fuentes de información, que aún cuando formaran parte de un sólo sistema de información deben ser producto de la movilización de actores sociales y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.

El proceso de análisis de la situación de salud (ASIS) en Colombia no es algo nuevo, sin embargo, ha sido necesario mejorar su racionalidad a partir de los lineamientos institucionales establecidos en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, el Decreto 3039 de 2007 en su capítulo IV y en la resolución 0425 de 2008 en el capítulo II con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población.

Con el objeto de satisfacer tal necesidad el Ministerio de la Protección Social elaboró la Guía Metodología de Análisis de Situación de Salud (ASIS) y la Estrategia Pedagógica para implementación de la Guía ASIS. En este sentido la Dirección General de Salud Pública pone a disposición la presente estrategia pedagógica para la realización del análisis de situación de salud.

Esta metodología consiste esencialmente en dimensionar los hechos de salud, mostrados a través de las diez prioridades nacionales en salud, la morbilidad y la mortalidad y su distribución en la población de acuerdo a los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, de recursos, servicios y cobertura en salud; para identificar los problemas, priorizarlos e intervenirlos en forma focalizada y evaluar el impacto en el cambio de la salud de la población.

La Estrategia Pedagógica está diseñada como un instrumento sencillo para la gestión local basada en los lineamientos de la Planificación Local Participativa (PLP) que contribuye a la construcción de un espacio de intercambio y discusión entre los actores sociales para el diagnóstico, análisis, priorización de problemas de salud y evaluación de la viabilidad de sus posibles soluciones. La metodología de Planificación Local Participativa permite integrar las distintas necesidades y aportes, en la definición y priorización de los problemas de salud de una comunidad, así como en el diseño de intervenciones y soluciones, obteniéndose de esta manera mayores grados de satisfacción de la población, de las personas y servicios entre los que se encuentran los de salud.

Con esta guía, el Ministerio de la Protección Social avanza en el mejoramiento de la gestión en salud pública que contribuirá a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades en salud de la población colombiana con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

## 1. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS la equidad y la inclusión social son los principios orientadores del proceso de desarrollo, que se configuran como 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 y calidad de vida y que responden a las necesidades de la población. Sin duda las políticas públicas son un motor para el desarrollo con equidad, mientras que la participación y el empoderamiento ciudadano son la inspiración y la creatividad para el desarrollo social sostenible.

La participación social reconoce la intervención de los actores sociales e institucionales que deberán acompañar a los municipios, en la elaboración del plan de salud territorial, como se menciona en la resolución 0425 de 2008. El proceso participativo ofrece distintos beneficios que van desde la satisfacción de necesidades, hasta el empoderamiento y acumulación de capital social, de este modo, la participación se puede concebir como un medio y como un fin en sí misma. 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, y que éstos producen mejores resultados, especialmente el área social, comparado con otros tipos de modelos tradicionales.

El ASIS, es el estudio de la interacción de las condiciones de vida de la población en una unidad geográfico-política que incluye a los diferentes grupos de la población y el ambiente donde se desarrollan, en donde existen relaciones que determinan y condicionan el estado de salud. La participación debe estar presente en el diseño de toda actividad dado que las organizaciones sociales se han constituido en canales institucionales de interlocución y transmisión de las necesidades de la comunidad, por lo tanto las explicaciones de las autoridades no deben ser unilaterales, sino el resultado de la gestión democrática y de decisiones entendidas y aceptadas, que generen procesos de toma de decisiones más enfocados a la realidad local.

Se sugiere entonces, la utilización de la metodología de **Planificación Local Participativa**. Esta metodología ha sido utilizada en varios países, en especial en la implementación de estrategias como la del componente comunitario de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI. Muestra además la importancia de integrar la visión, experiencia e intereses de la comunidad en todos los momentos del proceso de planificación con el fin de abordar y solucionar sus problemas, utilizando y desarrollando sus propias capacidades.

La utilización de la metodología de Planificación Local Participativa en la implementación de la Guía Metodológica ASIS, busca la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, en los procesos de abordaje y solución de problemas de salud, gerencia y toma de decisiones que mejoren las condiciones de salud de la población.

## 2. PROPÓSITOS

Contribuir a Implementar de manera participativa la metodología ASIS en el ámbito municipal y distrital/departamental, para identificar, priorizar, gestionar y dar respuesta a los problemas de salud de la comunidad. Los propósitos son:

- La identificación y vinculación de todos los actores, en el proceso de Planificación Local Participativa.
- El fortalecimiento de una cultura de participación por parte de los actores sociales e institucionales en la toma de decisiones.
- El suministro de la información necesaria para formarse opiniones y tomar decisiones democráticas con los actores sociales participantes.
- Fomentar en la población la organización y la participación social para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos y daños.

### 3. OBJETIVOS

La institucionalización de la metodología ASIS en los equipos de salud responsables de la gestión de los planes territoriales de salud requiere de un proceso de transferencia para lo cual, se ha elaborado este documento que desarrolla una propuesta pedagógica que incluye la participación social, con lo que se busca generar una gestión estratégica de largo plazo que contribuya al mejoramiento equitativo de la calidad de vida de la población colombiana.

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar de manera participativa la metodología ASIS en el ámbito municipal y departamental/distrital para identificar, priorizar, gestionar y dar respuesta a los problemas de salud de la comunidad.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar en forma participativa el diagnóstico de la situación de salud de cada entidad territorial utilizando la guía metodológica ASIS.
- Determinar participativamente el orden de los problemas de salud y los recursos con que se intervendrán estos problemas.
- Establecer participativamente las metas a ser alcanzadas en el mejoramiento de la situación de salud, calidad de vida y bienestar de la población.

#### 4. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA

La Planificación Local Participativa (PLP) es un proceso en el que el equipo de salud y la comunidad toman decisiones en conjunto, analizando cual es el mejor camino para llegar a conseguir los resultados deseados, teniendo claro a dónde se quiere llegar para cambiar una situación o mejorar la realidad actual.

Cuando se habla de PLP, se hace referencia al proceso continuo de involucramiento en el diagnóstico, programación de acción, ejecución y evaluación, que permite a los integrantes de una comunidad conocer su realidad y comprenderla, a la vez que sentirse capaces de actuar sobre ella. Además es un método que facilita el desarrollo de los equipos de trabajo y de las comunidades porque:

- La población participa en el diagnóstico y análisis de la situación de salud y en la definición de las soluciones, lo que facilita el proceso de aprendizaje sobre sí misma, otros actores, medio ambiente y formas de intervención entre otros.
- Facilita la implementación de acciones integrales, que generen impacto sobre las necesidades presentes en la población.
- Se generan respuestas efectivas para la solución de los problemas por parte de los servicios de salud y de la comunidad.

Para la realización del diagnóstico de situación de salud con participación social se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La elaboración y aprobación del plan territorial de salud se debe desarrollar conforme a las tres fases contempladas en la resolución 0425 de 2008 (Capítulo II, artículo 7).
- El análisis de la situación de salud debe basarse en el contexto de cada lugar donde se lleve a cabo; sin embargo, se debe tener como insumo base la caracterización de estos contextos y la descripción de las diez prioridades, a través de los indicadores sugeridos en la metodología ASIS.
- La elaboración debe ser participativa; todos los actores sociales deben ser involucrados en el proceso de identificación y priorización de los problemas y elaboración del plan de acción.
- La evaluación debe ser cuantitativa y cualitativa; varios autores enfatizan que los indicadores cualitativos son muy importantes y necesitan ser desarrollados teniendo en cuenta el contexto. Los indicadores cuantitativos tradicionales de salud como los de morbilidad y mortalidad son muy limitados para medir el nivel de participación social en la solución de problemas de salud y el desarrollo de su capacidad social. Estos procesos evaluativos deben enfocarse en el "por qué y el cómo" y no sólo en el "qué y cuántos".

- La evaluación de los problemas de salud de la comunidad requiere enfoques multidisciplinarios o transdisciplinarios; esto significa que las disciplinas necesitan desarrollar un marco común para explicar los problemas y soluciones que les permita ajustar sus propios métodos de medición al problema a investigar.
- Los procesos participativos deben ser sostenibles; por ello es muy importante la búsqueda de indicadores de sostenibilidad y empoderamiento.

Durante la capacitación en la implementación de la Guía Metodológica ASIS se desarrollan una serie de talleres con el fin de explicar la forma cómo se opera esta metodología. Los primeros dos talleres que se realizan son sobre los indicadores de salud. Estos talleres se realizan con el fin de unificar la información relacionada con el tema entre los participantes de la capacitación, luego en forma secuencial se desarrollan los talleres que contiene esta estrategia de implementación de la Guía ASIS.

Los talleres que contiene esta estrategia son los siguientes:

- Identificación de los actores sociales
- Identificación de los problemas de salud
- Análisis de los problemas de salud
- Priorización de los problemas de salud

La guía para el desarrollo de cada uno de estos talleres hace parte de los anexos de este documento.

A continuación se describen los pasos a seguir para la implementación de la Guía Metodológica ASIS, utilizando la metodología de Planeación Local Participativa:

#### **4.1 IDENTIFICACIÓN DE ACTORES SOCIALES Y SUS REDES**

Gracias al apoyo del mapa o croquis de los actores sociales del municipio/distrito, se identifica a los actores sociales, instituciones públicas y privadas, organizaciones comunitarias, escuelas, iglesias y gobierno municipal entre otros. Las siguientes preguntas permitirán conocer mejor a cada actor, su función y las redes que involucran:

- ¿Qué instituciones del Estado y privadas existen en el municipio/distrito?
- ¿Qué organizaciones comunales existen y son activas?
- ¿Qué medios de comunicación existen para comunicarse con los lugares más alejados (radio, teléfono, otros)?
- ¿Qué formas y mecanismos de coordinación existen entre las instituciones y organizaciones identificadas?
- ¿Qué actividades se realizan en la comunidad que fomentan la salud? y ¿Quién las realiza?
- ¿Qué líneas de acción desarrollan las ONGs del municipio/distrito? y ¿Cómo interactúan con los servicios de salud?

