

**GUIA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA PARA LA
CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DEL
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS)
EN EL TERRITORIO**



Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá, Enero de 2024



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de Protección Social

GONZALO PARRA GONZÁLEZ

Secretario General

CLARA MERCEDES SUAREZ RODRIGUEZ

Directora de Epidemiología y Demografía





Directora de Epidemiología y Demografía

Clara Mercedes Suárez Rodríguez

Coordinadora Grupo de planeación en salud pública

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Grupo de planeación en salud pública

Andrea Johanna Avella Tolosa
Angela Marcela Herrera
Carlos Alfonso Garzon Mape
Deisy Jeanette Arrubla Sanchez
Diego Alfonso Arango Castiblanco
Juan Carlos Barrero Suarez
Lilibeth Camargo
Luz Stella Rios Marin
Nubia Nohemi Hortua Mora
Patricia Rozo Lesmes
Paula Andrea Grisales
Vicente Lopez Pinzon

Coordinadora Grupo de Vigilancia en salud pública

Javier Rios Plata

Coordinadora Grupo de gestión del conocimiento y fuentes de información

Angelica Nohelia Molina Rivera





Contenido

Introducción.....	5
Presentación y objetivo de la guía.....	6
Marco normativo y conceptual.....	8
2.1. Marco normativo.....	8
Marco conceptual.....	11
✓ <i>Planeación integral para la salud</i>	11
✓ <i>Territorio</i>	11
✓ <i>Condiciones socioeconómicas</i>	11
✓ <i>Desenlace mórbido</i>	11
✓ <i>Diferencia entre desigualdad e inequidad</i>	12
2.2. El Análisis de situación de salud como base para la Planeación integral en salud en el marco del Plan Decenal de salud pública 2022- 2031.....	12
Características y proceso del Análisis de situación de salud ASIS.....	14
Objetivo.....	14
<i>Definición</i>	14
<i>Alcance</i>	14
<i>Premisas para la construcción del Análisis de Situación de Salud</i>	15
3.1. Momentos del Análisis de Situación de Salud -ASIS-.....	15
3.1.1. Alistamiento.....	16
3.1.2. Análisis y comprensión.....	22
Análisis estructural participativo.....	29
<i>La cartografía social</i>	31
Categorías de análisis a partir de información cualitativa.....	31
3.1.3. Socialización y posicionamiento.....	47
Referencias bibliográficas.....	52
Anexos.....	54





Introducción

El análisis de situación de salud se ha convertido en un proceso básico que orienta las acciones del sector salud y organiza la respuesta desde diferentes sectores. Su abordaje implica el desarrollo de técnicas y procedimientos de análisis que permitan una visión general, pero a la vez particular de los determinantes que se expresan en desenlaces relacionados con la salud y con la enfermedad.

La salud pública vista desde tres dimensiones, la primera como la salud de las poblaciones y sus determinantes, lo que configura la dimensión del ser, la segunda como las acciones y políticas que se encaminan al logro de los más altos niveles de salud, lo que configura la dimensión del hacer y la tercera como un campo de conocimiento que convoca a diferentes áreas, lo que configura la dimensión del saber, dichas dimensiones parten del reconocimiento de las realidades poblacionales, aspecto que incluye los análisis del contexto tanto social como histórico, así como los eventos asociados a la salud enfermedad, incluida la natalidad y la muerte, así mismo la morbilidad y los traumas.

De esta forma, cualquier acción en salud debe partir de conocer las características en que nacen, viven y mueren las poblaciones, de tal forma que, en la búsqueda del objetivo de la salud, se surtan las acciones de manera apropiada.

El análisis de situación de salud, surge entonces de dicha necesidad de conocimiento de la realidad, ha variado en el tiempo y se ha ocupado de incorporar los enfoques y alternativas de análisis recientes como los relacionados con los determinantes sociales de la salud y la perspectiva poblacional para dicho análisis, así como la utilización de tecnologías adecuadas para la captación, procesamiento y análisis de la información, de esta forma, hoy día es posible encontrar diferentes opciones para la realización de un análisis de situación de salud que se corresponda con la utilidad necesaria para los tomadores de decisiones, tanto en el plano político y gubernamental, como en el plano comunitario, familiar y personal.

La guía que se presenta a continuación se construye con el objetivo de brindar una herramienta práctica y sencilla para la realización de dicho análisis y se dirige no solo a actores de salud de manera concreta, sino a la población en general que desee ver la salud desde una perspectiva amplia.

Se espera que esta guía sea utilizada para el análisis de situación de salud de cada uno de los entes territoriales y que de cuya implementación se logre el reconocimiento de las condiciones de salud que afectan a las poblaciones de forma cotidiana, así como brindar los elementos suficientes para que el análisis de situación de salud sea incorporado como un proceso continuo, constante y coherente con el accionar y la realidad territorial.





Presentación y objetivo de la guía

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha venido fortaleciendo los procesos de análisis de situación de salud (ASIS) a nivel nacional y territorial. Para esto, inicialmente desarrolló guías conceptuales y metodológicas que permitieron una construcción guiada con la identificación y usos metodológicos de las fuentes de información cuantitativas existentes.

Estas guías incluyeron un proceso estandarizado para facilitar la construcción de indicadores y desarrollar cuatro capítulos ordenados de acuerdo a la disponibilidad de la información: I) un análisis de los contextos territorial y demográfico, II) el abordaje de las condiciones de salud enfermedad, III) el análisis de los determinantes sociales de la salud y, IV) la priorización en salud. Este avance permitió el reconocimiento de las fuentes de información y su alcance en el procesamiento para el análisis.

Sin embargo, en la última década, la comprensión de la salud y sus determinantes ha evolucionado a nivel nacional y territorial, reconociendo que el proceso salud-enfermedad es dinámico y es el resultado de las circunstancias en las que viven, crecen y se desarrollan las personas, familias y comunidades en un territorio, siendo sujetos de derecho que hacen parte de las decisiones en salud en la medida que participan de manera activa y se empoderan de su situación. Esta perspectiva amplia ha llevado a un enfoque más integral en la salud pública, que busca a partir del trabajo de todos los sectores y actores de la sociedad avanzar en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Es así como, la evolución de la implementación del enfoque de determinantes sociales de la salud que visibilice las inequidades, implica avanzar en la construcción de un análisis de situación de salud que inició en primera instancia con la identificación de fuentes de información y el uso de métodos para su procesamiento con el fin de caracterizar la situación, a reconocer que es un proceso participativo que debe involucrar a los actores en el territorio desde abordajes mixtos que utilizan para reconocer y comprender los procesos históricos, políticos, sociales, económicos, culturales y ambientales que explican los procesos mórbido-mortales en un territorio y orienta las necesidades y acciones a planear en el mismo.

Así las cosas, este documento se actualiza en el componente metodológico para construir un análisis de situación de Salud (ASIS) territorial participativo con los distintos actores, que son como mínimo el equipo de salud pública funcional de la secretaria de Salud que incluyen los equipos básicos de salud, las Aseguradoras e IPS que operan en el territorio, los pueblos y comunidades étnicas (indígenas, Rrom y Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras - NARP), poblaciones diferenciales: campesinos, LGBTQ+, Poblaciones vulnerables (víctimas, migrantes, gestantes, personas discapacitadas), grupos por curso de vida (adulto mayor, jóvenes, adultos), y otras formas de curso de vida desde la pertinencia cultural, comunidad en general e intersectorial (consejo local de política social, consejo de gobierno, consejo local de salud del trabajo, consejo territorial de seguridad social en salud).





Este guía acoge el marco normativo y conceptual del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 para su implementación, generando orientaciones metodológicas para la construcción, como parte inicial del proceso para la planificación y formulación de política pública en salud a nivel territorial.

El objetivo de esta guía es definir los elementos conceptuales y metodológicos para la construcción de Análisis de Situación en Salud (ASIS) con participación activa de los diferentes actores presentes en el territorio, que permita la identificación, caracterización y comprensión de las problemáticas y necesidades, acorde al contexto sociocultural y realidades del territorio. La metodología comprende tres componentes a desarrollar: 1) alistamiento, 2) análisis y comprensión y 3) socialización y posicionamiento.





Marco normativo y conceptual

2.1. Marco normativo

Resolución 100 de 2024, por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015, que tiene por objeto establecer las disposiciones sobre la planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, así como las responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en este proceso, propendiendo por la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031, armonizado con el modelo de salud preventivo y predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS y demás políticas que sean afines.

Resolución 2367 de 2023, por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031".

Ley 2294 19 de 2023 que expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida" que tiene como objetivo sentar las bases para que el país se convierta en un líder de la protección de la vida a partir de la construcción de un nuevo contrato social que propicie la superación de injusticias y exclusiones históricas, la no repetición del conflicto, el cambio de nuestro relacionamiento con el ambiente y una transformación productiva sustentada en el conocimiento y en armonía con la naturaleza. Este proceso debe desembocar en la paz total, entendida como la búsqueda de una oportunidad para que todos podamos vivir una vida digna, basada en la justicia; es decir, en una cultura de la paz que reconoce el valor excelso de la vida en todas sus formas y que garantiza el cuidado de la casa común.

La Resolución 295 de 2023, que modifica los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución.

En la Resolución 1035 de 2022 donde se establece el PDSP 2022-2031; el Capítulo III. habla del análisis de la Situación de Condiciones de Salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades, menciona que se tuvo en cuenta el ASIS 2021, con los contenidos de caracterización del contexto político, territorial y demográfico, el análisis de determinantes sociales de salud y del sistema general de seguridad social en salud se establecieron unas prioridades y recomendaciones para intervención de los determinantes sociales; lo anterior da cuenta del ASIS como base importante de la priorización en salud.

El Decreto 1599 de 2022, que tiene por objeto establecer los lineamientos para garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, mediante la implementación de la operación de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, contemplando las áreas geográficas para la



gestión en salud como un instrumento necesario para reducir las brechas de inequidad existentes frente al acceso, atendiendo las realidades diferenciales que existen en el territorio colombiano.

La Resolución 050 de 2021 que tiene como fin el adoptar el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021, que en el párrafo de su artículo 1 establece que el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia adoptado mediante este acto, constituirá un insumo fundamental para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades serán construidas en el marco de los espacios participativos de las comunidades indígenas a través de las organizaciones y sus representantes, en especial la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas. Y que en el artículo 2 literal b establece definir, con la participación de los pueblos y comunidades indígenas, los lineamientos para la incorporación de las variables propias e interculturales, así como incorporar información socio cultural de la población indígena, en el Análisis de Situación de Salud territoriales, que les permita comprender y ampliar el conocimiento de la situación de salud de los pueblos y comunidades indígenas, en coherencia con los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud (ASIS).

La Resolución 464 de 2021 adopta el Capítulo Diferencial para el Pueblo Rrom y en el párrafo del artículo 1 establece que los capítulos indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia y los diferenciales para la población víctima del conflicto armado y el pueblo Rrom, adoptados mediante este acto, constituirán un insumo fundamental para la formulación del siguiente Plan Decenal que, de implicar ajustes y complementariedades, serán construidas en el marco de los espacios participativos de las comunidades indígenas a través de las organizaciones y sus representantes, en especial la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los pueblos y organizaciones indígenas, de la población víctima de conflicto armado y de las Kumpaño, respectivamente. Que en el literal c del numeral 2.3 del artículo 2 insta definir, con la participación de los representantes o delegados de las Kumpaño, las variables propias e interculturales e incluirlas en los Análisis de Situación de Salud territoriales, en coherencia con los lineamientos y metodologías dispuestas por este Ministerio para su elaboración.

Otro tema importante es la participación social en salud adoptada mediante Resolución 2063 de 2017 por el Ministerio de Salud y Protección Social, la definición de esta, es el ejercicio de los deberes y derechos de la población, con el propósito de conservar la salud personal, familiar y comunitaria, de la misma manera es su responsabilidad contribuir a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud, esta última se relaciona con la participación ciudadana descrita en el artículo 270 de la Constitución Política.

La Resolución 1536 de 2015. Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. Define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. En su





capítulo II define dentro de las actividades para la elaboración del proyecto del plan de salud territorial, la construcción del diagnóstico general de la situación de salud territorial.

La Resolución 518 de 2015, que dicta disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.

La política de participación social en salud, tiene sus fundamentos jurídicos en la Ley 1438 de 2011 (Reforma SGSS) y la Ley Estatutaria 1751 de 2015; la Resolución 2063 de 2017 determina que las instituciones del sistema de salud en conjunto a nivel nacional deben adoptar esta política.

La Ley 1122 de 2007, en su artículo 33, creó el Plan Nacional de Salud Pública expresado en el Plan Nacional de Desarrollo. En esta ley se estableció la necesidad de contar con un perfil epidemiológico en el que se identifiquen los factores protectores, de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública, como insumo para la construcción del PDSP.

El Decreto 4107 de 2011 determinó los objetivos y la estructura del Ministerio de la Salud y Protección Social. Dentro de su nueva estructura se creó la Dirección de Epidemiología y Demografía, estableciendo como una de sus funciones la de “promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de la salud”.

Después de todo, en la construcción de normas que promueven los ASIS en Colombia se ha avanzado en el reconocimiento del proceso como instrumento fundamental para la toma de decisiones en todas las escalas territoriales, y se resalta la importancia de la participación transectorial.

A través de los años, en Colombia se han promulgado una serie de normas que posicionaron y fortalecieron el proceso de Análisis de la Situación de Salud. El Decreto 3518 de 2006 establece entre las funciones del Ministerio de la Protección Social (ahora Ministerio de Salud y Protección Social), en relación con el sistema de vigilancia en salud pública, “realizar el análisis de la situación de la salud del país, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia”

Finalmente, las normas desde la Ley 9 de 1979, hasta la Resolución 1035 de 2022, da claridad que los análisis de situación en salud, son importantes en la planeación de salud, para conocer el estado de salud de la población, sus determinantes sociales, también para priorizar acciones en salud y monitorear las intervenciones propuestas en los planes territoriales de salud.





