

Curso Gestión Local en Salud para Técnicos de Atención Primaria

U n i d a d m o d u l a r NUEVE

Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS)

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

**Universidad de Costa Rica
Vicerrectoría de Acción Social
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública**



Comité Editorial

Raúl Torres Martínez
Álvaro Salas Chavez
Alcira Castillo Martínez
Rossana García González
Patricia Redondo Escalante
José Miguel Rojas Hidalgo

Equipo de Producción

Asesoría pedagógica y metodológica: Raúl Torres Martínez.
Corrección filológica: Raúl Torres Martínez
Apoyo secretarial: Carmen Villalobos Céspedes, Juan Manuel Sanabria Mora, Dunia Masís Herra.

Coordinación del Curso

Coordinación institucional por CENDEISSS
Carlos Fuentes Bolaños

Coordinación académica por UCR
Aurora Sánchez Monge

Coordinación general por UCR
Alcira Castillo Martínez

Colaboración en el Curso

Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Primera edición, 2004

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

Todos los derechos reservados
Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa del CENDEISSS.

Las opiniones y contenidos de las unidades modulares, no necesariamente evidencian la posición y las perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Autoría de Contenidos

Esteban Avendaño Fernández
Pedro González Morera

Contenido

<i>PRESENTACIÓN</i>	6
<i>I. ELEMENTOS CONCEPTUALES GENERALES SOBRE ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTEGRAL EN SALUD</i>	9
<i>A. CONCEPTOS BÁSICOS</i>	9
1. Definición del problema	9
2. Problema de salud	11
3. Actor Social	12
<i>B. CONCEPTO DE ANALISIS DE SITUACIÓN INTEGRAL EN SALUD</i>	13
1. Definición de situación	13
2. El concepto integral en el análisis de situación en salud	14
3. Análisis de Situación Integral en Salud	16
<i>II. MOMENTOS METODOLOGICOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ASIS</i>	18
<i>A. INTRODUCCIÓN</i>	18
1. Generalidades	18
2. Identificación cuantitativa de problemas por los servicios de salud	19
3. Primera priorización de problemas	21
4. Recolección de información sobre los problemas de salud y sus determinantes desde la perspectiva de la comunidad (información cualitativa)	23
5. Identificación de determinantes de los problemas de salud evidenciados	25
<i>B. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DENTRO DEL ASIS</i>	27
1. Rol del actor social en el proceso de ASIS	27
2. Organización y convocatoria de actores sociales	28
3. Proceso de concertación	29
<i>C. FINALIDADES DEL PROCESO</i>	31
1. Conocimiento de la realidad de la población estudiada	31
2. Planificación y programación de actividades	31
<i>III. PAPEL DEL TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL ASIS</i>	34
<i>A. EL TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DENTRO DE LOS SERVICIOS DE LA CCSS</i>	34
<i>B. FUNCIONES DEL ATAPS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL ASIS</i>	36
1. Recolección de información	36

a. Recolección de información cuantitativa _____	36
b. Recolección de información cualitativa _____	37
c. Importancia de la información _____	38
2. Otras Actividades _____	39
a. Priorización de grupos de riesgo _____	39
b. Identificación y registro de actores sociales _____	39
c. Contribución en la convocatoria de fuerzas vivas de la comunidad _____	39
d. Análisis de problemas. _____	39
e. Determinación de intervenciones _____	40
IV. EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL ESTUDIANTE _____	42
V. RESPUESTA A LOS EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN _____	45
BIBLIOGRAFÍA _____	47

Presentación

El análisis de situación integral de salud (ASIS) es una herramienta fundamental tanto para la planificación de los servicios de las instituciones del sector salud, como para la definición de estrategias interinstitucionales que mejoren el estado de salud de grupos poblacionales en riesgo.

Este proceso aún es sujeto de discusión y puede ser abordado desde diferentes ángulos. Además, no existe una metodología única que asegure el éxito del mismo, cuya construcción debe necesariamente variar lo que depende de las características del espacio poblacional en el que se realice.

La presente unidad modular, en su primer apartado, aclara en el lector el concepto de ASIS, uniéndolo, además, a los conceptos de salud y participación social estudiados en unidades anteriores.

En el segundo apartado se propone una metodología que puede ser usada por el personal de salud como guía para la puesta en práctica del proceso, que como se mencionó, debe adaptarse a las peculiaridades de cada lugar.

Finalmente, se pone de relieve la importancia del trabajo diario del técnico de atención primaria en salud (ATAPS) en la realización de este proceso.

Claves

**Objetivo
específico**

O

Ejemplo

Ej.

**Resumen
parcial**

Res.

Objetivo General de la Unidad Modular nueve

Comprender y manejar el concepto de ASIS, los elementos que lo componen y el papel del técnico de atención primaria dentro de una propuesta metodológica para su realización, con el fin de facilitar su construcción por parte del equipo de salud en el primer nivel de atención.

I. ELEMENTOS CONCEPTUALES GENERALES SOBRE ANÁLISIS SITUACIÓN INTEGRAL EN SALUD (ASIS)

O

Aportar herramientas para la comprensión del proceso de construcción del ASIS a través del estudio de los conceptos que lo sustentan.