- ❑ ¿Qué actores sociales e instituciones se identifican (alcalde, gobernador, instituciones educativas, guarderías, promotores, curanderos y agentes comunitarios de salud, entre otros)?

Éstas y otras preguntas que el equipo considere importantes deben formularse para luego registrarse en la siguiente matriz de actores sociales:

<b>Matriz de actores sociales</b>		
<b>Actores sociales Identificados en el municipio</b>	<b>¿Qué hacen? (función principal en la localidad)</b>	<b>Redes con que cuentan (estructura del actor)</b>
Educación		
Organizaciones de base		
Gobierno local		
Servicios de salud		
Agentes comunitarios de salud		
Iglesias		
ONGs		
Otros		

Fuente: OMS/OPS. Guía para el diagnóstico local participativo. Componente comunitario de la estrategia AIEPI.

La identificación de los actores sociales, el reconocimiento de su función y las redes propias con que cuentan, constituyen la base potencial para la promoción del cuidado de la salud de la población. Pero no solo se trata de identificar quienes son los actores claves que intervienen, sino también identificar y analizar sus intereses, su importancia e influencia sobre los resultados de su participación. Es importante realizar un “mapeo de actores”.

Un ejemplo de la forma de identificar los actores sociales se presenta a continuación:

<b>Matriz de actores sociales</b>		
<b>Actor Social</b>	<b>Rol y función</b>	<b>Recursos humanos o redes sociales</b>
Educación	Formación y educación de población escolar a través de educación formal.  Hacer partícipes de la educación a los padres de familia	11 instituciones educativas  3800 niños de 6 a 17 años  165 profesores  Llegan a contactar con 2000 padres de familia

Fuente: OMS/OPS. Guía para el diagnóstico local participativo. Componente comunitario de la estrategia AIEPI.

Con el mapeo de actores se busca no solo tener un listado de los diferentes actores que participan, sino conocer sus acciones y los objetivos de su participación. El mapeo de actores debe ser considerado como un primer paso para lograr la convocatoria de la sociedad civil en las acciones participativas (talleres, reuniones y seminarios entre otros), con ello no solo se asegura el número sino su representatividad.

#### **4.1.1. Pasos para el trabajo con actores sociales**

##### **1). Construcción de condiciones**

Estas condiciones se centran en dos aspectos:

- Hacer visibles los beneficios del cuidado integral de la salud de la comunidad ante las instituciones y actores sociales en los ámbitos nacional, departamental y local.
- Promover en los actores sociales, el desarrollo de capacidades de comunicación asertiva con las familias con el fin de ayudar a éstas a promover los beneficios del cuidado integral de la salud.

##### **2). Abogacía para el posicionamiento de actores sociales**

La abogacía busca defender, promover o recomendar la implementación de la Guía Metodológica ASIS, ante una persona o grupos de personas o instituciones que tienen la posibilidad de impulsar y tomar decisiones. Las acciones de abogacía están dirigidas a disminuir resistencias que sean motivo de conflicto y polarización en el tema, así como a cambiar políticas, programas o posiciones de los actores o instituciones.

Para llevar a cabo este proceso el facilitador requiere conocer el arte de la persuasión, de la negociación y de la resolución de conflictos, pues son muchas las redes de organizaciones que intentan abogar por sus intereses con los mismos líderes; así mismo, es necesario saber exponer buenos argumentos para defender una propuesta, en este caso la implementación de la metodología ASIS.

##### **3). Convocatoria**

Para que una propuesta tenga respuesta positiva, debe hacerse entorno a temas que sean de interés de los convocados. Antes de hacer una invitación a la comunidad es conveniente que se conozcan los siguientes aspectos:

**Actividad:** ¿qué sucederá?

**Objetivo:** ¿cuál es el objetivo de la actividad?

**Dinámica:** ¿cómo se desarrollará?, ¿quién/quienes hablarán?

**Lugar:** ¿dónde tendrá lugar? Procurar elegir un lugar acorde con la cantidad de personas esperadas.

**Horario:** ¿A qué hora? Buscar el horario que sea más conveniente para que todos los invitados puedan asistir. Tener en cuenta compromisos y horarios de trabajo, según las costumbres de cada lugar.

**Duración:** ¿cuánto tiempo durará la actividad? Es importante aclarar los horarios de una u otra actividad para que quienes reciban la invitación puedan acomodar sus agendas según sus intereses y disponibilidades.

**Resultados esperados:** ¿qué resultados se esperan de esta actividad?

La selección adecuada del motivo de la convocatoria debe considerar que resulte de interés común y que además, sirva de base para la elaboración de un plan de trabajo llevado a cabo con resultados positivos.

Aquí es necesario utilizar el mapa de los sectores y actores sociales participantes en las actividades, se debe tener en cuenta que todos los sectores son importantes, que cada comunidad es diferente y por lo tanto sus actores o grupos variarán de una u otra forma. Es relevante tener en cuenta que es más importante que el público que participa de las actividades sea representativo de los diferentes sectores de la comunidad antes de que sea numeroso. Se trata entonces de involucrar a todas las personas, organizaciones e instituciones que tienen interés en aportar a los procesos de desarrollo del municipio.

Hay varias formas de invitar a alguien a participar de alguna actividad y cada alternativa de invitación es más apropiada o efectiva para uno u otro de los invitados. Por lo tanto, se debe revisar la invitación y la difusión.

¿Cómo convocar?

- En visitas domiciliarias
- En reuniones de las organizaciones sociales
- A través de perifoneo, o programas radiales
- Con carteles ubicados en lugares visibles o más frecuentados por la comunidad
- A través de líderes naturales
- A través de los canales formales de participación en el ámbito municipal como: juntas de acción comunal y local; red de comunidades indígenas y negras; comité de control o auditoría social; cultura, deportes y recreación; desarrollo rural; economía solidaria y comunitaria; educación; género; hogares comunitarios; jóvenes; medio ambiente; ordenamiento físico y urbanístico y planeación pública; prevención de desastres; promoción y coordinación de la participación; salud; seguridad, vivienda, convivencia y paz, entre otros.

Sin embargo, más allá del canal de difusión que se utilice, vale la pena hacer un listado de invitados con aquellos actores cuya asistencia a la actividad es muy importante y reforzar la invitación unos días antes, por ejemplo con un llamado telefónico. Recuerde que el éxito del trabajo a futuro dependerá en gran medida del éxito de la convocatoria.

#### **4). Intervención**

La aplicación de esta metodología debe ser cuidadosamente respetuosa de la autonomía de las organizaciones sociales, especialmente cuando se trate de tomar decisiones relacionadas con su organización, programación, concertación y ejecución del plan de desarrollo. Esta concertación deberá realizarse en primer lugar con las autoridades municipales con el propósito político de fortalecer las instituciones locales.

#### **5). Seguimiento y evaluación**

El objetivo del seguimiento y evaluación es garantizar el cumplimiento oportuno de las acciones que se han planificado y programado para la implementación de la guía metodológica ASIS. Debe realizarse en forma permanente para que se constituya en un medio de formación, de análisis crítico y autocrítico que permita mejorar los procesos de organización, participación, y producción de conocimientos y medios para tener experiencias cada vez más exitosas en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A continuación se desarrolla el taller relacionado con la identificación de los actores sociales e institucionales. Para ello se debe remitir a la guía del taller ubicado en los anexos de este documento. (Ver anexo 1 - taller 3 Identificación de actores sociales).

### **4.2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Antes de convocar a una Planificación Local con Participación Social, es importante que los equipos de salud recopilen toda la información relevante y la documentación existente sobre la situación de salud. Los equipos deben revisar y discutir diagnósticos y análisis anteriores, así como cualquier documento y reportes relacionados con los siguientes contextos: territorial, demográfico (estructura y movimiento de la población), socioeconómico de recursos, servicios y cobertura en salud; y las siguientes prioridades en salud: de salud infantil, de la salud sexual y reproductiva, de salud oral, de salud mental y las lesiones violentas evitables, de las enfermedades transmisibles y las zoonosis, de las enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades, de la salud nutricional, de la seguridad sanitaria y del ambiente, de la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral, de la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, y el análisis de la morbilidad y mortalidad de la población. Cada uno de los anteriores contiene una serie de indicadores descritos en la Guía Metodológica ASIS.

Por tanto, se sugiere que el equipo inicie con la descripción de la situación de salud y los contextos, según los lineamientos de la Guía Metodológica ASIS. Esto constituye una ayuda importante para:

- La identificación de problemas de salud.
- La descripción y análisis de los actores sociales e institucionales y sus redes.
- La descripción de la red de servicios de salud.

- La identificación de las características sociales, culturales, productivas y demográficas de la población.
- Se requiere adicionalmente conocer información nacional y departamental que, desde estos niveles debe ser suministrada al municipio.

De esta manera se podrá tener un clima organizado en el momento de entrar en contacto con los actores sociales.

#### 4.2.1 Fuentes de información

Es importante tener presente que en la realización del diagnóstico de situación de salud es necesario que participen los actores sociales e institucionales, por lo que se deben utilizar instrumentos que permitan la consulta amplia de la población sobre su situación de salud, mediante la utilización de instrumentos que propicien la recolección de información de carácter cualitativo que den cuenta de los procesos de salud y sus percepciones.

Hay dos tipos de fuentes de información: la fuente primaria y la fuente secundaria. Se llama fuente de información primaria a aquella que fue diseñada y desarrollada específicamente para brindar la información deseada.

La fuente secundaria es aquella que ya venía operando regularmente para cumplir múltiples funciones y de donde es posible conseguir la información deseada.