Marco conceptual

✓ *Planeación integral para la salud*

Se define como un proceso estratégico y operativo para la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios, que permite a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud bajo los principios y elementos establecidos en la Ley 1751 de 2015 estatutaria de salud y demás normas concordantes.

✓ *Territorio*

Se reconoce el territorio como un espacio geográfico dónde se produce social y biológicamente la vida (Borde & Torre, 2017) lo cual es inescindible de la salud. La estructura geográfica y ambiental del territorio es el espacio físico dónde se desarrollan la historia de los pueblos a lo largo del tiempo y de acuerdo con las relaciones de poder se definen dinámicas políticas, sociales, culturales, modos de producción y afecta la distribución y dinámica poblacional. El territorio es constitutivo de dichas relaciones incluidas también la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

✓ *Condiciones socioeconómicas*

No siempre se tiene una idea clara de lo que son los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y muchas veces se desconoce que se trata de aquellos derechos que posibilitan un nivel de vida adecuado para las personas dentro de un concepto de dignidad humana, que se traduce en alimentación, seguridad social, salud física y mental, vivienda, trabajo, sindicalización, educación, medio ambiente sano y agua.

Asimismo, las condiciones socioeconómicas guardan estrecha relación con el mercado laboral, pero incluyen otros factores, que de manera directa pueden afectar las condiciones de salud de la población. Las relaciones de producción son fundamentales para organizar toda la vida social en una sociedad. En una sociedad con clases sociales opuestas, estas relaciones se expresan como dominio y subordinación entre las clases. Los cambios en las relaciones de producción surgen a medida que las fuerzas productivas cambian y se desarrollan. Sin embargo, las relaciones de producción también influyen en el desarrollo de las fuerzas productivas, acelerando o desacelerando su crecimiento.

✓ *Desenlace mórbido*

Se refiere a un resultado adverso o fatal relacionado con la salud de una persona. Se utiliza comúnmente para describir el resultado de una enfermedad, lesión o condición médica que conduce a la muerte o a un deterioro significativo de la salud, siendo de resultado de las circunstancias propias donde vive, crece y se reproduce y puede desencadenar en un proceso mortal, siendo estos resultados potencialmente evitables, mediado por la capacidad de regulación que tiene el Estado y el desarrollo de acciones intersectoriales y preventivas de manera anticipatoria.





✓ *Diferencia entre desigualdad e inequidad*

Las desigualdades en salud se refieren a las diferencias sistemáticas e injustas que existen en el acceso, la distribución, los resultados en materia de salud y en el acceso a servicios y recursos sanitarios entre diferentes grupos de la población.

Estas disparidades pueden estar relacionadas con factores socioeconómicos, culturales, geográficos, de género, raza, etnia, nivel educativo y lugar de residencia, entre otros. Las desigualdades en salud se traducen en que ciertos grupos enfrentan un mayor riesgo de enfermedades, discapacidades y mortalidad, mientras que otros disfrutan de mejores condiciones de salud y mayor acceso a atención médica de calidad. Estas disparidades afectan negativamente a la equidad en salud y comprometen el bienestar y el desarrollo de las comunidades más vulnerables. La lucha contra las desigualdades en salud es un desafío clave para los sistemas de salud y las políticas públicas, con el objetivo de alcanzar una distribución más justa y equitativa de los beneficios de la salud para toda la población.

Las inequidades en salud se manifiestan cuando ciertos grupos enfrentan mayores desafíos para acceder a servicios de atención médica de calidad, recursos sanitarios y oportunidades para mantener un estilo de vida saludable. Esto puede resultar en una distribución desigual de enfermedades, discapacidades y mortalidad entre diferentes segmentos de la población.

Las inequidades en salud no solo afectan el bienestar individual, sino que también tienen un impacto en el desarrollo y la cohesión social de una comunidad o sociedad en su conjunto.

Abordar estas inequidades es fundamental para lograr una sociedad más justa y saludable, donde todos tengan igualdad de oportunidades para gozar de una buena salud y bienestar.

2.2. El Análisis de situación de salud como base para la Planeación integral en salud en el marco del Plan Decenal de salud pública 2022- 2031

El Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2022-2031 es una política pública que incluye la hoja de ruta que, a partir del consenso social y ciudadano, establece los objetivos, las metas y las estrategias para afrontar los desafíos en salud pública para los próximos 10 años, orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en Colombia. Se desarrolla a través de la lógica de unos ordenadores que son los ejes estratégicos que se visualizan desde el nivel territorial teniendo como punto de partida para los procesos de planeación integral en salud el Análisis de situación e Salud. El propósito que tiene cada uno de los ejes se sintetiza en la siguiente tabla.



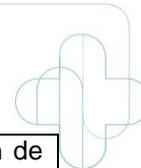


Tabla 1. Ejes estratégicos PDSP- 2022-2031

EJE ESTRATEGICO	PROPÓSITO
Eje 1. Gobierno y gobernanza de la salud pública	Desarrollo de capacidades y liderazgo de la entidad territorial para la cogestión y coadministración con las formas de organización ciudadana, social y comunitaria, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.
Eje 2. Enfoques diferenciales, genero-diversidades, pueblos y comunidades	Contar con elementos para la acción que permitan aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias.
Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad ³ .
Eje 4. Atención Primaria en Salud	Mejorar las condiciones de vida y salud de la población, en escenarios como las ciudades, espacios periurbanos, rurales y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana.
Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, y contribuir en la seguridad sanitaria, el bienestar, la calidad de vida, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso que orienta la

³ La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas (OPS, 2023).





	formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos.
Eje 6. Conocimiento en salud pública	Avanzar en la producción, uso y acceso a la información en salud pública, la construcción colectiva de conocimientos y saberes en salud, y el desarrollo de capacidades a nivel nacional y territorial, lo anterior con el fin de fortalecer el sistema único de información en salud.
Eje 7. Personal de Salud	Crear y desarrollar mecanismos para la mejora de la distribución, la disponibilidad, la formación, la educación continua y las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del THS, así como el reconocimiento y fortalecimiento de las funciones y roles de equipos básicos de salud en torno a la gestión de la salud pública y el desarrollo de intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la detección temprana y la protección específica, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento, la rehabilitación y la paliación desde el marco de los determinantes sociales, la atención primaria en salud, la salud pública, la salud colectiva, la interculturalidad, el territorio y la territorialidad, entre otros.

Características y proceso del Análisis de situación de salud ASIS

Objetivo

Caracterizar, explicar y comprender los procesos que determinan los resultados en salud de la población en los territorios como insumo para la planeación y toma de decisiones en salud

Definición

El Análisis de Situación de Salud -ASIS-, se definen como “procesos analítico sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis”, para “caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes”, ya sean “competencia del sector salud o de otros” (OPS, 1999), debe incluir además a todos los actores de los territorios reconociendo diferencias étnicas y culturas

Alcance

Identificar en el contexto territorial las problemáticas, para luego plantear las necesidades y posibles intervenciones a desarrollar en el marco de la planeación integral en salud territorial con participación de los actores.





La construcción del ASIS se realiza con una metodología mixta que combina el análisis de los datos cuantitativos disponibles y se consolida con un abordaje cualitativo.

El Análisis de situación de salud inicia con la identificación de actores y fuentes de información en los territorios. Termina con la generación de información sobre las prioridades en salud para la toma de decisiones en los territorios.

El Análisis de Situación de Salud- ASIS territorial tiene los siguientes contenidos:

- Capítulo I. Configuración del territorio.
- Capítulo II. Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales.
- Capítulo III. Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio.
- Capítulo IV. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio.
- Capítulo V Priorización de los problemas y necesidades sociales de la salud en el territorio.
- Capítulo VI. Propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 — 2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.

Sin perjuicio que el Análisis de Situación de Salud- ASIS territorial se materialice mediante un documento, su desarrollo debe entenderse como proceso que permite la actualización constante según las necesidades del territorio.

Premisas para la construcción del Análisis de Situación de Salud

- ✓ Es el inicio de la planeación en los territorios
- ✓ Es la entrada para la garantía del derecho fundamental a la salud
- ✓ Es un proceso dinámico, participativo e incluyente que identifica problemas y necesidades en salud.
- ✓ Debe permitir visibilizar la interseccionalidad poblacional en el territorio.
- ✓ Es instrumento para la construcción de generación de capacidades para el diálogo intercultural y gestión del conocimiento
- ✓ Debe ser la base en la que se soporta la planeación y la toma de decisiones en salud.

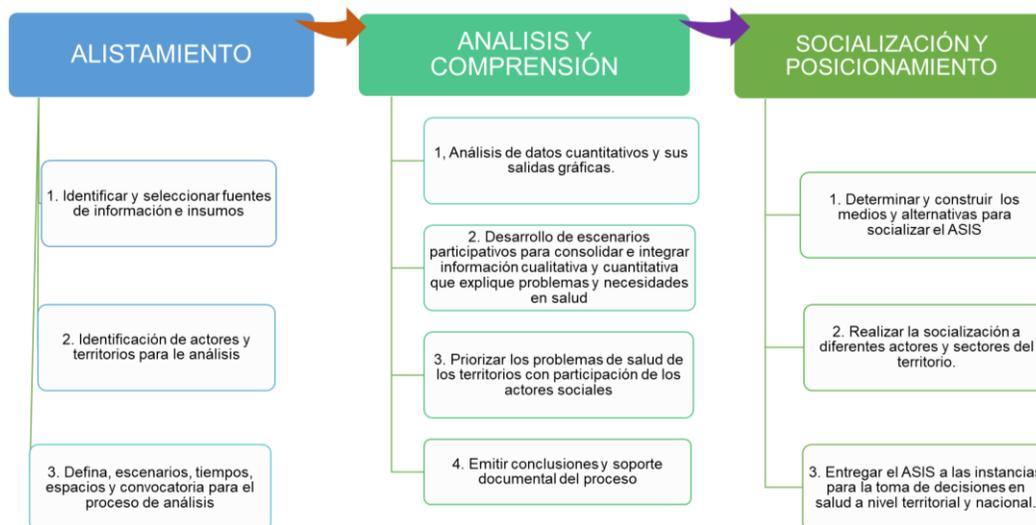
3.1. Momentos del Análisis de Situación de Salud -ASIS-

El proceso del Análisis de Situación de Salud - ASIS se plantea en tres momentos como se observa en el esquema 1. El proceso incluye momentos, pasos y actividades.





Ilustración 1. Momentos y pasos para la construcción del Análisis de Situación de Salud



3.1.1. Alistamiento

En este momento se debe identificar las actividades que debe realizar para garantizar la disposición de los insumos básicos para la elaboración participativa del Análisis de Situación de Salud – ASIS – en el territorio, que debe incluir tanto el equipo técnico como los materiales y la información requerida para el desarrollo de los espacios de participación social y el posterior análisis y generación de prioridades en salud que representen de manera inclusiva todas las particularidades vistas desde los pueblos y comunidades existentes en el territorio desde su interseccionalidad poblacional y sus enfoques diferenciales en el reconocimiento de las diversidades.

Para el desarrollo efectivo de este momento se proponen tres pasos principales a desarrollar que son: 1) Identificar y seleccionar fuentes de información e insumos, 2) Identificar actores y territorios para el análisis y 3) Definir escenarios, tiempos, espacios y convocatoria para el proceso de análisis. Los cuales se amplían a continuación.

Paso 1. Identificar y seleccionar fuentes de información e insumos

La entidad territorial debe reconocer las fuentes de información con las que cuenta reconociendo sus alcances y limitaciones, partiendo de la existencia de unas de base poblacional y otras de tipo registro administrativo que contienen datos diferentes. Las primeras con información que tienen cobertura para todos los habitantes o muestra representativa que permite extrapolar resultados, mientras las segundas contienen información solamente de aquellas personas que tienen contacto con las instituciones para acceder algún tipo de servicio.

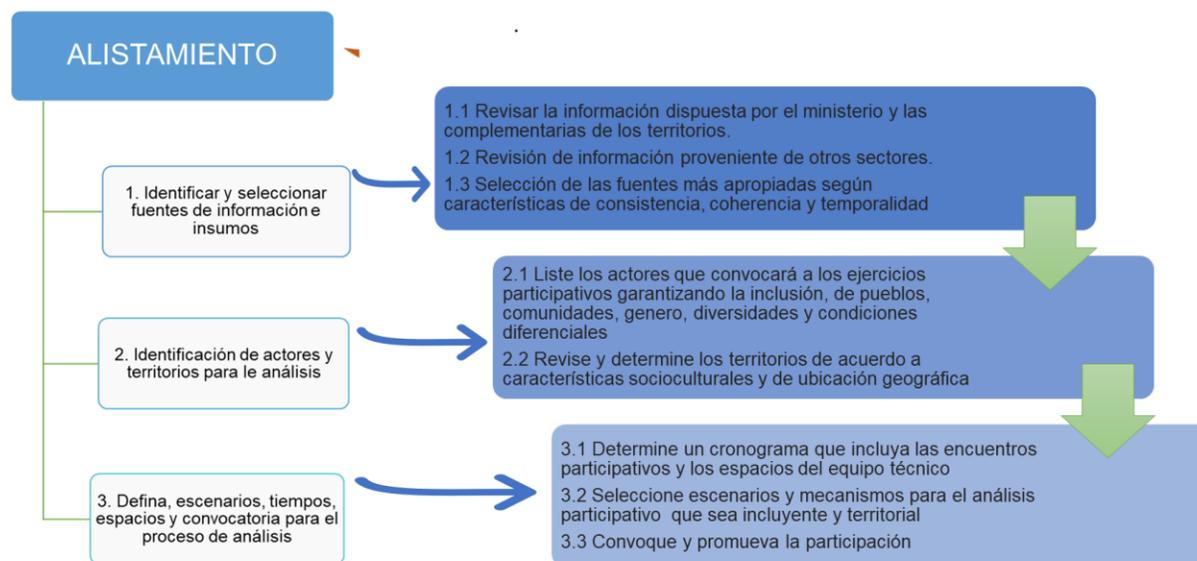
Un aspecto importante a tener en cuenta es que existen fuentes propias en los territorios, que recogen información con la suficiente confiabilidad, validez y oportunidad, que permite explicar situaciones de alta relevancia que impactan la salud de la población y soportan la toma de





decisiones acertada e informada, además de favorecer la gestión efectiva frente a la intervención e impacto en las condiciones de vida de la población.

Ilustración 2. Pasos y actividades del momento de Alistamiento para el ASIS



En el entendido, que la salud de la población se ve afectada por la gestión que se realiza desde otros sectores de la sociedad, se debe hacer una revisión exhaustiva de aquellas fuentes que provienen de otros sectores y que aportan datos valiosos frente a la gestión intersectorial que influyen de alguna manera en las condiciones de salud de la población.

Las actividades del paso 1, se describen a continuación.

A. Revisar la información dispuesta por el ministerio y las complementarias de los territorios

El Ministerio dispone información de:

- ✓ Fichas territoriales que incluye indicadores trazadores en aspectos básicos de demografía, vigilancia, inmunización, prestadores y aseguramiento.
- ✓ Presentaciones departamentales con su capital que contiene datos demográficos, comportamentales, mortalidad, morbilidad y eventos de interés en salud pública.
- ✓ Informes del comité de seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Análisis de Situación de Salud último disponible.
- ✓ Indicadores TerriData
- ✓ Informe final de la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la convivencia y la No repetición, 2022
- ✓ Otras disponibles a solicitud.





B. Revisión de información proveniente de otros sectores

Los territorios cuentan con algunas fuentes de información propias que se gestionan de manera local y que generan insumos de datos importantes en temas relevantes por ejemplo desde la población migrante, el sector laboral de la economía informal, seguimiento a condición nutricional de la población infantil y gestante, entre otras que permiten hacer el análisis para el punto de partida en el desarrollo de los espacios participativos. Por esta razón de manera ágil y sencilla, se debe realizar un inventario de fuentes propias del territorio mediante las que se gestionan salidas de información.

C. Selección de las fuentes más apropiadas según características de consistencia, coherencia y temporalidad

Posterior a la valoración de las fuentes de información dispuestas por el ministerio y las propias a nivel territorial, se debe dar paso a establecer bajo los criterios de consistencia, coherencia y temporalidad cuales son las fuentes que mejor permiten entender y explicar la situación de salud de la población para la construcción del análisis de línea de base que se debe construir para tener un punto de partida y alinear el inicio de los espacios de participación social definidos, teniendo en cuenta sus posibles debilidades en cobertura, oportunidad y calidad que puedan ser superadas para optimizar el uso y aprovechamiento de las mismas.

Paso 2. Identificación de actores y territorios para el análisis.

La identificación de actores es el mecanismo inicial para hacer análisis social y reconocer procesos de incidencia político-institucional, que permite identificar distintas instituciones que conviven en un ámbito territorial y poseen características que se consideran relevantes para la planeación e implementación de estrategias (Tapaella, 2007). Su objetivo es identificar además el rol que desempeña en el territorio y su relación con otros actores o sectores para establecer escenarios de trabajo estratégico articulado en el proceso de priorización en salud, monitoreo de estrategias intersectoriales implementadas y fortalecimiento de toma de decisiones informada.

Mientras tanto, la identificación de territorios hace referencia a reconocer sus dinámicas políticas, ambientales, sociales, culturales y económicas, su distribución por área urbana y rural, que se desarrolla en un espacio geográfico con unas condiciones propias específicas que representan una mayor o menor vulnerabilidad con respecto a las condiciones de salud y que inciden directamente en el impacto de los resultados esperados y la reducción de brechas de desigualdad.

Las actividades de este paso se presentan a continuación:

A. Liste los actores que convocará a los ejercicios participativos garantizando la inclusión, de pueblos, comunidades, genero, diversidades y condiciones diferenciales

Se busca identificar los principales actores presentes entendidos como aquellas personas, pueblos, comunidades, organizaciones, asociaciones, grupos o instituciones que tienen capacidades, habilidades y conocimiento para gestionar y negociar con los diferentes niveles gubernamentales en el logro de construir consensos y acuerdos. Se hace necesario hacer esta





identificación en el territorio y definir el rol que desempeñan, a continuación, se sugieren algunos que pueden ser tenido en cuenta.

- ♪ Equipo de salud pública funcional de la secretaria de Salud.
- ♪ Representante de los equipos básicos de salud.
- ♪ Pueblos y comunidades indígenas.
- ♪ Pueblo Rrom.
- ♪ Comunidad NARP.
- ♪ Poblaciones diferenciales: campesinos, LGTBIQ+.
- ♪ Poblaciones vulnerables (victimas, migrantes, personas discapacitadas, entre otras).
- ♪ Grupos por curso de vida (adulto mayor, jóvenes, adultos) y comunidad en general.
- ♪ Asociación de usuarios.
- ♪ Agremiaciones de economía popular y comunitaria.
- ♪ Aseguradoras e IPS que operan en el territorio.
- ♪ Consejo local de política social.
- ♪ Consejo de gobierno.
- ♪ Comités Seccionales de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ♪ Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
- ♪ Instancias gubernamentales de otros sectores.
- ♪ Representantes de los gremios y la academia

Para el levantamiento de la información de los actores utilice una matriz que le permita consolidar la información y clasificar los actores para para el desarrollo de los espacios participativos que cuente con una estructura que mínimo contenga las siguientes variables.

Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio.

Parte del análisis de situación de salud en el territorio, tiene que ver con la respuesta institucional y social que se ha venido desarrollando frente a las problemáticas identificados. Así las cosas, es necesario identificar las problemáticas y analizar la respuesta dada desde los actores y/o sectores, reconociendo la posición o rol.

Para reconocer la posición o rol del actor involucrado, se utiliza las definiciones de la Metodología general ajustada para la formulación de proyectos del DNP, en el módulo 1 de Identificación, sección 3. Participantes⁴.

⁴ <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/MGA/Tutoriales%20de%20funcionamiento/Manual%20conceptual.pdf>





“Se debe relacionar el actor que está involucrado según el análisis del problema adelantado, adicionalmente se debe seleccionar la entidad a la que pertenece el actor, sus intereses y expectativas frente al problema y la posición que podría asumir dentro de las siguientes categorías: Beneficiario, Cooperante, Oponente o Perjudicado.

Beneficiarios: Aquellos individuos u organizaciones que recibirán directa o indirectamente los beneficios de la(s) intervención(es) que se proponga(n) realizar a través del proyecto.

Cooperantes: Comprende a todas aquellas personas o entidades que pueden vincularse aportando recursos de diferente tipo ya sea en dinero o en especie para el desarrollo de dichas intervenciones.

Oponentes: Es una persona, grupo o institución que no está de acuerdo con el proyecto que se está presentando, o tiene una opinión contraria frente al mismo, estos podrían obstaculizar el logro de los objetivos del proyecto.

Perjudicado: Es una persona, grupo o institución que se puede ver afectado por los objetivos del proyecto y a pesar de ello puede o no oponerse.

Para esto se utilizará la Tabla 2.

Tabla 2. Análisis de respuesta de los actores

PROBLEMATICA	RESPUESTA INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL	RESPUESTA SOCIAL	ACTOR RESPONSABLE	POSICION O ROL DEL ACTOR O SECTOR	INTERESES (Objetivo - Meta)	CONTRIBUCION / GESTION DE CONFLICTOS

B. Revise y determine los territorios de acuerdo a características socioculturales y de ubicación geográfica

Con el conocimiento que se tiene del territorio establezca la configuración y particularidades de las dinámicas territoriales que permitan visibilizar las amenazas y accidentes geográficos, los conflictos ambientales, la oferta institucional, la infraestructura, la presencia de pueblos y comunidades étnicas y de otras poblaciones diferenciales de especial atención, el ejercicio de la economía formal e informal.

A partir de esta configuración de estructura y forma de funcionamiento del territorio, elabore el croquis del territorio con toda la información que caracteriza sus dinámicas y dispóngalo de manera gráfica y entendible, mediante un mecanismo fácil de visualizar en los espacios participativos a desarrollar con la población (cartelera, plotter, dispositiva) según la disponibilidad pertinente y eficaz.





Paso 3. Defina, escenarios, tiempos, espacios y convocatoria para el proceso de análisis.

Se debe realizar un cronograma donde se establezca el objetivo de los espacios participativos, es decir, que se ponga en conocimiento de los actores y grupos de interés para que se requiere de su participación y hacer la convocatoria con anticipación, identificando los canales de comunicación disponibles para divulgar la convocatoria, haciendo uso de los medios adecuados para cada actor (voz a voz a través de líderes comunitarios, página WEB, cartelera informativa, redes sociales, periódicos regionales, canales televisivos y emisoras radiales locales, periódico mural, correspondencia, entre otros). Es importante el uso de lenguaje comprensible y mensajes llamativos que animen a la ciudadanía a participar.

A. Determine un cronograma que incluya los encuentros participativos y los espacios del equipo técnico

Se debe definir el cronograma a desarrollar en primera instancia por parte del equipo técnico en la preparación de insumos para la ejecución de los encuentros participativos, la asignación de roles que cada miembro del equipo tendrá a cargo y la apropiación de la metodología a aplicar. Posteriormente se deben establecer las fechas en que se desarrollaran los espacios participativos que favorezcan la participación activa y vinculación de la mayor parte de los actores identificados en el territorio. Tenga en cuenta otros espacios en los que participen los actores para que el cruce de agendas no sea una barrera para la participación de los actores.

B. Seleccione escenarios y mecanismos para el análisis participativo que sea incluyente y territorial

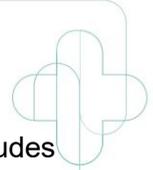
Determine cuantos encuentros debe realizar en el territorio teniendo como punto de partida la identificación de los actores, roles y su clasificación, realizando una agrupación coherente para tener el mejor resultado frente a la explicación de los problemas y necesidades presentes en el territorio, considerando las características de los actores y grupos de interés tanto en el proceso de convocatoria como en el desarrollo de los espacios, incluya alternativas de comunicación asertiva para personas con discapacidad visual y auditiva, entre otras condiciones que afectan la participación efectiva en los espacios.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el espacio físico para el desarrollo de los espacios debe ser amplio y tener la dotación adecuada (mesas, sillas, refrigerios, entre otros), contar con personal para el apoyo de la relatoría de la jornada, tener en cuenta que la ubicación del sitio donde se desarrollan los espacios sea central y no perjudique la asistencia de actores o sectores, se debe confirmar previamente la asistencia de las personas y representantes convocados y disponer de los materiales suficientes de acuerdo con el aforo de convocados. Recuerde que la duración del espacio no debe ser mayor a cuatro horas para lograr la concentración y atención de los actores.

C. Convoque y promueva la participación

Realice la convocatoria, de acuerdo con los canales de comunicación elegidos, busque usar mensajes cortos con frases que tenga contenidos que favorezcan la recordación y que generen sinergia con los intereses comunes de los diferentes actores y sectores identificados. En el caso





de usar redes sociales, logre que los mensajes puedan cautivar la atención y generen inquietudes por ampliar la información, de esta manera se favorecerá la participación. Revise experiencias exitosas frente a estrategias comunicativas utilizadas para convocatorias anteriores que puedan ser replicadas y generen mejores resultados.

3.1.2. Análisis y comprensión

La incorporación del criterio de equidad o en su forma negativa de inequidad, es importante, pues si bien el análisis da cuenta de desigualdades en salud, es decir los aspectos en cierta forma naturales que llevan a diferencias entre grupos, es a partir del análisis de inequidades entendidas estas como las diferencias, injustas, innecesarias y controlables que se encuentran en la población y que generan brechas entre poblaciones de un mismo territorio. Este elemento es esencial de analizar y por tanto de plantear su abordaje, pues de su intervención dependerá que se dé cuenta de otros enfoques como el de derechos o el diferencial.

La propuesta explicativa de determinación como aproximación a la causalidad en salud, despliega múltiples aspectos que tienen efectos en los resultados de salud, pero además permite su integración, para aproximarse a un panorama sistémico, que por medio de la propuesta de los determinantes sociales de la salud corresponde a un marco de articulación que va más allá de una vinculación como factores directos en la salud, al organizarlos dentro de los diferentes ámbitos sociales de los modos, condiciones y estilos de vida. Esta organización es anidada, pues los modos de vida individuales o singulares, se desarrollan dentro de escenarios de condiciones de vida de las comunidades a las que se pertenece, y a su vez, las condiciones de vida se desarrollan dentro del modo de vida de la sociedad, definido por política y económicamente.