Tomando en cuenta estos dos tipos de fuentes, se debe tener presente que el ASIS, no siempre va a contener información de fuentes secundarias, sino también información de fuentes primarias y para tal fin se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Identificar los lugares donde se puede tener acceso a las fuentes de información secundarias, y en el caso de las fuentes primarias, proponer las técnicas de recolección de datos.
- Identificar la forma en que se puede tener acceso a las fuentes de información secundarias, que puede ser solicitando informes, reportes, o también copia de los datos.
- Finalmente realizar una evaluación operacional de las características de las fuentes o sistemas de información.

**La información primaria** puede ser obtenida mediante la utilización de las siguientes técnicas:

**Observación directa:** observar en este contexto significa, analizar una persona, grupos de personas o un evento con el fin de describirlo. Se realiza mediante la utilización de un formulario de observación detallado para registrar lo que se ve y oye. La información puede referirse a actividades en curso, procesos, debates, interacciones sociales y resultados observables.

**La entrevista:** consiste en una conversación basada en un cuestionario, que permite conocer las motivaciones, percepciones y explicaciones que tienen las personas acerca de la situación que se investiga. Las entrevistas se clasifican en: estructuradas, semiestructuradas y en profundidad.

**Grupos focales:** es un debate moderado entre 8 a 12 participantes con antecedentes semejantes, cuidadosamente seleccionados. El moderador utiliza una guía de preguntas orientadoras, allí se toma nota de las observaciones y comentarios. (Ver anexo 3).

**Mini encuesta:** es un cuestionario estructurado con un número limitado de preguntas, con respuestas estructuradas que se aplican a un número determinado de personas. La selección de los encuestados puede ser aleatoria o “deliberada”.

**Debate grupal:** permite el análisis de un tema o problema en común, facilitando el intercambio de opiniones, desde los diversos puntos de vista de cada actor social.

**Información secundaria:** se obtiene a partir de múltiples fuentes de información, que pueden brindar datos para el análisis de la situación de salud. Estas fuentes pueden proceder de una gran diversidad de sectores, tanto del nivel nacional como de los ámbitos departamentales o municipales o las propias comunidades.

Las principales fuentes de información del ámbito nacional son: los registros de estadísticas vitales del DANE, Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - RIPS, Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, Censos de Población del DANE, encuestas de calidad de vida, Estudio Nacional de Salud Mental, Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS, Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia – ENSIN, Encuesta Nacional de Salud – ENS, esta última, enfocada al levantamiento de datos poblacionales sobre morbilidad sentida e institucional, funcionamiento y discapacidad y caracterización de oferta y demanda de servicios de salud.

La información del municipio puede ser obtenida de los censos realizados por la propia comunidad o por instituciones gubernamentales o no gubernamentales, mapas, estadísticas demográficas y vitales, información del sistema de vigilancia local, a través de los reportes y análisis epidemiológicos, así como de investigaciones y encuestas especiales.

#### **4.2.2 Vigencia y actualización de la información**

Una vez identificados los temas de análisis, se procede a tomar la información de las múltiples fuentes que estén disponibles. Un primer reto para empezar a extraer los datos, radica en su recolección, organización y análisis.

Para llegar a identificar los problemas de salud en el ámbito municipal, se inicia con un abordaje nacional y departamental. Esta descripción y análisis es importante para poder entender la magnitud del problema, sus tendencias, así como los programas nacionales o municipales que existen actualmente para enfrentarlos.

El grupo debe apoyarse en cuadros o matrices que expliquen estos datos, por ejemplo:

Situación de salud en el ámbito nacional, departamental, municipal			
Indicador	Nacional	Departamental	Municipal
1	(indicador), Año	(indicador), Año	(indicador), Año
2	(indicador), Año	(indicador), Año	(indicador), Año
3	(indicador), Año	(indicador), Año	(indicador), Año

Fuente: OMS. Guía para el diagnóstico local participativo. Componente comunitario de la estrategia AIEPI.

### 4.3 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO

En esta parte se debe describir la situación de salud del municipio, haciendo uso de la Guía Metodológica de ASIS y los indicadores propuestos en la misma. Con este análisis descriptivo, se empiezan a identificar las situaciones problemáticas por cada una de las prioridades, así como las necesidades y carencias, especialmente en los contextos territorial y socioeconómico. Así mismo, se debe hacer la identificación de los actores sociales e institucionales, función principal y sus redes de apoyo.

Los datos obtenidos hasta este momento permiten percibir la “situación problemática” en que se encuentra la población del municipio. A partir de esta información se deben enunciar y caracterizar el o los problemas de salud en este territorio.

Una pregunta a ser realizada en primera instancia es: ¿qué es un problema?

Un problema es la brecha entre una situación real y una situación ideal, debe ser expresado como una brecha entre una situación encontrada y una esperada, especificando su magnitud, a quiénes afecta y su localización en espacio temporal. Así el problema debe expresar la discrepancia entre un ES y un DEBE SER.

Pero quizás, antes de responder la pregunta ¿qué es un problema? es necesario responder a la pregunta ¿qué no es un problema?

No es un problema una **necesidad**, pues hace referencia a las condiciones o requerimientos materiales, sociales o espirituales.

No es un problema una **carencia**, ya que ésta es la falta de algo o la falta de una solución.

La brecha puede darse en varios campos: morbilidad, mortalidad, prácticas sanitarias y oferta de servicios de salud, entre otros. Identificar la magnitud de la brecha permite precisar un problema y establecer el valor del indicador que permitirá monitorear el proceso para su solución.

Una vez identificado el problema, se deben definir bien sus componentes y alcances precisándolo en términos operativos para poderlo intervenir y resolver. Precisar un problema consiste en definir para quien es un problema, sus indicadores y el valor actual de los mismos.

Para formular el problema se deben tener en cuenta las siguientes preguntas:

- ¿La situación realmente existente?
- ¿Existe la presencia de una brecha?
- ¿Cuál es la magnitud de la brecha?
- ¿Indicar a quién afecta?
- ¿Manifestación en la localidad?
- ¿Temporalidad del problema?
- ¿Cuáles son los Indicadores?

#### 4.4 LISTADO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Luego de abordar el análisis de la realidad de salud municipal, la identificación de los actores sociales y sus redes, se requiere profundizar en el conocimiento de la situación de salud.

Este momento del conocimiento de la realidad y de la situación de salud en el ámbito municipal es llamado diagnóstico, que se hace a partir del listado de indicadores propuesto en la Guía Metodológica de ASIS.

A continuación se desarrolla el taller relacionado con la identificación de los problemas de salud. Para ello se debe remitir a la guía del taller ubicado en los anexos de este documento (Ver anexo 1 - Taller 4, identificación de los problemas de salud y el diagnóstico de la situación de salud de un municipio).

El punto de partida de la planificación local participativa en salud, son los problemas de la comunidad, que afectan la salud de las personas y que se desean enfrentar con la participación de los actores sociales. Para lograr un acuerdo amplio sobre el o los problemas más importantes de la comunidad, es necesario:

- Exponer en forma clara cada uno de los problemas.
- Dar tiempo al grupo para discutir cada uno de ellos, en más de una reunión si es necesario.
- Generar un clima acogedor, donde todos puedan opinar libremente y donde nadie se sienta inhibido o ridiculizado.

#### ¿Para que sirve el diagnóstico?

- Aquí se comparten decisiones y responsabilidades entre los actores sociales incluido el sector salud.

- En este momento se integran las percepciones y expectativas de los equipos de salud y otros actores sociales que se comprometen con el proceso.
- Para conocer los recursos y herramientas presentes en la comunidad.
- Para trabajar en conjunto en la búsqueda de soluciones posibles.

### ¿Quiénes lo hacen?

En las tareas de diagnóstico participativo, los actores sociales y el equipo de salud se complementan y enriquecen. Las personas participantes tendrán diversos conocimientos, valoraciones, recursos y experiencias para aportar.

### ¿Que se busca conocer?

- Una vez identificados en el primer momento los principales problemas de salud, se describen y priorizan las prácticas que están más directamente relacionadas al problema.
- Utilizando la matriz de priorización, se deben detallar los aspectos que se necesita conocer del problema.
- Una vez definido lo que se necesita conocer, se identifica entre las instituciones o profesionales que participan en el diagnóstico, aquella que tiene capacidad para desarrollar Grupos Focales y otras investigaciones cualitativas y cuantitativas y solicitar su asistencia técnica. De no tener esta capacidad, convocar a otras entidades de la zona que tengan recurso humano capacitado en este tipo de investigaciones.

A partir de lo anterior se procede a la realización de una búsqueda de información más detallada de la situación de salud del municipio, la cual deberá permitir respuestas a preguntas como:

Las relacionadas con los problemas de salud, sus causas y las formas de presentarse:

- Cuáles son sus causas?
- Si son problemas municipales, departamentales o nacionales.
- Cómo y cuándo afectan a la población?
- Cuando se agudizan y cuando son menos graves? y
- Qué pasaría a futuro si estos problemas no se enfrentan?

Las relacionadas con la población afectada o con las situaciones problema:

- Qué grupos son los más afectados y qué porcentaje de la población representan?
- Hay personas o grupos que se benefician con las situaciones problema?
- Qué capacidad de acción tienen los grupos identificados para facilitar u obstaculizar el desarrollo de un programa de trabajo?

Las relacionadas con los recursos humanos y materiales para resolver los problemas:

- Qué se ha intentado hacer para darle solución?
- Qué resultados se han obtenido con estas acciones?

- Qué podría hacerse para enfrentar estos problemas teniendo en cuenta los recursos materiales, humanos y financieros con los que se cuenta?

### ¿Como hacerlo?

A través de las siguientes tareas:

- Identificación de problemas: consiste en hacer un listado completo de los diferentes problemas de salud, reconocidos por diversas personas, sectores o grupos de la población.
- Jerarquización de los problemas identificados, es decir, ordenarlos de acuerdo al momento en que serán enfrentados, poniéndose de acuerdo en las razones que permitan este ordenamiento. Un ejemplo de estos criterios son: gravedad, número de personas afectadas, riesgo, urgencia, consecuencias, posibilidad de abordar más de un problema, posibilidad real de solucionarlo, u otros que determine el grupo.
- Análisis de ellos: es necesario estudiar con mayor profundidad cada uno de los problemas priorizando las causas y para esto se pueden aplicar preguntas como las sugeridas en el punto anterior.
- Recuento de recursos que posee la comunidad y los equipos de salud o lo que se pueda conseguir para la solución de los problemas identificados (recursos humanos, materiales y financieros).
- Propuesta de soluciones: el primer paso es fijar con claridad la situación a la que se desea llegar (imagen-objetivo). Es necesario pensar en el máximo de soluciones para los problemas identificados.

## 5 ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL MUNICIPIO

Corresponde al análisis y al ejercicio participativo de la comunidad representada a través de los actores sociales y de servicios de salud. Se hace a partir de la información que aporta la guía metodológica ASIS, del análisis de la realidad municipal, la identificación de causas y consecuencias de los problemas de salud, y la proposición de acciones que constituirán la base de un plan de salud territorial.

Este momento es donde la comunidad organizada y los actores sociales presentes, discuten y analizan el o los problemas centrales, a través de la metodología de planificación de base, la cual tiene tres momentos:

- 1) definición y caracterización del problema.
- 2) análisis de causas y consecuencias. ¿Por qué? y ¿qué pasa entonces?
- 3) acciones que el grupo defina para poder hacer.

En esta metodología se inicia a partir del problema identificado, se plantean acciones para superar el o los problemas y se constituye el plan de trabajo municipal o departamental. Este momento es desarrollado por los diferentes actores sociales y expresa la movilización de instituciones y recursos humanos para hacer frente a los problemas.

## Objetivos de este momento

- Elaborar un plan de trabajo producto de la discusión y análisis entre los actores sociales, para hacer frente a los problemas de salud, a través de la metodología de Planificación de Base o diagnóstico de salud
- Consolidar o fortalecer los espacios de coordinación y concertación multi institucional con una activa participación social.

## Insumos

- Información del primer momento: información cuantitativa relacionada al análisis de situación de salud del ámbito municipal o departamental (contextos, prioridades, morbilidad y mortalidad).
- Información del segundo momento: relacionada a estudios cualitativos que permitan visualizar los problemas sobre conocimientos y prácticas sociales.
- La experiencia y el conocimiento de cada uno de los actores sociales participantes, que a través de los trabajos de grupos construirán las acciones base para la realización del plan de salud municipal o departamental.

## Participantes

Participan los grupos representativos de los actores sociales existentes en el municipio.

## Metodología

Se desarrollará a través de trabajo de grupos y plenarias. Para la identificación del problema, causas, consecuencias y acciones, se debe abordar:

- El problema central (muerte, enfermedad o derivado de prácticas inadecuadas)
- El por qué en la familia, en la comunidad y sus actores, en los servicios de salud.
- Los efectos visibles si el problema persiste: ¿Qué hacemos?, ¿Cómo?, ¿Con qué?, ¿Cuándo?, ¿Quiénes?, ¿Cómo los evaluamos?

Cuando la misma población que tiene el problema lo identifica, analiza las causas y consecuencias del mismo y asume acciones para modificarlo, podemos entender que es lo más cercano al concepto de "Participación social".

## El problema

La identificación, definición y priorización del problema por parte de los diferentes actores sociales, se inicia cuando el problema es percibido colectivamente (que responda a "nuestro problema"), y

se puede llegar a un consenso sobre las acciones que se deben realizar. Por ello es condición que el problema, aunque no se presente en la mayoría de la comunidad, sea percibido como un problema de todos.

### **Las causas**

Una vez definido el problema se analizan las posibles causas que lo originan, los “por qué”. Este momento se constituye en una experiencia de inter-aprendizaje valioso, aquí se describen causas familiares, de la sociedad, del estado y de la estructura socio-económica entre otros. Es decir, la profundidad en el análisis de causas es directamente proporcional a la experiencia y conocimiento que se tenga.

Este análisis permite definir qué problemas son factibles de abordar y cuáles no. Para esto, se necesita identificar dónde o cómo se va a solicitar apoyo. Cuando el análisis es realizado por un grupo en cualquier nivel, se debe definir el poder-hacer frente a cada causa.

En las primeras reuniones se alcanzan a visualizar casi siempre las causas inmediatas, de tal manera que el grado de desarrollo analítico de la comunidad y el grado de resolución mediante las acciones emprendidas permitirá al grupo de actores sociales ir profundizando en el análisis.

### **Consecuencias**

Son el efecto del problema, lo que aparece como manifestación externa y que generalmente es visible, lo que el grupo humano conoce. La identificación de las consecuencias permite demostrar que las acciones dirigidas a enfrentar las causas son más sostenibles y exitosas que las dirigidas a enfrentar las consecuencias. Por ejemplo, si la causa de un episodio de desnutrición se debe a una epidemia de gastroenteritis, la intervención sostenible será aquella dirigida a garantizar la calidad del agua y la cobertura del saneamiento básico y no a la suplementación alimentaria.

### **Acciones**

Luego de analizar las diferentes causas y consecuencias de un problema se llega al momento de proponer acciones o tareas que deben ser asumidas por el grupo, constituido por los actores sociales participantes.

Cada causa analizada, en este momento debe responder a: ¿Qué hacemos, ¿Cómo?, ¿Con qué? ¿Quiénes?, ¿Cuándo? ¿Cuándo volvemos a evaluar lo que acordamos?

Las acciones deben ser enmarcadas dentro de uno de los ejes programáticos establecidos en la resolución 0425 de 2008 (título III, artículo 15), con el objetivo de la realización de los proyectos de trabajo que conforman el plan de salud territorial.

### **¿Qué hacemos?**

Se afirma el afán común de enfrentar las causas que originan el problema y de fijar acciones concretas para su resolución.

### **¿Cómo?**

Se refiere a la estrategia que se debe elegir para cumplir una tarea determinada. En este punto los actores sociales definen y a veces redefinen sus actuaciones, dependiendo de la capacidad técnica y humana disponible.

Por ejemplo, no debe ser extraño que, después de este análisis, un profesor se encargue de dar una charla sobre prevención de enfermedades cardiovasculares, si es que es el único recurso humano en un determinado lugar.

### **¿Con qué?**

Son los recursos humanos, físicos y financieros con que se cuenta para financiar las actividades a desarrollar.

### **¿Quiénes?**

Define responsabilidades en personas o grupos (ejemplo: construir un acueducto). Puede recaer en el presidente de la junta de acción comunal, el alcalde u otros.

### **¿Cuándo?**

El cronograma que se decide en forma colectiva, depende de los tiempos de los involucrados y de la urgencia en resolver el problema.

### **¿Cuándo volvemos a evaluar lo que acordamos?**

Las acciones posteriores a la serie de tareas identificadas necesitan ser evaluadas incluyendo a todos los actores sociales. En este ejercicio, que más bien es un proceso evaluativo, se analiza si el problema continúa o si se han eliminado las causas y si ha desaparecido. Se deberá también analizar el cumplimiento de tareas por parte de los grupos o individuos responsables, y el uso de los recursos; tanto financieros, si los hubo, como humanos.

El grupo debe apoyarse en cuadros o matrices que ayuden a explicar estos datos, por ejemplo:

## Matriz de análisis de los problemas de salud del municipio

Problema	Causas	Consecuencias	Acciones
El problema o los problemas centrales	El por qué  En la familia En la comunidad y sus actores En los servicios de salud	Los efectos visibles si el problema persiste	¿Qué hacemos?, ¿Cómo?, ¿Con qué?, ¿Cuándo?, ¿Quiénes?, ¿Cómo nos evaluamos? Todas estas preguntas frente a las causas: Familiares Comunidad Servicios de salud

Fuente: OMS. Guía para el diagnóstico local participativo. Componente comunitario de la estrategia AIEPI.

A continuación se desarrolla el taller relacionado con el análisis de los problemas de salud del municipio. Para ello se debe remitir a la guía del taller ubicado en los anexos de este documento (Ver anexo 1 - Taller 5, Análisis de los problemas de salud del municipio).

## 6 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Para realizar el proceso de priorización de problemas, se hace necesaria la construcción de una matriz de priorización, la cual se convierte en una técnica útil a ser utilizada con los miembros del equipo y/o con los actores sociales para llegar a un consenso sobre un problema. La matriz ayuda a clasificar los problemas o cuestiones generadas a través de lluvia de ideas, u otras técnicas sugeridas.

La siguiente es una tabla que permite priorizar problemas de salud con base a los criterios elegidos.

Problema	Criterios			Total
	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	
	Gravedad, magnitud, tendencia	Valor Social	vulnerabilidad	

### **Pasos para diseñar la matriz de priorización:**

- Identificar los problemas a priorizar
- Construir la matriz asignando la primera columna para el listado de problemas, las siguientes para cada criterio, y la última para el total
- Definir los puntajes a asignar a cada criterio

### **Pasos para elaborarla:**

- Cada participante asigna un puntaje a los problemas según los criterios establecidos.
- Cada participante lee en voz alta su puntaje. El facilitador lo anota en la matriz
- Se suman los puntajes
- El problema con mayor puntaje total es el priorizado y seleccionado.

¿Quién utiliza la matriz de priorización?

Los actores sociales participantes en el proceso.

¿Por qué usarla?

Para determinar lo que los miembros del equipo consideran que es el problema o los problemas más graves a ser resueltos.

¿Cuándo usarla?

Cuando hay necesidad de dar prioridad a los problemas, o llegar a un consenso sobre algo en particular.

¿Cómo usarla?