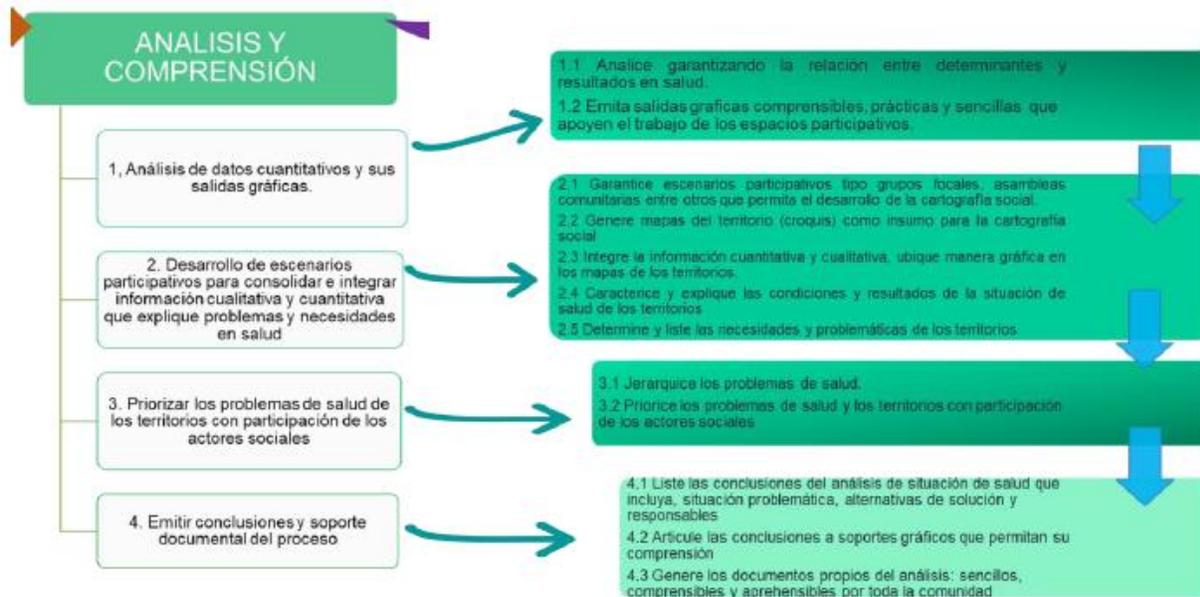
El objetivo del análisis de los determinantes sociales de la salud, es el de reconocer como se comportan, cuál es su dinámica, cuáles son los que condicionan de mayor forma la vida de los ciudadanos y por tanto la salud y la calidad de vida.

Este análisis, si bien viene siendo desarrollado y conceptualizado desde hace varias décadas, presenta limitaciones en la práctica, por la disponibilidad de información, pues generalmente no se cuenta con los niveles de desagregación que se quisieran tener, ni con la percepción que de ellos tienen las poblaciones sobre cómo afectan su estado de salud.





Ilustración 3. Pasos y actividades del momento de Análisis y Comprensión del ASIS



Métodos y técnicas de análisis-síntesis

La constitución de una base de evidencia de los Determinantes Sociales de la Salud es un punto de interés para la Comisión, que se basa en las consideraciones teóricas resumidas anteriormente, y que incorpora una importante diversidad metodológica, sin dar prioridad a unos métodos sobre otros. Es así como es posible la participación de diversos frentes epistemológicos y metodológicos, tanto cuantitativos como cualitativos. Dentro de lo anterior la aproximación a la evidencia desde las diversas perspectivas se identifica como la “base para la comprensión y para la acción”. Sin embargo “es frecuente que la evidencia en sí misma, derivada de cualquier fuente o método”, sólo provea “respuestas simples”. Entonces, la labor de “aquellos encargados de dar sentido a la evidencia y de generar recomendaciones basadas en ella, es determinar la historia completa que cuenta dicha evidencia y juzgar la certeza con la cual se pueden formular las conclusiones y cómo pueden aplicarse en la realidad” (Bonney et al., 2007), sin dejar de lado el orientador de la equidad.

Es este aparte se presentarán algunos métodos y técnicas cuantitativos de carácter estadístico y epidemiológico, para su aplicación en el análisis-síntesis de los datos y la información disponibles, producidos por diferentes sistemas. Los métodos y técnicas son las herramientas para intentar dar respuesta en el aspecto cuantitativo, a las preguntas de este eje de determinación de *¿DÓNDE se originan las diferencias en salud entre grupos sociales, llevándolas hacia atrás hasta sus RAÍCES más profundas? Y ¿Qué CAMINOS llevan desde las causas raíz hasta las diferencias marcadas en el estado de salud observado a nivel de la población?*

Pregunta *¿DÓNDE se originan las diferencias en salud entre grupos sociales, llevándolas hacia atrás hasta sus RAÍCES más profundas?*





La respuesta a esta pregunta en términos de métodos cuantitativos de análisis de datos se enfoca en la identificación de Desventajas, Gradientes y Brechas.

- Las Desventajas se enfocan en diferencias, aceptando que hay desigualdad entre distintos segmentos de la población o entre las sociedades.
- Las brechas se enfocan en las diferencias entre los peores y algún otro grupo, asumiendo a menudo que aquellos que no son los peores disfrutaban de uniformemente de buena salud.
- La aproximación a los gradientes explora las diferencias de salud a través del espectro completo de la población, aceptando un patrón sistemático de gradiente en las inequidades en salud” (Bonney et al., 2007)

Los casos, a partir de las variables vinculadas con el nivel de determinación estructuras de las inequidades en salud, así como con aquellas del nivel de determinación intermedia se pueden constituir grupos, para cada una, de acuerdo con sus categorías o rangos, por medio de técnicas de clusters de individuos multivariados. Los gradientes además de poderse establecer a partir de las mismas variables que tienen un carácter ordinal o continuo, puede establecerse por medio de la formulación de índices multivariados para cada uno de los niveles de determinación, que permite tener una medida continua del efecto de cada uno de estos factores dentro de los grupos poblacionales explorados.

De igual forma se puede realizar segmentaciones de la población observada por clusters basados en múltiples criterios que pueden tener interpretación como nuevas categorías compuestas, o de acuerdo con la exploración de sus resultados, de algún tipo de ordinalidad.

Para los grupos identificados, así como para los gradientes, se debe explorar el espectro del evento en salud de interés, ya sea por medio del uso de clasificaciones estándar de las causas, que se realizan para dar cuenta no solo de diferencias anatomopatológicas sino del espectro de severidad, basadas en la existencia de comorbilidades, así como por la potencialidad y alcance de las intervenciones (evitabilidad, control, cura, paliación).

La vinculación de los gradientes sociales estructurales o de determinantes intermedios de la salud, pueden ser examinadas por medidas de asociación o por métodos de regresión (Bonney et al., 2007) frente a las clasificaciones, los gradientes o espectros de salud que se hayan podido establecer.

Pregunta: ¿Qué CAMINOS llevan desde las causas raíz hasta las diferencias marcadas en el estado de salud observado a nivel de la población?

En el punto anterior el alcance de cruzar por medios discretos o continuos multivariados o multicotómicos, dependiendo de las posibilidades que permitan las fuentes, y su extensión en la medida que sea realizable su articulación por medio de identificadores disponibles. Sin embargo, las técnicas propuestas sólo permiten identificar el aporte de cada factor representado por variables, a la conformación de grupos o gradientes sociales, y sus resultados de salud. Se hace necesario constituir escenarios explicativos por medio de la reconstrucción de caminos causales,



que implican que más que una segmentación se propenda por la identificación de interacciones entre factores, y de éstos con los resultados en salud.

Algunas herramientas para explorar las interacciones entre factores y de éstos con los resultados de salud, son las covarianzas y las correlaciones simples, múltiples, parciales y semiparciales (Kleinbaum, Kupper, Muller, & Nizam, 1998), paramétricas o no paramétricas, que son insumo para realizar iconografía de las correlaciones, los modelos de ecuaciones estructurales que incluyen los modelos de análisis factorial y el análisis de caminos (o path analysis), así como las redes bayesianas y causales, entre otras herramientas de la estadística y de la inteligencia artificial, de carácter supervisado y no supervisado.

La disponibilidad de estos métodos permite el desarrollo de aproximaciones a partir de datos de registros de individuos, así como de desarrollos ecológicos, con variables o indicadores agregados por unidades de observación que agrupan las personas, como por unidades geopolíticas locales y territoriales, con la posibilidad de incluir datos de varias unidades a la vez, como se hace en el caso lineal con los modelos multinivel.

Los pasos del momento de análisis y comprensión son:

Paso1. Análisis de datos cuantitativos y sus salidas gráficas

A. Analice garantizando la relación entre determinantes y resultados en salud

Propuesta de Análisis a partir de Información Cuantitativa

Para esta propuesta se tomará la propuesta de Cifuentes (2011), quien plantea la necesidad de aterrizar las variables de análisis cruzando tanto eventos en salud (nacimientos, defunciones, enfermedad etc.) con determinantes, a partir de las variables dispuestas en las fuentes de información planteadas como insumos de información o fuentes de información de tipo cuantitativo.

Los análisis que se plantean van desde un nivel básico, un intermedio y uno avanzado.

En el análisis básico, se plantea la necesidad de análisis descriptivo que dé cuenta de la relación bivariado, es decir entre el evento de análisis y las variables referidas a determinantes, para responder interrogantes sobre el que sucede y como se caracteriza lo que sucede.

Un análisis intermedio, en el que se permita la interacción de varias variables para poder responder, no solo el que sino el porqué de dichas formas de presentación de los eventos o daños en salud.

Un análisis avanzado, donde a partir de modelos estadísticos se pueda dar respuesta al porqué del porqué, es decir a las cadenas de relaciones o de determinación que conllevaron a ciertos desenlaces. Posiblemente este aspecto requiera de un manejo más avanzado tanto de datos como de programas para el procesamiento de datos estadísticos, sin embargo, no se descarta que se pueda realizar a nivel local.



El contexto, no es objeto de medición directa a través de variables, desde algunas de las fuentes expuestas, por lo que su consideración requiere de hacer una aproximación a lo que se ha definido como insumos de conocimiento y de información, y a la temporalidad o momento en que se introducen cambios o intervenciones de orden político, para la organización de la sociedad.

Para el contexto se hace necesario el análisis de determinantes y de su relación con la dinámica social, incluye la revisión, entre otras, de las siguientes categorías:

- ✓ Contexto político administrativo.
- ✓ Condiciones ecológico – ambientales.
- ✓ Condiciones socio económicas.
- ✓ Estructuración de la población en términos de quienes son, cuántos son, cuáles son las características demográficas y sociales que los caracterizan.
- ✓ Estructuras organizativas, relaciones y prácticas sociales (relaciones de poder, relaciones jerárquicas, roles, posiciones de negociación).
- ✓ Expectativas de vida, conductas y prácticas sociales.
- ✓ Procesos productivos y su relación con los de consumo.
- ✓ Acceso a servicios y bienes.

La necesidad de su entendimiento y apropiación por el sector salud, debe permitir la comprensión de cómo los procesos políticos, económicos y sociales afectan diferencialmente unas poblaciones más que a otras y cuáles deberían ser las acciones correctivas en búsqueda de la equidad, al menos en el sector salud.

La apropiación de este nivel de análisis en la rutina cotidiana, facilitará el reconocimiento de la capacidad de acción desde el sector y como interactuar con otros sectores para de forma complementaria y participativa lograr su intervención.

Las políticas son consideradas como determinantes estructurales, y se requiere del reconocimiento de cómo afectan el desarrollo económico y social de las poblaciones por lo que el análisis debe dar cuenta de cómo las políticas de orden nacional o departamental, afectan a la población. Por tanto, es importante entender como las políticas por ejemplo de mercado, determinan las relaciones de la región con el departamento, con el país y con el nivel internacional, y por tanto en que magnitud se afecta el flujo de recursos, en donde se concentran y como afecta las condiciones laborales y el poder adquisitivo de las poblaciones.

Es necesario reconocer cual es la magnitud de las brechas, entre los grupos sociales a través del análisis de las capacidades económicas, de las posibilidades de acceso a servicios y bienes básicos, así como las características físicas y ambientales de los territorios, afectan las formas de vivir, de poblar, habitar y trabajar.

Una dificultad adicional para los análisis es que el acceso a los datos en el nivel de individuos no siempre se puede garantizar, de acuerdo con los flujos de datos, que en casos como los RIPS no incluyen a las autoridades sanitarias del nivel territorial, excepto para algunos subgrupos poblacionales que son cubiertos por estas dentro de la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el flujo de datos de las estadísticas vitales se describe el acceso



a los datos individuales en el proceso de recolección de los certificados de defunción y nacimiento, pero no su retroalimentación luego de los procesos de codificación, depuración y consolidación. En cambio, en el caso de los registros de SIVIGILA, los actores territoriales hacen parte del flujo de datos, por lo que en la medida que los recolectan y tienen un rol en su revisión y depuración, tienen acceso a los mismos. A pesar de ello, los registros que tienen como destino final al nivel central, a cargo del INS, se reciben con numerosos errores que requieren depuración adicional, así como validación de contenido por diferentes grupos de referentes para cada grupo de eventos observados. Luego de estos procesos, que conducen a la generación de los conteos correspondientes, no son retroalimentados por completo a la base de datos central, ni a los potenciales usuarios territoriales.

Sin embargo, se tiene acceso a datos agregados que, aunque no tienen la flexibilidad de navegación que ofrecen los datos individuales, permiten realizar aproximaciones ecológicas, ajustando las unidades de observación por espacios usualmente geopolíticos, anidados en el nivel nacional (departamentos) y en el territorial (municipios). Es así como se cuenta con acceso a tablas públicas de conteos de las estadísticas vitales, y por medio de solicitud de permisos para el caso de los RIPS recolectados a nivel central, en el Ministerio. De igual forma, de manera periódica el INS publica los conteos e indicadores de los eventos bajo vigilancia en salud pública.

Las diferentes fuentes mencionadas cubren en alguna medida los procesos o eventos cuya ocurrencia contribuye a configurar el proceso vital humano. Sin embargo, esta cobertura no permite reconstruir su carácter continuo o de proceso, pues no es posible, por diversos factores, contar con las posibilidades de articulación de las tablas de datos de cada fuente. En el caso de estadísticas vitales, los datos individuales son entregados sin identificadores que permitan su cruce con RIPS y SIVIGILA, y un acceso a estos está mediado por trámites administrativos bajo la justificación de la reserva estadística. En el caso de contarse con acceso a los identificadores, como ocurre con RIPS y SIVIGILA, para los actores correspondientes a autoridades sanitarias, es necesario enfrentar problemas de estandarización de las variables análogas.

No se debe dejar de lado el reto adicional, que más que para el análisis de datos, se impone para las conclusiones en especial de generalización, pues las coberturas de cada uno de estos registros de carácter poblacional en algunos casos no son conocidas, o en otros es escasa. A pesar de esto, la única forma de permitir un avance en los sistemas de información, es haciendo uso de los datos que recogen, a pesar de los niveles de incertidumbre y diversos cuestionamientos de que puedan ser objeto.

B. Emita salidas gráficas comprensibles, prácticas y sencillas que apoyen el trabajo de los espacios participativos.

Si bien la información se encuentra dispuesta en la mayoría de los casos en tablas para la organización de la información las cuales permiten organizar las variables de forma general a partir del uso de columnas y filas.

Sin embargo, la utilización de mecanismos como los gráficos, brinda la oportunidad de que la información obtenida llegue a más personas de forma más clara, ya que el proceso de





visualización abre la posibilidad de mayores análisis y por tanto de aumentar la comprensión de la situación.

Algunos de los más utilizados son:

Diagramas de barras: muestran los valores de las frecuencias absolutas sobre un sistema de ejes cartesianos, cuando la variable es discreta o cualitativa. Se representan tantas barras como categorías tiene la variable, de modo que la altura de cada una de ellas sea proporcional a la frecuencia o porcentaje de casos en cada clase.

Gráficos de sectores: circulares o de torta, dividen un círculo en porciones según el valor de las frecuencias relativas. Si el número de categorías es excesivamente grande, la imagen proporcionada por el gráfico de sectores no es lo suficientemente clara y por lo tanto la situación ideal es cuando hay alrededor de tres categorías. En este caso se pueden apreciar con claridad dichos subgrupos.

Histogramas: formas especiales de diagramas de barras para distribuciones cuantitativas continuas.

Polígonos de frecuencias: formados por líneas poligonales abiertas sobre un sistema de ejes cartesianos.

Pictogramas: o representaciones visuales figurativas. En realidad, son diagramas de barras en los que las barras se sustituyen con dibujos alusivos a la variable.

Cartogramas: expresiones gráficas a modo de mapa.

Pirámides de población: para clasificaciones de grupos de población por sexo y edad.

Paso 2. Desarrollo de escenarios participativos para consolidar e integrar información cualitativa y cuantitativa que explique problemas y necesidades en salud

A. Garantice escenarios participativos tipo grupos focales, asambleas comunitarias entre otros que permita el desarrollo de la cartografía social.

Para esta actividad se recomienda el uso de la técnica de Análisis Estructural Participativo que consiste en identificar, definir y jerarquizar los problemas, así como elaborar estrategias de solución a los mismos y establecer un sistema de seguimiento y evaluación a los planes de acción diseñados por parte de los miembros de la comunidad y entes gubernamentales.

A continuación, se describen las fases que se deben cumplir en el desarrollo de dicho análisis propuestas por Cristalino, (2002):





Análisis estructural participativo

Fase de motivación, sensibilización y justificación

Antes de comenzar a realizar el diagnóstico participativo, se deben desplegar acciones de motivación y sensibilización que promuevan una discusión abierta entre los miembros de la comunidad, sobre la necesidad de iniciar un proceso de reflexión de los problemas que los afectan. Es importante dedicar el tiempo necesario en una discusión abierta sobre las implicaciones de emprender procesos de cambio en la comunidad y discutir con sus miembros el papel que les corresponde desempeñar, durante su diseño y ejecución.

Como se puede observar, la importancia de esta fase consiste en tratar de vencer la resistencia a los cambios que probablemente se presenten en algunos miembros de la comunidad y de buscar aliados para la apropiación del proceso y su adecuado desarrollo.

Fase diagnóstica

En esta fase realizan las acciones conducentes al análisis desde una perspectiva participativa. Lo cual incluye la escogencia y adecuación de las técnicas de aproximación poblacional más adecuadas, como la construcción de las guías de trabajo, los instrumentos para captar la información y los insumos necesarios.

Dichas actividades se desarrollan para garantizar la participación y el compromiso de todas las personas que intervienen en el análisis y búsqueda de soluciones de los problemas que los afectan, esto permitió lograr mejores niveles de adecuación, pertinencia y viabilidad de los proyectos sociales y en salud.

Esta forma de realizar el análisis pretende, además, contribuir a humanizar la salud promoviendo los principios de convivencia y solidaridad donde tenga cabida el pluralismo, los significados particulares, la participación, el consenso y el conocimiento como instrumento para transformar la realidad social.

Una vez se han analizado identificado y definido claramente los problemas se procede a la elaboración del flujograma situacional, donde se especifican, el evento o situación que se explica, los antecedentes, las causas o nudos críticos, los descriptores, las consecuencias y el entorno del problema. El flujograma “constituye la expresión graficada de una explicación situacional” Obregón (1993).

La elaboración del flujograma comienza con la identificación de las expresiones del mismo, los cuales se convierten en descriptores porque ubican los hechos de la realidad que identifican el problema seleccionado.

A continuación, se analizan las relaciones causales del problema, para luego determinar las causas claves o Nudos Críticos definidos como centro de acción o de ataque que permitirán resolver el problema.





Fase de Planificación – Acción

Consiste en diseñar un plan de acción partiendo de los problemas y de las acciones propuestas en el diagnóstico participativo.

En esta fase se espera que el equipo que coordina el análisis desarrolle las siguientes acciones: a) orienta la selección y jerarquización de los problemas que son realmente importantes y posibles de ser resueltos, evitando en lo posible imposiciones (*como se presenta en esta guía, en el paso siguiente de este momento*) b) facilitar distintos datos e informaciones sobre el problema seleccionado evitando disgregaciones y rodeos; c) establecer redes de contacto, es decir, canales de comunicación con otras personas e instituciones que apoyen los procesos de mejora y necesidades expresados por los miembros de la comunidad.

En resumen, el apoyo externo representa una influencia positiva cuando su actuación tiene como meta impulsar la reflexión crítica, el trabajo en equipo y una visión compartida y comprometida de la comunidad.

El diagnóstico participativo apoyado bajo un enfoque estratégico de planificación permite: a) desencadenar un proceso de organización en las comunidades, b) movilizar las potencialidades de los participantes y miembros de la comunidad, c) motivar a los participantes para que asuman compromisos personales y comunitarios, y d) la capacitación y formación de los participantes en la elaboración de planes, flexibles, comprensibles y viables.

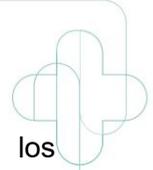
Por otro lado, el enfoque de planificación estratégica sirve como vehículo para el desarrollo de la participación comunitaria, es una alternativa a las metodologías de planificación y gestión normativa y metodológicamente permite explicar y reconstruir la realidad social desde una visión integral, donde se vincula lo aparente con la esencia, lo cuantitativo con lo cualitativo, lo general con lo particular, genera procesos de inducción y deducción; y articula lo racional con lo sensorial en el estudio de la realidad.

Las decisiones corresponden a los miembros de la organización, el asesor externo debe ser un actor que apoye y promueva procesos de reflexión - acción. Se trata no sólo de técnicas de análisis de forma aislada, sino que están en un marco de la planificación y gestión estratégica que permite develar las relaciones, los intereses y la participación de los actores involucrados.

En términos generales podemos afirmar que un análisis estructural participativo se caracteriza por lo siguiente:

- No parte de cero, es decir, aprovecha toda la información disponible para conocer a la comunidad y sus problemas.
- Posibilita el análisis de los problemas y revaloriza los elementos positivos que existen en la comunidad.
- Permite conocer problemas específicos particulares y concretos de cualquier aspecto de una comunidad.
- Es un proceso sencillo que permite obtener la información necesaria fácilmente, cuando la comunidad tiene conciencia y organización necesaria para realizarlo.





- Permite la participación de todas las personas involucradas en la solución de los problemas que afectan a la comunidad.
- Las acciones planeadas a partir del sentir comunitario comprometen a sus miembros y a las instituciones que participan.
- Es importante la presencia de asesores externos que faciliten procesos de discusión, reflexión y consenso entre los actores involucrados.

La cartografía social

Es un método de corte cualitativo que se caracteriza por recuperar el papel de los sujetos en la reconstrucción de los espacios vitales de una población a través de mapas geográficos, de relaciones y de bienes. Se utiliza la elaboración colectiva de mapas para poder comprender lo que ha ocurrido y ocurre en un territorio determinado, como una manera de alejarse de sí mismo para poder mirarse y comenzar procesos de cambio. “La importancia del ejercicio radica en la posibilidad de conversar, poner en común los saberes y prácticas.

Se trata entonces de un encuentro de la diversidad de estos saberes que confluyen y crean nuevos conocimientos para potenciar nuestra incidencia, ganar capacidad interpretativa y esclarecer el panorama para proyectarnos en escenarios comunitarios, institucionales, organizativos, en donde se toman las decisiones sobre el desarrollo territorial”⁵⁸ En términos prácticos, el ejercicio de elaborar mapas no es otra cosa que dibujar la realidad, empezando por lo más simple para, poco a poco ir creando un campo estructurado de relaciones que posibilita la traducción, a un mismo lenguaje, de todas las distintas versiones de la realidad que empiezan a ser subjetivamente compartidas y que sirven para construir conocimiento de manera colectiva. Desata procesos de comunicación entre los participantes y pone en evidencia diferentes tipos de saberes que se mezclan para poder llegar a una imagen colectiva del territorio. La cartografía en la metodología para el ASIS, debe apoyar el análisis de la situación de salud en el distrito de manera permanente.

Uno de los usos más frecuentes de la cartografía social es en la vinculación de los actores comunitarios a los procesos de configuración y significación de los territorios sociales, lo cual genera ventajas importantes de reconocimiento de la visión de los habitantes. Esta visión en diálogo con las lecturas técnicas y académicas de la realidad configuran un panorama de mayor posibilidad de legitimación de la acción institucional.

Categorías de análisis a partir de información cualitativa

La ocupación de territorio, las motivaciones para ello, los procesos y sus implicaciones, también deben comprenderse, así como la organización de los barrios y sectores frente al desarrollo de condiciones de vida, en términos de infraestructura de servicios públicos, accesibilidad vial, desarrollo comercial, acceso a beneficios de vivienda, educación y salud, entre otros.

La conformación de grupos sociales, ya sean de combos, pandillas o núcleos con alguna característica común, deben comprenderse desde cuáles son sus motivaciones, como se construyen, en que afectan en la dinámica social y cuáles son sus bases de constitución ideológicas, políticas, culturales o de identidad.





Otra mirada necesaria, es la del consumo de bienes y servicios, a través de los cuales se monitorea la satisfacción de las necesidades de la población; el acceso a electrodomésticos por ejemplo da cuenta de las expectativas y prioridades dentro del sistema de mercado, pero también confronta la capacidad de suplir necesidades. El acceso a telecomunicaciones como internet, da cuenta de la proporción de población con mayor probabilidad de contar con información oportuna y útil para su desarrollo y por tanto con mayor posibilidad de acceso a espacios educativos, de formación y laborales, lo cual se relaciona con el análisis de los niveles educativos y de alfabetismo de la población.

El acceso a vivienda adecuada y a servicios públicos sanitarios y básicos, también evidencia las posibilidades que tienen de contar con condiciones de calidad de vida para el desarrollo de sus expectativas, pues determinan de forma importante las condiciones de salud.

El análisis de la educación, los niveles educativos, su cobertura y calidad, se relacionan con la capacidades y habilidades de autocuidado y por tanto con la potencial posibilidad de acceso a servicios de salud, además de tenerse que analizar el impacto de otros determinantes como la movilidad y su influencia sobre la disponibilidad de tiempo libre, el estrés y los tiempos de desplazamiento de los usuarios.

La descripción de lo que se espera del análisis de determinantes, es una aproximación a muchos de los posibles análisis que de acuerdo al nivel territorial en el que se haga, los actores participantes y la información disponible, pueden ser logrados.

A. Genere mapas del territorio (croquis) como insumo para la cartografía social

Identifique el croquis de su territorio y ubique los accidentes geográficos, ríos, lagos, cadenas montañosas, zona rural y la zona urbana sí es el caso; luego coloque el equipamiento institucional como son los centros de salud, la alcaldía, los colegios, los jardines, los salones comunales, los cementerios, los centros de adulto mayor, la casa de la mujer, por referir.

B. Integre la información cuantitativa y cualitativa, ubique manera gráfica en los mapas de los territorios.

La integración de la información hace referencia a ir generando procesos de descripción, caracterización y análisis combinando los dos tipos de información, tanto la proveniente de los sistemas de información como la aportada por la comunidad para ir dando forma a la situación de salud desde esta perspectiva integrada donde el dato cuantitativo cobre dinamismo explicativo y comprensivo que entregue relaciones causales, de determinación y de ordenamiento social e histórico propio de cada territorio.

C. Caracterice y explique las condiciones y resultados de la situación de salud de los territorios

Generar una caracterización de las condiciones de salud y vida del territorio se convierte en un momento central del análisis de situación de salud, pero más aun la generación de explicaciones de dicha caracterización. Dicha explicación estará mediada por conexiones lógicas que a partir de analizar los modos de vida, prácticas y saberes de quienes dinamizan el territorio derive en





argumentos comprensivos de dicha realidad e identifique el papel de la acción individual y colectiva en la transformación, mejoramiento, y en los casos que amerite, mantenimiento de dichas condiciones.

Es importante recordar que el proceso de conteo es solo una parte descriptiva de dicha caracterización y, por lo tanto, limitarla a la exposición de los hechos solo desde lo numérico conllevará a explicaciones parciales del acontecer cotidiano relacionado con la salud. Por lo tanto, es el proceso de integración de estos conteos representados en indicadores o datos absolutos con las reflexiones y aportes de los actores lo que derivará en una aproximación más integral, explicativa y comprensiva de los resultados en salud que se analizan.