Siga los siguientes pasos:

1. Lleve a cabo una sesión de lluvia de ideas sobre los problemas y qué miembros del equipo participante los han seleccionado como más relevantes.
2. Elabore la matriz de priorización identificando el problema, la frecuencia, la importancia, la viabilidad y el total de puntos.
3. En la primera columna escriba los problemas que se mencionaron en la sesión de lluvia de ideas.
4. En la segunda a cuarta columnas defina los siguientes criterios:

- Frecuencia: ¿con qué frecuencia es el problema? ¿ocurre a menudo o sólo en raras ocasiones?
- Importancia: desde el punto de vista de los usuarios, ¿cuáles son los problemas más importantes? ¿cuáles son los problemas que desea resolver?
- Vulnerabilidad: ¿es factible que podamos resolver el problema? ¿será fácil o difícil?

Se pueden elegir otros criterios que encajen mejor en la situación que estamos debatiendo. Por ejemplo, para una comparación más cuantitativa, se puede usar costo, la cantidad de tiempo, o de otros indicadores numéricos como criterios.

Rango / Votación: cada participante vota para cada problema y a cada criterio le pone un puntaje de 1, 2 ó 3, según lo considere. El puntaje total para cada problema por cada participante debe ser mínimo 3 o máximo 9 puntos.

5. Total de todos los votos juntos: el puntaje total ayudara a ver claramente cómo dar prioridad a los problemas.

A continuación se desarrolla el taller relacionado con la Priorización de los problemas y acciones. Para ello se debe remitir a la guía del taller ubicado en los anexos de este documento (Ver anexo 1 – Taller 6, Priorización de los problemas y acciones).

## **7 PROGRAMACIÓN CONJUNTA**

Cuando se tiene un conocimiento sobre la realidad que se desea modificar, sobre la situación de salud que existe, los recursos con que se cuenta para hacerlo y las posibles soluciones; es necesario elaborar un programa de trabajo para llevar a cabo con la comunidad, el equipo de salud y otros actores sociales del municipio. Hay que tener en cuenta que cualquier programa conjunto de actividades que se organice, contribuye a la solución de problemas específicos y concretos de la comunidad y al mejoramiento de la calidad de vida en general. Por tal razón la máxima autoridad del ente territorial debe tener pleno conocimiento del análisis de los problemas identificados para efectos de coordinar de forma intersectorial la planeación de acciones que permitan atender las necesidades de la población.

El plan de salud municipal o departamental, es un requerimiento, para responder a las necesidades de desarrollo descentralizado, a partir de las características y necesidades propias del espacio local. El ASIS es un insumo básico para la elaboración del plan de salud de la unidad política administrativa (municipio, departamento) y de los respectivos planes de desarrollo.

Un programa de trabajo debe tener las siguientes características:

1. Que sea posible de llevar a cabo, contando con los recursos que existen y dentro de los plazos fijados.
2. Que ayude a obtener la mayor participación de la comunidad, es decir, que resulte motivador, movilizador, y que convoque a la incorporación de la mayor cantidad de actores y sectores con presencia en el municipio.
3. Que resulte eficaz para abordar el o los problemas de la salud priorizados, es decir, que apunte con exactitud a su solución, que beneficie al mayor número de personas posible, que pueda mantenerse a través del tiempo y que aporte a la solución de otros problemas.
4. Que sea socialmente aceptado por las personas de la comunidad, que resulte coherente y que pueda ser integrado a su cultura y tradiciones.

5. Que esté científicamente fundamentado, es decir que incorpore aportes de la tecnología, adecuándose a las condiciones y recursos de la realidad del municipio.

Hacer un plan de trabajo con participación social, asegurará el éxito en la implementación de la metodología ASIS y plantearlo correctamente, facilitará la organización y evaluación de las acciones. (Ver anexo 2 - Matriz de programación).

Documento de trabajo MPS

## BIBLIOGRAFÍA

ACNUR. 2006. La Herramienta del ACNUR para el Diagnóstico Participativo en las Operaciones.

ACNUR. 2008. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.

Álvarez C., Moreno C. 2002. Formación basada en competencias emprendedoras para la modernización del Estado. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct.

Avolio a., Jacolutti M. Competencia laboral. El estudio del aprendizaje y sus aportes a la enseñanza y a la evaluación. Pp 41-57

Avolio a., Jacolutti M. Competencia laboral. Propuestas para la enseñanza en la formación profesional. Pp 87-95

Caja Costarricense de Seguro Social, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (Cendeisss), Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. 2004. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Análisis de situación integral de salud, Guía didáctica para el facilitador.

Catalano, A., Avolio, S., Sladogna M. 2004. Competencia laboral, diseño curricular basado en normas de competencia laboral: conceptos y orientaciones Metodológicas. Buenos Aires: Banco Interamericano de Desarrollo.

Delgado M., Vázquez M., Zapata Y., García M. 2006. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia, una mirada cualitativa. Rev Esp salud Publica. 79: 697-707.

Departamento Nacional de Planeación, Escuela Superior de Administración Pública. El proceso de planificación en las entidades territoriales: el plan de desarrollo y sus instrumentos para la gestión 2008 - 2011

Fabricio E. Balcazar. 2003. Investigación Acción Participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos en Humanidades. 4(007-008)59-77

Félix J. Sansó Soberats. Análisis de la situación de salud en cuba. Rev Cubana Salud Pública 2003;29(3):260-7

Fernando vargas Zúñiga, OIT, Recomendación 195 sobre el desarrollo de los recursos humanos, 2004. Aprendizaje a lo largo de la vida: el desarrollo de marcos nacionales de Cualificaciones en América Latina y el Caribe. Competencias clave y aprendizaje permanente. Pp. 11-79

Fernando vargas Zúñiga, OIT, Recomendación 195 sobre el desarrollo de los recursos humanos, 2004. Reconocimiento de aprendizajes y certificación de competencias laborales. Competencias clave y aprendizaje permanente. Pp. 119-166

Fernando vargas Zúñiga, OIT, Recomendación 195 sobre el desarrollo de los recursos humanos, 2004. Competencias clave y empleabilidad. Competencias clave y aprendizaje permanente. Pp. 81-118

Glaz Mejía, Jesús. Diseño de proyectos de bienestar social. 1995.

Imízcoz M. 2001. Introducción Actores sociales y redes de relaciones: reflexiones para una historia global. Bilbao, Universidad del País Vasco. Pp.19-30.

Kawachill, I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev Saúde Pública 2007;41(1):139-49

Marti J. La investigación – acción participativa. Estructura y fases. P.p. 1-27

Martín P., Basagoiti M. 2001. La Investigación-Acción Participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria.

Martínez E. La gestión del conocimiento en políticas públicas en salud y participación social. Rev CES Med 2007; 21(Supl 1):101-108

Ministerio de la Protección Social. 2008. Resolución numero 0425

Ministerio de la Protección Social. Decreto número 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

Ministerio de la Protección Social. 2008. Guía metodológica para evaluar la formulación de los planes de salud territoriales.

Ministerio de Salud República del Perú. 2002. ASÍS – Guía para el análisis del proceso salud-enfermedad.

Ministerio de Salud República del Perú. 1998. Programa de fortalecimiento de servicios de salud. Cursos de gestión en las redes de establecimientos y servicios de salud. Módulo 1 plan operativo institucional.

OIT/Cinterfor. 2008. La formación profesional y la productividad. Ginebra

OMS. 2005. Revisión del reglamento sanitario internacional. 58ª Asamblea mundial de la salud

OPS/OMS. Curso de Gestión de calidad para servicios de sangre. Disponible en: [www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood\\_CGC.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood_CGC.pdf). Consultado el 06 oct 2008.

OPS. 2005. Guía para el diagnóstico local participativo. Componente comunitario de la estrategia AIEPI.

- OPS / COSESAM. 2004. Modelo de gestión municipal de la salud según competencias.
- OPS, OMS. 2005. Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local.
- OPS. 2001. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico. Vol. 22, No.4
- OPS. 2004. Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud. Boletín Epidemiológico. Vol. 25, No. 3
- OPS. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud.
- OPS.1999. Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. Vol. 20 No. 3
- OPS/OMS. 1999. Planificación Local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe.
- OMS/OPS. 2005. Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local. Unidad de Entornos Saludables Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental.
- OPS. 2004. Municipios y Comunidades Saludables. Herramientas Metodológicas.
- OPS. Diccionario AIEPI. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/spanish/ad/fch/ca/si-diccionario.pdf>. Consultado el 05 oct 2008.
- OPS/OMS. 2000. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud.
- OPS/OMS. 2007. Guía metodológica para el diseño e implementación de diálogo social en salud.
- Organismo andino de salud, Convenio Hipólito Unanue. 2007. Guía andina de vigilancia de casos y brotes para ámbitos de frontera.
- Organismo Andino de salud, OPS. 2008. Guía para el Análisis de Situación de Salud de las poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos
- PERÚ/MINSA/DISA V LIMA CIUDAD. Análisis de Situación de Salud 2006
- Pozo, A. 2007. Mapeo de actores sociales. Perú. Disponible en: [www.preval.org/documentos/ma0018.doc](http://www.preval.org/documentos/ma0018.doc). Consultado el 05 oct 2008
- Pría M. 2006. Diseño de una metodología para el análisis de la situación de salud municipal según condiciones de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 22(4)

Pría M., Bernal I., Fariñas A., Gómez G., Segredo A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(3)  
Remediar, Programa Médicos Comunitarios, Res Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Proyectos Locales Participativos. Guía de Planificación Local Participativa.

República de Bolivia. 2005. Estudio de base para el proyecto piloto Camelidos (PPC)

Restrepo H., OPS. 2000. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. México, D.F.

Sanabria, G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cubana salud Pública v.30 n.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2004

Secretaría Distrital de Salud. Grupo Guillermo Fergusson. Lectura integral de necesidades sociales a partir de la construcción de temas generadores.

SENA. 2007. Línea tecnológica: Cliente red: Tecnología de servicios de salud.

Spiegel A. Competencia Laboral. Recursos didácticos: herramientas para enseñar, aprender y evaluar. Pp 31 – 43

Spiegel A. Competencia Laboral. Taller de Intercambio Docente (TID). Pp 1 – 178

Vaughan P., Morrow R., Ochoa H. 1997. Salud Comunitaria. Manual de epidemiología para la gestión de sistemas locales de salud SILOS.

Documento de trabajo MPS

## Anexos

### Anexo 1 - Taller 3

#### Identificación de actores sociales

Para este taller, el grupo de participantes tiene dos posibilidades para conformar los equipos de trabajo, bien sea por municipios o por prioridades del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), con un máximo de cinco personas

Una vez reunidos, identificarán cuáles serían los actores sociales e institucionales, los cuales consideran que su participación es de vital importancia y por tanto invitarían a participar en la elaboración del Plan Territorial de Salud.

#### Objetivo:

Identificar y elaborar el mapeo de los actores sociales e institucionales del municipio o por prioridades del PNSP.

#### Tiempo para el taller:

Este taller tiene una duración de 45 minutos.

#### Metodología:

1. Identifiquen los actores sociales e institucionales del municipio o por prioridad del PNSP (30 minutos).
2. Diligencie la matriz de actores. Para ello se puede utilizar papel periódico y marcadores o computador para luego proyectarlo al resto de los participantes.
3. Presente en plenaria el resultado de esta actividad (3 minutos por grupo).

Tabla 1. Matriz de actores sociales e institucionales en el municipio o por prioridad del PNSP

Actor Social e institucional	Rol o función (función principal en el municipio)	Redes o recursos humanos con que cuentan
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

## Anexo 1 - Taller 4

### Identificación de los problemas de salud

Para este taller, el equipo de trabajo estará conformado por cinco personas, máximo. En las direcciones territoriales, estos grupos deben ser conformados por actores sociales e institucionales que participan en la construcción del plan de salud territorial, teniendo en cuenta las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública.

Una vez reunidos, proceden a identificar cuáles son los problemas que afectan al municipio, considerando la participación de los asistentes en igualdad de condiciones. Es importante la opinión de todos los participantes porque cada uno de ellos puede aportar una visión diferente de los mismos problemas, lo que enriquecerá la discusión.

El producto final de este taller es una identificación consensuada y detallada sobre los problemas que interesan a la población.

#### Objetivos:

- ✓ Ubicar a los participantes en su realidad local.
- ✓ Identificar los problemas de salud que afectan a la población.

#### Tiempo para el taller:

Este taller tiene una duración total de dos horas.

#### Metodología:

1. Lea el ejercicio de diagnóstico de situación de salud del municipio de Argelia (20 minutos)
2. Identifique los problemas de salud y realice un listado jerarquizado de los mismos utilizando la tabla adjunta. Utilice para ello papel periódico y marcadores o haga la tabla en el computador (60 minutos)
3. Presente en plenaria el resultado de esta actividad 5 minutos por grupo).

El camino para determinar cuál es el problema que se quiere enfrentar debe ser consensuado y éste se logra sólo después de haber analizado cada uno de los problemas expresados al inicio del diagnóstico y cada uno de los puntos de vista y argumentos aportados por los participantes.

Para lograr un acuerdo amplio sobre el o los problemas más importantes de la comunidad, es necesario:

- ✓ Exponer en forma clara cada uno de los problemas.
- ✓ Dar tiempo al grupo para discutir cada uno de ellos, en más de una reunión si es necesario.
- ✓ Generar un clima acogedor, donde todos puedan opinar libremente y donde nadie se sienta inhibido.

El producto de esta actividad es el listado de problemas que se puede concretar a través de alguna técnica grupal como la de "lluvia de ideas", solicitando a los integrantes que libremente expliciten los problemas de salud que más le preocupan, teniendo en cuenta el ejercicio analizado.

En cada columna escriba el dato o valor numérico del problema identificado, si está disponible. Formule el problema teniendo en cuenta los requerimientos dados para que quede adecuadamente formulado.

Tabla 1. Identificación de problemas de salud por prioridades del PNSP

Problema	Nacional	Departamental	Municipal
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## Diagnóstico de la situación de salud del municipio Argelia – Cauca – Colombia

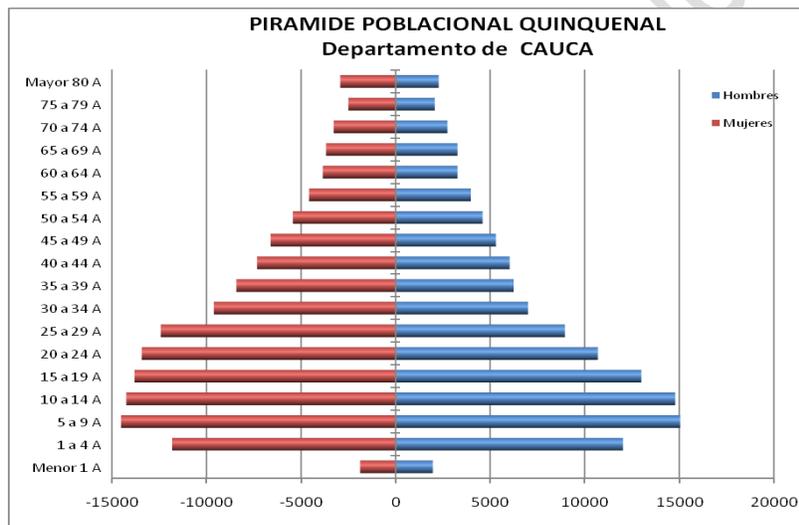
### Entorno territorial

El Municipio de Argelia se encuentra ubicado al sur occidente del departamento del Cauca a 178 Km., de la capital (Popayán), esta entre los primeros cinco municipios más lejanos, a una altura de 1700 metros sobre el nivel del mar, con una extensión de 674 Km<sup>2</sup> y clima templado.

### Entorno demográfico

Población total de 28.063 personas de los cuales el 70% vive en el área rural. El 50,2% son hombres y 27% de población indígena. En la figura 1 se muestra la pirámide poblacional.

Figura 1. Pirámide poblacional municipio Argelia, 2005



Fuente: DANE censo nacional de población y vivienda 2005

La Tasa Global de Fecundidad es de 3,08 (hijos por mujer en edad fértil), para Cauca es de 2,77 y para Colombia de 2,45.

La tasa bruta de natalidad para el año 2005 fue de 90 por cada 1.000 habitantes, aunque se presentó un subregistro de información debido a que en la base de datos del sistema de estadísticas vitales - DANE, el 36% de los registros no contenían información de algunas características demográficas. Esta tasa para Cauca fue de 21,3 y para Colombia de 19,9. El tamaño de los hogares está en 6 personas en promedio y el 45% de estos hogares tienen una jefatura femenina.

La tasa de mortalidad general es mayor en el grupo de 15 a 44 años (364,5) y por sexo, para los hombres es de 291,1. (Ver tabla 1).

La esperanza de vida al nacer para el período 2005-2010 se encuentra en 67,6 años para los hombres, 74,3 para las mujeres y 70,8 total.

Tabla 1. Tasa de mortalidad según sexo y grupos de edad, Argelia – Cauca 2005. Tasa por 100.000 habitantes

<b>Grupos Poblacionales</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Población general</b>
Menor 1	206,5	196,3	201,3
1 a 4	0,0	63,2	37,3
5 a 14	0,0	38,8	19,6
15 a 44	181,0	574,1	364,5
45 a 64	51,4	142,7	98,9
Mayores de 65 años	0,0	412,4	203,4
<b>TOTAL</b>	<b>93,0</b>	<b>291,1</b>	<b>192,4</b>

Fuente: DANE. Estadísticas vitales, 2005

### **Entorno socioeconómico**

75% de la población vive bajo la línea de pobreza. Hay 12.095 personas vinculadas, 56,9% de la población está afiliada a una EPS subsidiada. La gran mayoría de la población se dedica a la agricultura (hombres) y al trabajo artesanal (mujeres).

Los años promedio de educación para hombres son de 6,5 y para mujeres de 6,1 años. La tasa de analfabetismo en mayores de 15 años es de 10%. Los servicios públicos domiciliarios en Argelia tienen una cobertura en acueducto: cabecera municipal 92.3% y en la zona rural 36%. En cuanto al alcantarillado, la cabecera municipal tiene una cobertura de 83% y la zona rural de 11.6%, la cobertura de inodoro en la cabecera municipal es total pero en la zona rural es de 19.4%. Los residuos sólidos se recolectan a nivel de la cabecera municipal, y el área rural solo está cubierta un 16.1% del total de las viviendas; el cubrimiento de red telefónica es 5.9% y el de energía eléctrica es de 50%. La estratificación del municipio en general está en el nivel uno y dos y una proporción de habitantes muy pequeña en el tres.

### **Participación Social**

El municipio cuenta con las siguientes asociaciones: Consejo Local de Cultura, Consejo Local de Gobierno, Consejo de Política Social, Consejo Local de juventud, Red del Buen Trato, Comisarías de Familia, Junta de Acción Comunal (JAC) y Asociación de madres comunitarias, diferentes grupos sociales y comunitarios que desarrollan proyectos sociales en los diferentes barrios.