D. Determine y liste las necesidades y problemáticas de los territorios

Las necesidades humanas son atributos esenciales que se relacionan con la evolución, no son infinitas, no cambian constantemente y no varían de una cultura a otra; lo que cambia son los medios o las maneras para satisfacer las necesidades. Es indispensable, por tanto, conocer que son necesidades y que son satisfactores de estas necesidades.

Según Castellanos (1991) las necesidades de salud de un grupo social son la expresión del balance entre los procesos de la reproducción social de la sociedad y las acciones de salud y bienestar. Las necesidades que surgen en ese proceso y no son resueltas se manifiestan como variaciones del riesgo de enfermar o morir, eso por la frecuencia y comportamiento de los problemas de salud en ese grupo poblacional.

Se clasifican las necesidades según categorías existenciales y axiológicas estas son: ser, tener, hacer y estar y la necesidad de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Los satisfactores son los que facilitan que se supla la necesidad, por ejemplo: alimentación y abrigo son satisfactores de la necesidad de subsistencia. (Max Neef, 1993)

Es válido destacar, que cualquier necesidad humana fundamental no satisfecha de manera adecuada produce una patología, y hoy en día es posible encontrar una cantidad de patologías colectivas que aumentan de manera alarmante; la humanización y la transdisciplinariedad son las respuestas a esta problemática y quizás la única defensa para asumir el desafío del cambio. La interrelación entre necesidades, satisfactores y bienes económicos es continua, por lo que es necesario diseñar indicadores capaces de expresar la evolución y profundidad de patologías colectivas que puedan surgir de los problemas económicos más importantes del mundo actual: el desempleo, la hiperinflación, la marginalidad, la represión, entre otros, aspecto que se aborda en el análisis de desigualdades e inequidades en salud.

Así, al identificar los factores explicativos, su significado e influencia en la producción de la salud-enfermedad de un grupo social en un espacio y momento histórico, conlleva a constituir una estructura latente (según Lazarfeld)

En el análisis de dichas necesidades de salud, se hace necesario hacer la reflexión sobre la equidad, entendida como el principio fundamental e ineludible que debe orientar el proceso de



transformación de los servicios de salud en su doble dimensión de cantidad y calidad. Significa que no es posible obtener equidad sin el correspondiente análisis de calidad de los servicios frente a determinadas y específicas necesidades de salud de los diferentes grupos sociales en una sociedad concreta (Paganini, Chorny, 1994 citados por Castillo A 2004).

La inequidad en materia de salud denota claramente que existe insatisfacción de las necesidades de salud por cuanto posiblemente sea el resultado de una distribución inadecuada de los servicios de salud que no toma en cuenta las necesidades en salud de los grupos poblacionales.

En consecuencia, para que la ejecución de políticas de salud sea de carácter equitativo es fundamental conocer cómo se distribuyen las necesidades de salud en los distintos grupos poblacionales.

Los problemas de salud por su parte, han sido, entendidos como enfermedades, lesiones, condiciones o causas de muerte, los cuales se enmarcaron, en la dimensión biológica o biomédica. Esa forma de entender la salud de alguna manera dejaba las soluciones sólo en las manos del sector, aspecto que el análisis de situación de salud debe considerar teniendo en cuenta los siguientes aspectos de los problemas de salud:

- a) *Dimensión subjetiva*: los problemas de salud tienen en su definición una dimensión subjetiva que la aportan los actores sociales concernidos y no puede ser obviada. Todo esfuerzo de reconocimiento de la situación de salud en el nivel local que pretenda programar acciones para la transformación de la situación, debe incorporar la percepción e influencia cultural de las personas. Diferentes actores sociales tienden a identificar diferentes problemas y a jerarquizarlos de manera distinta, es por esta razón, que el ASIS debe construirse con la participación de diferentes actores sociales.
- b) *Periodo*: Los problemas de salud también se pueden identificar por los diferentes períodos del proceso salud-enfermedad (temprano, tardío). Mientras más tardío sea el período en el cual se identifica el problema de salud, menos sensibles son generalmente los indicadores a las variaciones de las condiciones de vida en el corto plazo. Esto por cuanto son mayores las mediaciones existentes (estrategias de sobrevivencia).
- c) *Potencialidad*: los problemas de salud pueden ser identificados también como problema potencial (procesos que significan mayor riesgo) como los indicadores de condiciones de vida que se relacionan con los procesos patológicos.
- d) *Productos finales*: En general los problemas de salud se consideran productos finales, es decir, causas de muerte, enfermedades y accidentes, en los diferentes grupos sociales. Para la identificación de problemas de salud, es útil contar con indicadores que se refieran a diferentes periodos del proceso salud – enfermedad.

Una diferenciación importante se debe hacer con referencia problemas de salud, entendiendo estos primeros como la manifestación de determinados eventos que afectan la salud de tipo mórbido (la ocurrencia de enfermedades), traumático (la ocurrencia de lesiones) o de muerte. Mientras que las necesidades de salud se reconocen como carencias (por defecto o por exceso) que deben ser abordadas por el sistema de salud, la presencia de estos dos conceptos en una





comunidad o población determinan unas características reconocidas como fragilidad social y vulnerabilidad.

Fragilidad social y vulnerabilidad

Esta es entendida, no con la acepción clásica referida solamente al riesgo, sino entendida como un estado de los individuos, familias, comunidades y poblaciones, en el cual tienen algún grado de limitación para contrarrestar las alteraciones provenientes del entorno sobre su bienestar. Se podría decir que es el escenario en el que se vive alguna necesidad en salud.

Aquí la noción de vulnerabilidad hace referencia a una condición de «fragilidad» debida a un desfase entre el acceso a las oportunidades que brinda el mercado, el estado y la sociedad y los activos de los individuos o grupos para aprovechar esas oportunidades.

El concepto de Fragilidad social: se ha estudiado desde diversas vertientes, la más estudiada es la de base socio demográfica que hace referencia a tres niveles:

1. Nivel individual: Son las características socio demográficas específicas de los individuos que los colocan en una situación de indefensión potencial o real, la pertenencia a un grupo de edad o etapa del curso de vida la residencia en un territorio hostil para la vida, la existencia de condiciones de elevada incidencia en la salud o vida familiar del individuo.
2. Nivel social: son las características de la trama social que impactan negativamente en la capacidad de respuesta frente a situaciones desfavorables ej. Violencia social o política, bajos niveles de organización para acciones de apoyo social o comunitario, fragmentación social.
3. Nivel Programático: Son las deficiencias del estado en generar respuestas que permitan disminuir la presencia de riesgos o determinantes que inciden negativamente sobre las poblaciones, ya sea para mejorar la capacidad de adaptación o resistencia de las poblaciones a las condiciones del entorno.

La ausencia del estado o su débil presencia o capacidad para desplegar acciones que compensen o reduzcan el impacto de las condiciones del entorno, constituyen una dimensión de la vulnerabilidad.

Construcción de Núcleos de inequidad sociosanitaria a nivel territorial

Como lo señala la Guía a nivel mundial se han descrito determinantes sociales de la salud de carácter económico, político, cultural o socio-ambiental que a través de diversas relaciones infieren en la salud de las personas. Sobre el particular la Resolución 2367 de 2023 en su anexo técnico Capítulo 3. Diagnóstico Situacional de Condiciones de Salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades, señala algunas de las Circunstancias y condiciones injustas que producen inequidad sociosanitaria en Colombia: a) Injusticias socioeconómicas b) procesos como el conflicto armado interno, la migración forzada y el narcotráfico; conflictos socio-ambientales y cambio climático; e Injusticias sociales en territorios de pueblos indígenas y comunidades étnicas.

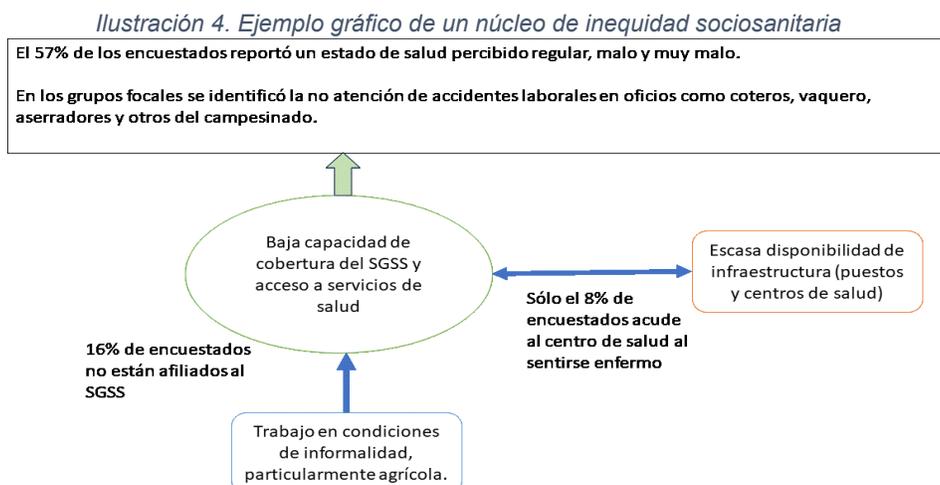




Sin embargo, se debe entender que cada entidad territorial tiene particularidades, que se originan en la historia de cada territorio. Dado esto, los determinantes sociales de la salud, que se identifican de manera general para el país, no generan los mismos procesos de determinación social de la salud en los contextos específicos, elementos que explica las inequidades en salud entre entidades territoriales y al interior de estas. Lo anterior hace necesario que cada entidad territorial, realice su propio análisis y priorización de las circunstancias y condiciones injustas que causan las inequidades en salud territoriales.

Para ello, se propone una organización por núcleos de inequidad socio-sanitaria entendidos como una herramienta de síntesis y priorización de los determinantes sociales que están produciendo resultados negativos en la salud de los diferentes grupos poblacionales o comunidades del territorio.

A continuación, un ejemplo gráfico construido por el equipo del Ministerio a partir del documento Salud sin fronteras -Plan comunitario de salud rural,² realizado en la región de la Macarena entre Meta y Caquetá. A manera de ilustración se identifica que el trabajo en condiciones de informalidad constituye un aspecto explicativo de la baja capacidad de cobertura del SGSS y de acceso a servicios de salud. Sumado a esto y, consecuencia de la propia organización del sistema de salud, hay una baja disponibilidad de puestos y centros de salud. Este conjunto de elementos conlleva a que en el caso de trabajadores que realizan oficios que son frecuentes del territorio, no cuenten con atención en salud para la prevención, atención y rehabilitación.



Fuente: Salud sin fronteras -Plan comunitario de salud rural⁵

⁵ Vega R, Rojas CP, Bedoya MI (2019). Salud sin fronteras -Plan comunitario de salud rural.





No sobra decir, que entendemos los determinantes sociales de la salud, como las Circunstancias y condiciones sociales injustas que infieren de manera diferenciada en los resultados de la salud de diferentes grupos poblacionales. Esta inferencia se da a través de relaciones, interacciones o vínculos, que se constituyen entre los determinantes sociales de la salud y el proceso de la salud-enfermedad y atención en un contexto territorial específico. Estas relaciones tienen características históricas, pueden ser dinámicas en el tiempo, y lo más relevante, pueden ser transformadas⁶.

En el ejemplo, dos de los determinantes sociales de la salud son: el determinante económico y el propio sistema de salud, influyen a través de diferentes mecanismos, como la prevalencia del trabajo informal, la no posibilidad de tener acceso a la atención de las personas, el no contar con programas de promoción de la salud, en un territorio, que ha estado en un contexto de conflicto armado interno, con baja respuesta estatal en salud. Esta serie de aspectos impiden una respuesta de atención adecuada a las necesidades en salud, que, a la vez, se reproducen en como parte del modo de vida campesina de la población.

En síntesis, el núcleo de inequidad socio-sanitaria reúne un conjunto de elementos, el determinante social de la salud, con las características propias que este tiene en un territorio, así como las relaciones que se establecen, entre el determinante social de la salud y el proceso de salud-enfermedad-atención, respecto de un evento o conjuntos de eventos en salud pública, que, a la vez, generan impactos en la vida de las personas, las familias y las comunidades.

A manera de orientación a continuación se enuncian algunas acciones para la descripción de los núcleos de inequidad socio-sanitaria:

- Realizar un análisis **comprensivo e integrado** de las fuentes: documentales utilizadas para describir el contexto territorial, la información cuantitativa de los desenlaces de morbi-mortalidad; y la información recogida en la cartografía social, como parte del proceso de participación social.

Con base en la Guía conceptual y metodología para la elaboración del ASIS, ¿cuáles son los problemas de salud pública priorizados para la Entidad Territorial? Describa de manera sucinta.

A partir de la identificación de las problemáticas priorizadas en salud pública y con base en la información del contexto de la ET y de la cartografía social, responda las siguientes preguntas:

⁶ Laurell, 1982; Gil, López Arellano, Rivera, 2014; Breihl, 2013.





¿Cuáles son las causas que explican un desenlace morbi-mortalidad u otro evento de salud pública priorizado?

¿Qué interacciones, vínculos o relaciones se dan entre las posibles causas, entre sí, y entre estas y los desenlaces de salud en la ET?

Las causas que tienen un rol de desencadenantes de otras causas, constituyen las causas-raíz, estas corresponden a los determinantes sociales de la salud en el territorio, y serán el centro del núcleo de inequidad socio-sanitaria. Procure, identificarlos tal y cómo se expresan en el territorio y evite formas genéricas como pobreza, NBI bajo, cultura, entre otras.

- Graficar y describir los núcleos de inequidad socio-sanitaria del territorio (Ver ejemplo arriba mencionado). Recuerde, que el núcleo incluye los determinantes sociales de la salud, las interacciones, vínculos y relaciones que estos tienen, en la cadena de explicación de los resultados del proceso salud-enfermedad-atención; y los eventos en salud pública priorizados.
- Identificar el posible Eje (s) estratégico del Plan Decenal de Salud Pública, a través del cual se puede transformar la realidad encontrada.

Paso 3. Priorizar los problemas de salud de los territorios con participación de los actores sociales

A. Jerarquice y Priorice los problemas de salud y los territorios con participación de los actores sociales

Se entiende como jerarquizar “Organizar acciones de acuerdo a unos criterios previamente definidos”, por su parte, *Priorizar* es seleccionar y ordenar objetos o situaciones. Este proceso es importante porque permite la reducción de desigualdades que conllevan o desencadenan inequidades en salud y por tanto la reducción de brechas en los resultados de salud. Por otro lado, la priorización también orienta los recursos de toda índole en el proceso de toma de decisiones en salud. La matriz de priorización es una herramienta donde se presentan diferentes criterios para definir un problema prioritario a resolver.

Para iniciar el proceso de priorización, se sugiere disponer mínimo del equipo de salud pública y de planeación, con una jornada de 2 a 3 horas. Antes de iniciar es importante recordar que el propósito del ejercicio es priorizar las problemáticas del territorio a partir del análisis de situación de salud para orientar la planeación de estrategias y acciones que aporten a las soluciones integrales en un periodo de cuatro años. A continuación, se definen los criterios con las respectivas alternativas ponderación:





Magnitud: Criterio que permite determinar el tamaño de un problema o necesidad. Hace referencia a la identificación de las características de las personas afectadas (grupos de edad, sexo, etnia, situación o condición, área geográfica), el comportamiento de los daños en el transcurso del tiempo, para determinar tendencias en la variación por regiones. Se refiere a qué tan grande e importante es un problema de salud y se puede medir a través de tasas de morbilidad y mortalidad generales y específicas. Se va a definir por cuartiles.

Baja: 1 cuartil (0 a 25%) Medio: 2 cuartil (26 a 50%) Alto: 3 cuartil (51 a 75%)
Muy Alto: 4 cuartil (mayor a 75%)

Pertinencia social e intercultural: Es la medición entre una necesidad real (tangible) de interés en salud pública, ante una percepción formal de la comunidad obtenida a través del ASIS participativo. En este caso la pregunta a responder es ¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy alto

Transcendencia: Permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicosociales, socioeconómicas, socioculturales de los daños en salud en las personas, las familias, las comunidades y el territorio. En este caso la pregunta a responder es ¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo? Se va a definir por cuartiles.

Baja: 1 cuartil (0 a 25%) Medio: 2 cuartil (26 a 50%) Alto: 3 cuartil (51 a 75%)
Muy Alto: 4 cuartil (mayor a 75%)

Capacidad de intervención: Se determina a partir de dos categorías: Factibilidad y Viabilidad

- ✓ ***Factibilidad:*** Se refiere a las posibilidades desde el punto de vista político, a través de las autoridades regionales, los planes nacionales de salud, el ministerio de salud, agencias, voluntarios y/o otras fuentes de intervenir y jerarquizar la resolución de los problemas de salud. Para algunos autores se refiere al costo – eficiencia de las actividades, y a la estimación de los resultados que se obtendrán utilizando recursos de costo conocido.

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy alto

- ✓ ***Viabilidad:*** Posibilidad de llevar un programa de salud con la voluntad política. Hace referencia al personal humano capacitado, recursos materiales e infraestructura, capacidad física instalada, capacidades básicas para la gestión de la salud pública en el territorio.

Ponderaciones: Bajo – Medio – Alto – Muy alto



B. Ejemplo de matriz para la priorización de problemas.

Usando una tabla/matriz como la siguiente se puede realizar una valoración de cada problema en salud (Tabla 3). Una posibilidad es realizarla de manera individual y posteriormente se comparte con el grupo los resultados, es necesario que un profesional del equipo dinamice el ejercicio y consolide la información en la matriz, obteniendo la priorización de las problemáticas que permitirá iniciar la planeación de las estrategias y acciones para aportar a solución de problemáticas en el territorio.

Tabla 3. Matriz de priorización de problemas

Criterios	MAGNITUD	PERTINENCIA SOCIAL E INTERCULTURAL	TRANSCENDENCIA	FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN	VIABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN
	¿Cuántas personas son afectados por el problema?	¿Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?	¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?	¿Es posible la intervención?	¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?
Problemas					
Problema A					
Problema B					
Problema C					

Paso 4. Emitir conclusiones y soporte documental del proceso

A. Liste las conclusiones del análisis de situación de salud que incluya, situación problemática, alternativas de solución y responsables

La acción de concluir se define como “determinar y resolver sobre lo que se ha tratado” (RAE, 2011), en este sentido corresponde a la parte final de cualquier proceso de investigación.

Las conclusiones “destilan lo esencial de todo el proceso enfatizando especialmente la riqueza de la evidencia empírica aportada y, a partir de ello, presenta la prospectiva que el investigador contribuye desde su propia reflexión” (Saravia, 2011). En este sentido, las conclusiones deben constituir generalizaciones científico teóricas, dar respuesta a los objetivos investigativos y a las preguntas formuladas, deben ser concretas y estar interrelacionadas con el análisis y la discusión de los resultados, es decir, dan respuesta a la pregunta formulada, demuestran la hipótesis planteada o comprueban los objetivos señalados y en general permiten sintetizar los resultados obtenidos de la investigación realizada.

Si bien no hay una regla clara de cómo presentar las conclusiones ellas deben exponerse de forma clara y concisa y el orden expositivo será el mismo que aquel del cual ellas se derivan, indicando aquellas que se consideren importantes y supongan un avance del conocimiento científico o tecnológico (Cegarra Sánchez, 2004), por lo cual se analizan las implicaciones de la





investigación y se establecen como se respondieron las preguntas de la investigación y si se cumplieron o no los objetivos. “El apartado debe redactarse de tal manera que se facilite la toma de decisiones respecto a la teoría, un curso de acción o una problemática” (Hernandez, 1991)

El proceso de emisión de conclusiones es el momento de la síntesis propiamente dicha, la cual es entendida un momento central para la unión de las partes que componen el análisis, esta permite la organización de cadenas explicativas y comprensivas de todo el análisis, por tanto para la organización de conclusiones se recomienda que sea basado en los ejes de síntesis previamente definidos y no desde cada variable, pues se puede presentar como un proceso aun en desarrollo, mientras que la síntesis va a dar cuenta de las respuestas hasta ahora encontradas con respecto a la situación de salud, haciendo el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas Se hace entonces necesario generar espacios de discusión presencial, no presencial y virtual, en que sea posible que cada uno de los participantes tenga acceso a dichas conclusiones.

B. Articule las conclusiones a soportes gráficos que permitan su comprensión

Como se refirió previamente, es necesario sacar el proceso de ASIS de una acción netamente técnica del sector salud y por lo tanto los soportes gráficos, esquemáticos y de tipo infográfico en general son importantes en todo el proceso, no solo en la gestión y consolidación de la información como se refirió en pasos previos, sino también al momento de expresar las conclusiones.

C. Genere los documentos propios del análisis: sencillos, comprensibles y aprehensibles por toda la comunidad

A medida que se tiene información producto del análisis, está se debe ir plasmando en documentos que cumplan con características de claridad y pertinencia para el público objeto de dicha información. Dichos documentos, pueden ser reportes de hallazgos, pero que contengan tanto las fuentes, como la descripción de lo encontrado y la representación gráfica.

Se recomienda que dichos documentos se planteen para la exposición de las variables que se tenga análisis en el momento oportuno y no esperar solo a contar con consolidados de todo el proceso, ya que se puede volver inoportuno, sumado a que puede perder interés la entrega de documentos demasiado extensos si se tiene en cuenta la población a la que se dirigirá el documento.

Es común encontrar documentos amplios con análisis interesantes, pero que no han cumplido el objetivo de haber sido dados a conocer a quienes tienen que ver con lo allí expuesto, normalmente hacen parte de documentos de planes de desarrollo ya sea municipal o departamental, pero no hacen parte de los documentos que la comunidad conoce y apropia como suyos.

La recomendación es entonces construir documentos sencillos, de fácil alcance y difusión entre la comunidad y no solo para manejo institucional.





D. Genere propuestas de respuesta y recomendaciones en el territorio en el marco del PDSP 2022-2031 y el modelo de salud preventivo -predictivo fundamentado en la atención primaria en salud

El análisis de situación construido con la participación activa de los actores institucionales y comunitarios en el territorio, ha permitido identificar las problemáticas con una visión más amplia desde el sentir de las comunidades, así como la capacidad de respuesta que se ha tenido frente a las mismas.

Ahora bien, entendiendo los acuerdos de la sociedad como un proceso de concertación dinámico, que parte de las realidades y debe permitir una construcción permanente, desde su conocimiento y experiencia como territorio, se hace necesario plantear sus propuestas de respuesta y recomendaciones en coherencia con el Modelo de salud Preventivo y predictivo, para esto se anexa matriz.

Tabla 4. Relación Ejes PDSP y Modelo Preventivo Predictivo y Resolutivo

PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
Integridad del Sector Salud	Calidad e inspección, vigilancia y control.		Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales con mecanismos fortalecidos para el ejercicio de la Rectoría en Salud.		
	Sistema único público de información en salud.			Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.		
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública	sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales fortalecidas como autoridad sanitaria local para la Gobernanza en Salud Pública.		
	Vigilancia en Salud Pública			Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación que participan e inciden de manera efectiva en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias para la garantía del derecho fundamental a la salud.		
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.					
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud	Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesina, mujeres, sectores LGBTQ+ y	Contar con elementos para la acción que le permita	Políticas, planes, programas y estrategias en salud con		





PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
		otras poblaciones por condición y/o situación.	aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias	transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integración de los sistemas de conocimiento propio y saberes de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.		
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad			Gobiernos departamentales, distritales y municipales que lideran el desarrollo de estrategias para el reconocimiento de contextos de inequidad social, étnica y de género y la generación de respuestas intersectoriales v - transectoriales.		
				Espacios e instancias intersectoriales que incluyen en sus planes de acción la transversalización de los enfoques de pueblos y comunidades, género y diferencial e integran los sistemas de conocimiento propio de los pueblos y comunidades étnicas y campesinas.		
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Prácticas, saberes y conocimientos para la salud pública reconocidos y fortalecidos para Pueblos y comunidades étnicas, mujeres, población campesina, LBGTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.		
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad	Eje 3. Determinantes sociales de la salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la	Entorno económico favorable para la salud		
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Participación social en salud			Transformación cultural, movilización y organización social y popular por la		





PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
			definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas sociosanitarias.	vida, salud y la equidad en salud. Territorios saludables articulados y trabajando por la paz, la convivencia pacífica y la resiliencia.		
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.			Integración del cuidado del ambiente y la salud en el marco de la adaptación al cambio climático.		
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.					
Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIISS.	Eje 4. Atención Primaria en Salud		Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales que conforman territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso de salud.		
	Territorialización, conformación, coordinación y gestión de las RIISS.		Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho fundamental a la salud.	Entidades Territoriales Departamentales, Distritales que organizan la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas territoriales bajo un modelo de salud predictivo, preventivo y resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud — APS con criterios de subsidiaridad y complementariedad.		
	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el cuidado de la salud.		Agentes del sistema de salud que garantizan el acceso de la población con criterios de longitudinalidad, continuidad, puerta de entrada, enfoques familiar y comunitario con acciones, universales, sistemáticas, permanentes y participativas bajo			





PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES	
				un enfoque familiar y comunitario fundamentado en la Atención Primaria en Salud - APS.			
	Fortalecimiento del nivel primario con Equipos Básicos de Salud y Centros de Atención Primaria en Salud			Nivel primario de atención con equipos de salud territoriales y centros de atención primaria en salud fortalecidos en su infraestructura, insumos, dotación y personal de salud como puerta de entrada y primer contacto con el Sistema de Salud, para dar respuesta a las necesidades en salud de la población de su territorio,			
	IPS de mediana y alta complejidad fortalecidas para el trabajo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS			Instituciones de salud públicas de mediana y alta complejidad fortalecidas en infraestructura, insumos, dotación, equipos y personal de salud para resolver de manera efectiva y con calidad las necesidades en salud que requieren atención especializada a través de un trabajo coordinado en redes integrales e integradas territoriales de salud.			
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria y transectorialidad.	Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo (como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas), por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de	Políticas en salud pública para contribuir a la mitigación y adaptación al cambio climático.			
	Participación social en salud						
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.				Nivel Nacional y entes territoriales preparados y fortalecidos para la gestión del conocimiento, prevención, y atención sectorial e intersectorial de emergencias, desastres y pandemias.		
Territorialización social, Gobernanza y Gobernabilidad	Vigilancia en Salud Pública						
Redes integrales e integradas de servicios de salud	Gestión territorial para la conformación y operación de las Redes Integrales e Integradas de					Conocimiento producido y difundido y capacidades fortalecidas para prevenir y atender	





PILAR DEL MODELO DE SALUD RELACIONADO	COMPONENTE DEL MODELO DE SALUD	EJE PDSP 2022-2031	OBJETIVO POR EJE ESTRATÉGICO	RESULTADOS ESPERADOS POR EJE PDSP 2022-2031	PROPUESTA DE RESPUESTA	RECOMENDACIONES
	Servicios de Salud y el cuidado de la salud.		políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.	el impacto del cambio climático en la salud pública,		
Integridad del Sector Salud	Ciencia, tecnología e innovación.	Eje 6. Conocimiento en Salud Pública y soberanía sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de Tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.	Decisiones en salud pública basadas en información, investigación y el máximo desarrollo del conocimiento científico lo que incluye reconocer la cosmovisión y los saberes propios los pueblos y comunidades,		
	Soberanía Sanitaria			Capacidades fortalecidas para la gestión del conocimiento en salud pública		
Trabajo digno, decente y condiciones de equidad para los trabajadores de la salud	Distribución del talento humano en salud, redistribución de competencias y trabajo digno y decente.	Eje 7. Personal de salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.	Capacidades consolidadas para la gestión territorial de la salud pública		
				Talento Humano en Salud formado para la gestión integral de la salud pública		
				Sabedores ancestrales y personal de salud propio, reconocidos y articulados a los procesos de la gestión de la salud pública en los territorios,		





3.1.3. Socialización y posicionamiento

Ilustración 5. Pasos y actividades del momento de Socialización y Posicionamiento del ASIS



Paso 1. Determinar y construir los medios y alternativas para socializar el ASIS

A. Garantice la comunicación asertiva e incluyente de los resultados del ASIS a través de los medios con que se disponga en el territorio.