### **Salud infantil**

La población de nacidos vivos en Argelia para el año 2007 fue de 2.981 niños y niñas. Hubo una mortalidad infantil de 23,1 por cada 1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil

departamental fue de 18,9 y la nacional es de 15,5 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad en menores de 5 años fue de 7 por cada 1.000 niños, la departamental fue de 5,8 y la nacional de 3,2. Las principales causas de mortalidad en los menores de un año se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Mortalidad infantil por causas, 2007

Causa	Muertes	Porcentaje	Tasa
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	20	29,0	6,7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11	15,9	3,7
Otras afecciones originadas en período perinatal	9	13,0	3,0
Sepsis bacteriana del recién nacido	8	11,6	2,7
Infecciones respiratorias agudas	8	11,6	2,7
Feto y recién nacido afectados por complic. obstétricas y traumas en el nacimiento	4	5,8	1,3
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	4	5,8	1,3
Enfermedades infecciosas intestinales	3	4,3	1,0
Demás causas	2	2,9	0,7
Total	69	100	23,1

Tabla 3. Cobertura de vacunación para menores de un año, 2007

Nivel	Menores de un año					1 año
	Antipolio	DPT	BCG	Hepatitis B	Haemophilus	Triple viral
Municipal	39,6	31,1	40	37	38	31
Departamental	76,5	77,6	73,8	77,4	77,6	78,8
Nacional	92,8	92,9	93,3	93,1	92,8	94,6

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

### Salud Nutricional

Durante el año 2005 la desnutrición crónica en niños menores de 5 años fue de 27,1%, la desnutrición global de 8,7% y la desnutrición aguda de 3,5%. En Colombia esta proporción fue de 12%; global 7% y aguda 1,3% respectivamente.

Tabla 4. Distribución porcentual de peso al nacer

Nivel	2005	
	Bajo peso < 2500g	Total nacimientos
Argelia	9,0	2.526
Cauca	8,5	27.618
Colombia	8,1	874.464

Fuente: DANE certificado de nacido vivo

## **Recursos, servicios y coberturas en salud**

**Estado y funcionamiento de la red física instalada:** La EPS-s que hace presencia en el municipio de Argelia es Asmesalud. Allí se cuenta con un punto de atención en la cabecera municipal y un centro de atención en salud en el Corregimiento del Plateado.

La IPS Pública del municipio no cuenta con una red física adecuada para atender a toda la población, esto se debe a que los recursos que a ella llegan por parte de la EPS-s no son los más adecuados, ya sea por la forma de contratación por parte de éstos y poca gestión por parte de los encargados de la IPS pública para poder mejorar este tipo de contratación. Por otra parte el centro de salud del Plateado no cuenta con la infraestructura y equipamiento para la prestación del servicio.

La ESE Suroccidente la conforman seis municipios dentro de los cuales se encuentra el municipio de Argelia, el cual cuenta con tres ambulancias para hacer las remisiones al II y III nivel de atención hacia el Hospital Susana López, Clínica La Estancia y al Hospital Universitario San José en la ciudad de Popayán.

En el punto de atención de la cabecera municipal de la IPS Pública se cuenta con los siguientes servicios debidamente habilitados: área de laboratorio clínico básico, odontología, consulta médica.

**Talento Humano:** En cuanto a la capacidad técnico – profesional en el municipio de Argelia, cuenta con 4 médicos de planta y 1 médico rural, 1 bacterióloga rural, 1 odontólogo de planta y 1 odontólogo rural, 11 auxiliares de enfermería, 1 auxiliar de laboratorio clínico, 2 higienistas orales, 1 Auxiliar de odontología y 2 enfermeras.

### **Elaborado por:**

Gloria Judith Sepúlveda Carrillo, Enfermera Magíster en Epidemiología Clínica, Asesora para el tema ASIS - MPS

María Belén Jaimes Sanabria, Enfermera Magíster en Epidemiología, Asesora para el tema ASIS - MPS

## Ver anexo 1 - Taller 5

### Análisis de los problemas de salud del municipio

Para este taller, el equipo de trabajo estará conformado por las mismas personas que ha desarrollado los anteriores talleres, máximo cinco. En las direcciones territoriales, estos grupos deben ser conformados por actores sociales e institucionales que participan en la construcción del plan de salud territorial, teniendo en cuenta las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública.

#### Objetivos:

- ✓ Elaborar un plan de trabajo producto de la discusión y análisis entre los actores sociales, para hacer frente a los problemas de salud, a través de la metodología de Planificación de Base.
- ✓ Consolidar o fortalecer los espacios de coordinación y concertación multi-institucional e intersectorial con una activa participación social.

#### Tiempo para el taller:

Este taller tiene una duración total de una hora y 15 minutos.

#### Metodología

1. Utilice la metodología de juego de roles, teniendo en cuenta la prioridad del PNSP que van a trabajar, en donde cada integrante deberá asumir un rol como actor social o institucional. (Estos roles pueden estar identificados desde los diferentes sectores de la Administración Municipal, entre ellos educación, Salud, ambiente, vivienda y otros actores sociales tales como Junta de Acción Comunal, iglesia, madres comunitarias, entre otros). (5 minutos).

2. Una vez identificados los problemas en el taller No. 4, seleccione el principal problema sobre el cual se trabajará en primera instancia, realice un análisis de causas y consecuencias, identificando los ¿Por qué? y ¿qué pasa entonces si el problema no es resuelto?, y las acciones que el grupo defina para poder hacer desde los diferentes sectores, instituciones o ámbitos (familiar, comunitario, entre otros). (40 minutos).

Para esto tenga en cuenta que los problemas no tienen una única causa, y por lo tanto se señalarán todas las causas posibles.

4. Utilice la siguiente matriz de análisis de problemas contestando todas las preguntas que aparecen en ésta.

5. Luego del consenso participativo, realice una presentación del producto obtenido en plenaria, utilizando para ello papel periódico y marcadores o el computador (10 minutos).

6. Plenaria de productos de los grupos participantes (20 minutos)

Tabla 1. Análisis de los problemas de salud del municipio por prioridades del PNSP

Problema	Causas	Consecuencias	Acciones
El problema o los problemas centrales	<p>El por qué</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la familia</li> <li>• En la comunidad y sus actores</li> <li>• En los servicios de salud</li> </ul>	Los efectos visibles si el problema persiste	<p>¿Qué hacemos?,                      ¿Cómo?,                      ¿Con qué?,                      ¿Cuándo?, ¿Quiénes?,                      ¿Cómo nos evaluamos?                      Todas estas preguntas frente a las causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiares</li> <li>• Comunidad</li> <li>• Servicios de salud</li> </ul>

Documento de trabajo

## Anexo 1 - Taller 6

### Priorización de los problemas y acciones

A. Una vez analizadas las causas, consecuencias y acciones, se debe realizar un listado de problemas que es conveniente priorizar, esto es, determinar cuáles son los más importantes de abordar. Esta priorización se realiza de manera grupal.

#### Objetivos:

- ✓ Priorizar el o los problemas más graves a ser resueltos.
- ✓ Planear las acciones a ser realizadas por eje programático en consenso con los actores sociales e institucionales.

#### Tiempo para el taller:

Este taller tiene una duración total de 45 minutos.

#### Metodología

1. Para facilitar la tarea utilice una matriz de priorización para ordenar los problemas de acuerdo a los criterios contenidos en ésta. (5 minutos).
2. La matriz de priorización, inicialmente debe ser diligenciada en forma individual una vez haya hecho el listado de los problemas identificados en el taller 5. (10 minutos).

Cada participante debe diligenciar la matriz de priorización teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- ✓ Frecuencia: ¿Con qué frecuencia se presenta el problema? ¿Ocurre a menudo o sólo en raras ocasiones?
- ✓ Importancia: Desde el punto de vista de los usuarios, ¿cuáles son los problemas más importantes socialmente? ¿Cuáles son los problemas que desea resolver la comunidad?
- ✓ Viabilidad: ¿Es factible que podamos resolver el problema? ¿Será fácil o difícil?

Problema	Criterios			Total
	Frecuencia	Importancia	Viabilidad	
	Gravedad, magnitud, tendencia	Valor Social	Viabilidad	

3. Defina los puntajes a asignar a cada criterio. Cada participante hace la votación para cada problema y a cada criterio le asigna un puntaje de 1, 2 ó 3, según lo considere. El puntaje total para cada problema por cada participante debe ser mínimo 3 o máximo 9 puntos. El puntaje total ayudará a ver claramente cómo dar prioridad a los problemas.

4. Una vez terminado el trabajo individual, el facilitador pregunta a cada participante por la calificación asignada a cada problema. Los participantes deben leer en voz alta su puntaje. El facilitador debe diligenciar la matriz grupal dispuesta para el ejercicio con los puntajes dados por cada uno de los participantes. (20 minutos).

5. El facilitador procede a sumar todos los puntajes. El problema con mayor puntaje total es el priorizado y seleccionado. (5 minutos)

B. En un proyecto participativo se debe considerar que las acciones son realizadas con la intervención de los distintos actores sociales, quienes asumirán diversas funciones y responsabilidades de acuerdo a sus características o competencias, teniendo como base un plan de trabajo acordado conjuntamente. Con lo anterior proceda a realizar el siguiente ejercicio

1. En plenaria, se socializan los resultados obtenidos (10 minutos)
2. Organice las acciones (enunciadas en el taller 5) de acuerdo a los ejes programáticos y áreas sub programáticas contempladas en la Resolución 0425 de 2008 (título III, artículo 15), con el fin de dar solución a los problemas y necesidades priorizadas.



**ANEXO 2**  
**Matriz de programación**

Diagnóstico de la situación					Tareas por secuencia e importancia	Metas (situación esperada hasta la próxima reunión)	Recursos		Tiempo requerido (cronograma)	Responsables
Análisis y programación de temas	Análisis y logros de potencialidades	Análisis de problemas					Existentes	Adicionales o faltantes		
		Problemas	Priorización	causas						

Documento de trabajo MPS

## Anexo 3

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS GRUPOS FOCALES

La técnica de los grupos focales es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación.

Los grupos focales requieren de procesos de interacción, discusión y elaboración de unos acuerdos dentro del grupo, acerca de unas temáticas que son propuestas por el investigador. Por lo tanto el punto característico que distingue a los grupos focales es la participación dirigida y consciente y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos entre los participantes. Las entrevistas logradas mediante la estrategia de grupos focales tienen como propósito registrar, cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia. Éste como todo acto comunicativo tiene siempre un contexto cultural y social.

El desarrollo del grupo focal se inicia desde el momento mismo en que se elabora un guión de temáticas-preguntas, o diferentes guías, según las condiciones y experiencias personales de los entrevistados; de ésta manera se puede tener la posibilidad de efectuar una exploración sistemática aunque no cerrada. Las temáticas deben formularse en un lenguaje accesible al grupo de entrevistados y el orden o énfasis en las mismas pueden alterarse según la personas, las circunstancias y el contexto cultural. Si bien la estructuración de una entrevista puede variar, el investigador debe tener una posición activa, es decir, debe estar alerta y perceptivo a la situación.

#### **PORQUÉ UTILIZAR LAS TÉCNICAS DE GRUPOS FOCALES?**

El principal propósito de la técnica de grupos focales en la investigación social es lograr una información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias que no serian posibles de obtener, con suficiente profundidad, mediante otras técnicas tradicionales tales como: la observación, la entrevista personal o la encuesta social.

Para la planeación de un grupo focal se deben tener en cuenta las siguientes preguntas: cuándo, cómo, porqué, para qué, cuántos, y la composición.

**Cuándo:** necesitamos profundizar en problemas de salud, causas y consecuencias, priorizar problemas, conocimientos, actitudes y hábitos preferencias, espacios y modos de comunicación, barreras y/o facilitadores.

**Cómo:** los grupos focales permiten entrar en realidades definidas en contextos grupales y dinámicas particulares, donde se dan los efectos de la interacción, expresados en las creencias, actitudes, opiniones y sentimientos.

**Porqué:** por que complementan la información que tenemos y nos aportan insumos para proyectar procesos de cambio.

**Para qué:** para tener soporte investigativo en la etapa de caracterización en el monitoreo de los procesos, como el diagnóstico, la evaluación participativa del proceso: monitoreo, evaluación participativa de resultados y evaluación del impacto.

**Cuántos:** Al menos dos grupos por cada segmento importante, se pueden organizar grupos hasta que la información obtenida deje de ser nueva y organizar grupos en cada región geográfica en las que, se crea, exista diferencia.

**Composición:** debe favorecer la participación, espontaneidad, interacción y la apertura. Para favorecer esto, debemos tener en cuenta la clase social, el ciclo temporal, los practicantes, no practicantes, el nivel de experiencia, la edad, estado civil, diferencias culturales, hombres y mujeres entre otros.

**Objetivo:** llegar a la forma como los participantes entienden, comprenden y la perspectiva que tienen sobre un tema específico. El objetivo específico se define al evaluar la información que se tiene sobre el problema que se necesita caracterizar.

**Características generales:** Los asistentes constituyen una muestra de la población objeto, las reflexiones y posturas surgidas en la interacción dan cuenta de las reflexiones que surgen en la población y lo que sucede en la confrontación de las diferentes posturas. Los grupos focales se constituyen en espacios en los que los recursos, tradiciones y posturas pueden ser capturados y analizados. La intención NO es la generalización, sino ampliar la comprensión de perspectivas, opiniones, creencias, sentimientos y otros.

Este es un proceso facilitado por un moderador en forma natural, semi-estructurado, que facilita obtener una visión general al escuchar-observar a un grupo de personas del público objetivo, mientras habla-interactúa en relación al análisis de aspectos de interés.

El tamaño del grupo debe favorecer un debate y una atmósfera de reflexión, con la participación de 8 a 12 miembros en la que se facilite la participación y que emerjan posturas y dinámicas interactivas. El grupo debe tener cierta homogeneidad y favorecer un ambiente informal, armónico y provocativo.

El moderador (líder flexible), debe ser generador de un ambiente cálido, permisivo, no crítico, relajado, informal, armónico y dinámico. La tarea del moderador es seguir el curso del pensamiento del grupo.

**Cualidades del moderador:** Amable, firme, tolerante y contenedor, que evidencie interés por la reflexión, motivador, flexible, sensible, conocedor del tema, respetuoso y paciente.

#### **Fases (Preparación) de un Grupo Focal**

- Definir los objetivos del grupo focal
- Definir el problema

- Objetivos de la investigación cualitativa
- Objetivos de las sesiones de grupo
- Elaborar la guía de observación y los lineamientos para el moderador
- Definir el reclutamiento (8-12 personas)
- Consistencia de las hipótesis
- Guía - Análisis de datos
- Esquema del Informe

### **Antes**

Con base en el objetivo específico, se determinan las categorías de análisis, se plantea la información importante en cada categoría, se redactan las preguntas guía por cada categoría, se elabora una guía de profundización que orientará el encuentro y la recuperación de información, se elabora una matriz para facilitar el análisis de la información.

### **Durante**

Introducción: Bienvenida, saludo, instrucciones, secuencia, presentación de los participantes y definición de roles, Ingreso indirecto, contexto, proceso de pensamiento, favorecer movilidad hacia la consciencia de ideas, sentimientos (libre asociación).

Rastreo de conceptos: profundización gradual en sentimientos, valores, vivencias, percepciones, creencias). “Un concepto no está a simple vista, siempre está en los límites entre la preconciencia y la inconsciencia”, en la mente del grupo una opinión por asociación roza una idea, ésta a su vez evoca otras, estas son conexiones entre el público objetivo y el producto.

Técnicas útiles para facilitar el logro de los objetivos.

Asociación libre: (conexiones, tejer una conversación grata desde el grupo: guiar no interrogar)

Rebote: repetimos lo último (2 palabras)

Reflejo: (preguntamos a alguna persona sobre lo dicho por el grupo)

Reflectar: (preguntamos al grupo sobre lo dicho por una persona)

Preguntar: no interrogar

Favorecer conversación: que piensan, sienten, buscar profundidad y comprensión no datos.

### **Después**

- Realizar un análisis cualitativo, enfatizando en el análisis a la luz de las categorías y de lo conceptual
- Realizar un análisis cuantitativo según los datos numéricos surgidos
- Hacer un análisis estructural teniendo en cuenta las relaciones, mapas creencias y representaciones sociales

Comunicación no verbal

Se debe tener en cuenta la actitud corporal, la cercanía – distancia, la expresión facial, el tono, las coincidencias, las necesidades, el énfasis.

Interpretación de resultados

Es importante mostrar la validez y el nivel de interpretación de los resultados.

El proceso grupal puede ser entendido en dos niveles diferentes:

1. El intrapersonal (pensamientos, sentimientos, actitudes y valores de los individuos.
2. El intragrupal (formas de comunicación, relaciones y dinámicas surgidas en las interacciones).

### **Estándares de calidad y confianza**

Para mantener los estándares de calidad y confianza se deben tener en cuenta las siguientes características:

- Respeto por las normas establecidas
- Un conductor y analista a la vez
- Tiempo de trabajo
- Número suficiente de grupos
- Cuidadoso reclutamiento
- Ficha filtro
- Guía de observación
- Tiempo de duración
- Número de participantes
- Número de elementos
- Homogeneidad en el grupo
- Incentivos para los invitados
- Transcripción fiel de “verbatim”
- Lugar de la reunión
- Infraestructura del lugar

### **Validez de los resultados**

La consistencia es la base de la investigación de concepto, es todo aquello que hacen, piensan y sienten las personas en forma común compartida a través de grupos sucesivos, en relación con los productos, marcas, servicios o problemas sentidos. Este denominador común se encuentra presente de una u otra forma, en todos los elementos de la estructura del concepto.

En el apoyo de una conclusión cualitativa se conjugan observaciones, análisis e interpretaciones. El sentimiento de la gente se percibe por empatía y transferencia, por eso son tan importantes la naturalidad y la espontaneidad en proceso.

### **La guía**

Debe ser un medio de orientación claro, flexible y pertinente a los objetivos de la investigación, que permita identificar previamente y con claridad los temas importantes a evaluar.

Se deben plantear las (preguntas: categorías-objetivos específicos por cada una de ellas).

Incluir categorías, preguntas guía y espacios para recuperar aspectos importantes.

No debe abarcar demasiadas preguntas, debe favorecer la profundización evaluar lo que necesitamos entender.

Se organiza en una secuencia favorecedora de profundización, por ejemplo: de lo general a lo particular, de lo de más fácil abordaje a aquello en lo que puede haber mayor resistencia.

Puede ser ajustada en el proceso o de acuerdo a las características de los grupos y da la base para la elaboración de matriz de análisis global de la información que contiene, un cuadro (filas-columnas) que recupera la síntesis global de la información, permite visualizar cruces, concordancias, temas reiterativos y vacíos entre otros, incluye descripción por categorías, posturas, coincidencias – divergencias y constantes.

Lo verbal: verbatim: “no es mi interpretación”, es la transcripción de lo dicho en palabras textuales.

Transcripción: no consensos ni tabulaciones

Lo no verbal: recuperación de énfasis, sentimientos, tono, expresiones de emociones.

Análisis y concepto: lo conceptual alimenta la reflexión sobre la información recuperada por categorías; se presenta como concepto no como parte de lo aportado por los asistentes.

### **Análisis de la información**

El análisis de la información debe contener los siguientes aspectos:

- Antecedentes de la investigación
- Propósito de la investigación - proceso
- Objetivos específicos de los grupos focales
- Guías empleadas
- Registros y/o grabaciones empleadas
- Matriz de recuperación general de la información
- Análisis por categorías y análisis general de la información
- Conclusiones y recomendaciones

Es importante que el moderador y grupo organizador del grupo focal se reúnan inmediatamente después de la realización del grupo focal para analizar los escritos y las grabaciones con el fin de redactar el informe producto de esta actividad.

Documento de trabajo MPS