Ahora bien, una vez escrito, plantear mecanismos para divulgar dicha información y por tanto para obtener retroalimentación de su contenido.

Entre los mecanismos más utilizados están los boletines, entendidos estos como un medio escrito de divulgación de información concisa con respecto al asunto en cuestión, que permite la incorporación de opciones gráficas, la utilización de colores y letras para resaltar algún elemento específico, puede ser de bajo costo y cubrir mayor número de población.

También se utilizan posters o carteles que se exponen en sitios públicos, favorecen la presentación de un asunto específico, la población a la que llega es menor que la del boletín, pues por estar fijo en un lugar, solo será objeto de lectura de quien llegue allí. El uso de colores, tablas y gráficas es característico de este tipo de medio y lo hace más llamativo a su lectura.





Un elemento bastante común es la construcción de anuarios estadísticos, esta herramienta es bastante útil, pues como su nombre lo dice, da cuenta de un número de indicadores de la población en un periodo de tiempo, los cuales normalmente se utilizan para asuntos de planeación de política, es más, se puede considerar como un recurso bastante útil para este aspecto, sin embargo se insiste en la necesidad de ir más allá del dato y de plantear documentos que expliquen dichos indicadores.

Grabaciones para ser transmitidas a través de medios auditivos y visuales como radio y televisión, son opciones que se pueden considerar. Es común que muchos municipios cuenten con emisora local, aspecto que favorece la difusión de información de este tipo, ya que tendrá una buena cobertura de población. La construcción de una grabación con información de análisis de situación de salud debe ser cautelosa, utilizar un lenguaje adecuado y plantear elementos de interés para llamar la atención, pues en la medida en que no se cuenta con el elemento visual, se disminuye las posibilidades de comprensión por parte de la población en general.

Otro aspecto para la divulgación, es tener en cuenta los escenarios de encuentro político y social, los cuales deben estar plenamente identificados, pues fue posible que se utilizaran como escenario para el análisis, por lo que se recomienda volver a ellos con resultados de dicho análisis, para favorecer tanto la retroalimentación de la información como la incorporación de la misma en la toma de decisiones.

B. Propicie la continuidad de los espacios participativos para la socialización

El proceso participativo iniciado con el reconocimiento de las problemáticas del territorio, debe ser continuado hasta el momento de la socialización y de manera crucial en la planeación y toma de decisiones. Los espacios o escenarios participativos se deben establecer como mecanismos democráticos de construcción de ciudadanía y por lo tanto la tendencia debe ser a la permanencia en los diferentes procesos de la gobernabilidad y no solo restringirse a un momento único de un proceso determinado.

Paso 2. Realizar la socialización a diferentes actores y sectores del territorio

A. Garantice que todos los actores sociales conozcan los resultados de los espacios participativos reflejados en el ASIS

Como se planteó en el ítem anterior, es necesario buscar formas de divulgación de los resultados del análisis, aspecto que se plantea en la medida en que se considera que los resultados del análisis no pueden hacer parte solo de las bibliotecas o archivos institucionales, sino que debe ser un medio para buscar transformaciones de las realidades territoriales y sociales.

Los actores son todos quienes hacen parte de la población objeto de análisis, por lo tanto, no es suficiente con presentarlo ante los entes gubernamentales o institucionales, si no se presenta a la comunidad en general.





Para lo cual es importante además de lo anterior buscar mecanismos adecuados según los aspectos de tipo poblacional diferencial, ya sea por etapas del ciclo vital (no es lo mismo presentar a niños que adultos mayores), ya sea por asuntos de etnia y cultura, o por aspectos relacionados con las capacidades individuales.

Por lo tanto, la presentación de dichos resultados no solo debe garantizar cobertura de la mayor población posible, sino calidad de la información brindada de acuerdo a las características tanto poblacionales, como sociales y económicas.

B. Promueva la vinculación de diferentes sectores en la apropiación del ASIS.

En el territorio es común que cada sector tenga los llamados diagnósticos propios de sus realidades y que haya segmentación en el reconocimiento de la realidad. Por lo tanto, al ser la salud un espacio del proceso vital que depende de toda la complejidad individual y colectiva, el proceso del ASIS se debe convertir en un proceso convocante para la acción y de ahí la necesidad de vincular, comunicar y apropiar este proceso por parte de los diversos sectores propios de la organización del estado y de las organizaciones sociales y comunitarias, así como el sector privado.

C. Incluya espacios participativos con fines diversos como las rendiciones de cuentas, asambleas y encuentros que se den en los territorios.

Con el objetivo de apropiar los resultados del ASIS y su uso efectivo en la gestión del territorio, es importante vincular la socialización en todos los espacios previamente establecidos de interacción con los diferentes actores y sectores presentes, que permita su conocimiento y amplia difusión en las diferentes instancias como insumo para la toma de decisiones en busca de mejores resultados.

Paso 3. Entregar el ASIS a las instancias para la toma de decisiones en salud a nivel territorial y nacional

A. Garantice que los tomadores de decisiones cuenten con el insumo del ASIS.

El análisis de situación de salud tiene sentido en la medida en que la información surgida es utilizada en la toma de decisiones que se vean reflejadas en propuestas y acciones de respuesta sobre la situación encontrada. En este sentido es necesario organizar la información encontrada para así definir la necesidad de una acción para mejorar o mantener la salud de las poblaciones.

En este sentido la OPS (1999) ha planteado que el ASIS tiene diversos propósitos, y su importancia radica en contribuir con la información que el componente técnico requiere para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. En particular, los propósitos son apoyar:

- La definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia.
- La formulación de estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento.





- La construcción de escenarios prospectivos de salud.

Es decir, los ASIS sirven para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la diseminación de información en salud. La meta principal de los ASIS es contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

Otros a su vez plantean que el ASIS permite:

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

B. Gestione la articulación del ASIS a la continuidad del proceso de planeación integral

En este sentido cabe tener en cuenta que la información encontrada por lo general implica para la acción que se involucren otros sectores y actores, por tanto, la organización que se haga de la misma llevará a definir las competencias de cada sector al respecto.

Se hace necesario tener en cuenta que el ASIS no termina con la presentación de resultados sino que requiere de la difusión y presentación a diferentes actores sociales con los que se analizan los problemas y necesidades de salud, para luego establecer las responsabilidades de los distintos actores sociales según la naturaleza de los determinantes respectivos, que deben ser considerados y las manifestaciones que se derivan de los problemas de salud que es preciso atender.

Al respecto se hace pertinente enunciar la importancia de la información surgida para diferentes sectores en la orientación de su accionar (CENDEISS, 2004), para los servicios de salud y otros sectores la explicación y el análisis de los problemas de salud permite la identificación de los determinantes sociales de la salud local, su importancia y naturaleza. Esto, se convierte en insumo para las acciones e intervenciones de promoción de la salud que asumen los servicios de salud; a la vez, posibilita reconocer las que pertenecen a otros sectores o actores sociales para generar acciones intersectoriales. Es importante recordar que los servicios de salud no pueden resolver todos los problemas asociados a los determinantes sociales por su carácter interdisciplinario y de abordaje interinstitucional; corresponde a los servicios de salud del nivel local ejercer el liderazgo para denunciar las situaciones que afectan la salud e involucrar a los actores sociales que con la participación activa, y desde sus instituciones, organizaciones o grupos, interpongan los recursos necesarios y eficaces.



Por otro lado, las manifestaciones de los problemas, se convierten en insumos para definir las acciones de índole preventiva, promocional y curativas propias de la atención primaria en salud bien, y en coordinación con los sectores externos al sistema de salud. Por tanto, este momento del ASIS es clave para articular responsabilidades, dar especificidad e integralidad al trabajo por la salud en las poblaciones.

Promueva la gestión de alternativas de solución para los problemas y necesidades identificados en los territorios.

Al respecto se presentan algunas preguntas orientadoras para determinar tanto las competencias de cada sector como los plazos para el accionar y el nivel al que se debe llegar con la acción, es decir si es suficiente con una actividad, un programa o si se requiere llegar a la formulación de políticas públicas.

Preguntas para definir ámbito de competencia (CENDEISS, 2004)
1. ¿Quién tiene injerencia en la solución de riesgos a la salud?
2. ¿Qué actores sociales están involucrados?
3. ¿Qué estrategias y acciones debería desarrollarse desde la perspectiva de la atención integral y por tanto de derechos?
4. ¿Qué estrategias y acciones deberían desarrollarse desde la perspectiva de la participación social?
5. ¿Con cuáles actores sociales y en qué aspectos se establecería la ejecución y coordinación con acciones en salud?
6. ¿Qué tiempo involucra la respuesta, corto, mediano, largo plazo?
7. ¿Qué alcance requiere la acción a la respuesta, local, regional o nacional?
8. ¿Cómo se involucra la respuesta con compromisos internacionales?
9. ¿Con que recursos financieros se cuenta para definir las acciones?
10. Otras que se consideren pertinentes.





Referencias bibliográficas

- Barcellos C., Buzai G. (2007) La dimensión espacial de las desigualdades sociales en salud: aspectos de su evolución conceptual y metodológica En: Anuario de la División Geografía 2005-2006. Departamento de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Luján. pp. 275-292. Disponible en www.gesig-proeg.com.ar/.../2007-Barcellos-Buzai-Anuario.pdf consultado junio 2011
- Casell, G., Vallin, J., & Wunsch, G. (2006). Demography: Analysis and Synthesis (p. 2857). Elsevier Inc.
- Castellanos, Pedro Luis. Salud Pública, Ed. Martínez Navarro. 1998
- Castellanos, Pedro Luis. Organización Panamericana de la Salud.1990.
- Barrenechea Juan José, Trujillo E, Chorny A. Implicaciones para la Planificación y Administración de Sistemas de Salud. Universidad de Antioquía Medellín, Colombia. 1990. pág-39
- Diccionario Manual de la Lengua Española, 2007 Larousse Editorial, S.L. http://library.fgcu.edu/RSD/Instruction/handouts/handout-primary_secondary.pdf
- CEPAL (2011)Hacia una nueva definición de “rural” con fines estadísticos en América Latina. Colección Documentos de proyectos.Santiago de Chile. Disponible en http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/43523/Serie_W_397.pdf consultado junio de 2011.
- DANE (2008) Sistema de Estadísticas Vitales 2008. Disponible en <http://www.dane.gov.co>.
- Heggenhougen, H. K., & Quah, S. R. (2008). International Encyclopedia of Public Health. (H. K.
- Heggenhougen & S. R. Quah, Eds.)Angiogenesis (Vol. 1, p. 4368). Elsevier. Doi: 10.1023/A:1018390023828.
- http://www.unal.edu.co/siamac/sig/publica/analisis_es.pdf
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC.Sistema de Información Geográfica para la Planeación y el Ordenamiento Territorial – SIG-OT. Disponible en <http://sigotn.igac.gov.co/sigotn/>consultado julio de 2011.
- Juliana A. Maantay· Sara McLafferty (Editors) (2011). Geospatial Analysis of Environmental Health.Springer New York.
- Jaimes, M. B. (2010). Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud.
- Larsen, B. (2004), Cost of environmental damage. A Socio-Economic and Environmental Health Risk Assessment.
- McKeon, T. (1978). Determinants of Health. Human Nature Magazine, April, 70-76.
- MPS. (2006). Decreto 3518 de 2006 - Creación y reglamentación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - Ministerio de la Protección Social.
- MPS. (2008). Resolución 425 de 2008. Disponible en http://unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/resoluci%C3%B3n425de2008.pdf.
- MPS-UdeA. (2009). Análisis de situación de salud para Colombia. Tomos Varios.
- OMS. (2011). Organización Mundial de la Salud. www.who.int. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- OPS. (1999). Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS). Boletín Epidemiológico Organización Panamericana de la Salud, 20(3).





- OPS. (2011). FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud de la población. [www.paho.org](http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP_01.htm). Retrieved 2011, from http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP_01.htm.
- PAHO. (2001). Health indicators: building blocks for health situation analysis. Epidemiological bulletin, 22(4), 1-5. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12058680>.
- RAE. (2001). Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición. Real Academia Española. Disponible en http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cultura.
- Real Academia de la Lengua RAE. Disponible en <http://rae.es/rae.html> consultado consulta 2012 -2013
- República de Colombia. Ministerio del Interior y de Justicia. Ley 1454 de junio 28 de 2011.Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial (LOOT). Disponible en <http://www.mij.gov.co/Ministerio/Library/News/Files/CARTILLA%20LEY%20ORGANICA%20DE%20ORDENAMIENTO%20TERRITORIAL72.PDF> consultado agosto de 2011.
- Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). Modern Epidemiology (terceraed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Solar O, I. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of Health. Social Determinants of health discussion Paper 2. Production (p. 79). Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2009). Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. Organization. disponible en http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf.
- WHO Europe. (1984). Health promotion concepts and principles ICP_HSR_602__m01.pdf. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/ICP_HSR_602__m01.pdf.





Anexos

- Fichas territoriales que incluye indicadores trazadores en aspectos básicos de demografía, vigilancia, inmunización, prestadores y aseguramiento.
- Presentaciones departamentales con su capital que contiene datos demográficos, comportamentales, mortalidad, morbilidad y eventos de interés en salud pública.
- Indicadores de mortalidad y letalidad.
- Informes del comité de seguridad y salud en el trabajo.
- Análisis de Situación de Salud último disponible.