A. CONCEPTOS BÁSICOS

1. Definición del problema

En general, el término **problema** puede tener un sinnúmero de acepciones. Para efectos de esta unidad, se definirá problema como la existencia de algún grado de diferencia entre una realidad percibida y una realidad deseada; es decir, entre lo que se ve que está sucediendo en relación con determinada situación y lo que se cree que debería suceder.

Ej.

En una familia el ingreso económico mensual no alcanza para comprar suficiente arroz, frijoles, carne y otros alimentos para tener una dieta balanceada. En este caso, la situación real es el hecho de que la familia no tiene recursos suficientes para cubrir su alimentación básica. La situación deseada es que la familia tenga suficientes ingresos para cubrir todas sus necesidades. El **problema** está en que **no alcanza** el dinero.

Una misma realidad puede variar de un observador a otro. Lo que es percibido como un problema por un sujeto puede no serlo para otro lo que depende de sus intereses, conocimientos y experiencias particulares.

Ej.

Para un asistente técnico de atención primaria en salud (ATAPS) la obesidad o sobrepeso en los niños en una comunidad determinada es un problema de salud. En este caso, la situación deseada por el ATAPS es que los niños tengan un peso normal. Por otro lado, para las madres de esa misma comunidad un niño “gordito y rosadito” es motivo de alegría, sin tomar en cuenta su peso. El problema para las madres sería que el niño se viera “flaco” aunque tuviera un peso adecuado para su edad.

De lo anterior, se desprende que un problema puede ser percibido desde diferentes ópticas:

- a. Como una molestia, considerada por determinado grupo comunal u otro actor social.

Ej.

Las calles de lastre y en mal estado de una comunidad rural, constituyen el problema prioritario para sus habitantes, pues dificultan la comercialización de los productos agrícolas producidos en la zona.

- b. Como indicador de un determinado proceso que tiene valores reales que difieren de los valores deseados.

Ej.

Una tasa de alfabetización¹ muy inferior a la nacional en un determinado cantón.

- c. Como un indicador de resumen o de resultado final de determinados procesos sobre el estado de salud.

Ej.

La alta tasa de mortalidad por infarto agudo del miocardio en una comunidad urbana.

¹ Tasa de alfabetización es el número de personas mayores de 15 años que sabe leer y escribir dividido entre el total de la población mayor de 15 años.

2. Problema de salud

Al ser la salud un producto social, las causas de la enfermedad deben ser buscadas en todos los ámbitos sociales (determinantes de la salud, tal y como se estudiaron en la unidad modular 2), y los problemas de salud no sólo deben ser definidos en función de la aparición de enfermedades (como tradicionalmente se entienden) sino en función del bienestar social e individual. En otras palabras, la concepción holística de salud implica la interacción compleja de un sinnúmero de determinantes que involucran a todos los sectores de la sociedad y, por lo tanto se escapan del quehacer de una sola institución o comunidad.

Una de las responsabilidades del equipo de salud, es delimitar y escoger los problemas prioritarios a través de indicadores de enfermedad y muerte. Estos se deben entender no como los únicos problemas posibles, sino como **indicadores resumen o indicadores de desarrollo**; es decir como el resultado final de toda la compleja interacción de los factores que se ha hablado. Estos indicadores tienen la ventaja de ser fáciles de medir y analizar por el equipo de salud e implican un impacto visible, medible y estudiable de una serie de necesidades que actúan sobre la salud del individuo, aunque muchos tienen la desventaja de no poder ser aplicados a poblaciones pequeñas. A estos indicadores contextualizados en un espacio poblacional determinado (por ejemplo, en los adolescentes de un distrito), los definimos como **problemas de salud**.

Problema de Salud (Concepto)

Es el impacto visible de una serie de necesidades o carencias, sobre la salud de un individuo o grupo de individuos. Dicho impacto puede ser medido y estudiado a través de indicadores de enfermedad y muerte contextualizados en un espacio geográfico y poblacional.

Ej.

El equipo de salud en conjunto con la comunidad, determina como problema la **parasitosis intestinal**, debido a **la gran cantidad de niños que la padecen**. También ha habido algunas **muertes** atribuidas a la enfermedad. Después del análisis del problema, el equipo encuentra que entre sus determinantes están la mala alimentación, el aseo deficiente y la mala calidad del agua para consumo humano. Esto, a su vez, es causado por la pobreza, el desempleo y otra serie de factores. Estos hechos pueden ser mejorados por individuos grupos e instituciones trabajando en conjunto. El problema de salud es la parasitosis en los niños de la comunidad y lo demás son factores o necesidades que condicionan su aparición.

3. Actor Social

Como se ha señalado, el ASIS es un proceso que requiere de la participación de quienes actuando conjuntamente producen el estado de salud de un grupo poblacional determinado, lo que incluye tanto a los miembros del grupo poblacional como a organizaciones con capacidad de influir sobre los determinantes de la salud. A estos sujetos se les llama actores sociales.

Actor Social (Concepto)

Son “sujetos individuales o colectivos que desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los hace estratégicos en procesos de construcción colectiva” (Castillo, A, et. al., 2004).

Ej.

Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, líderes locales, iglesias, cámaras de comercio, ministerios, y en general, todo individuo, grupo u organización cuyo accionar influye sobre una población determinada

Los actores sociales pueden tener ámbito de influencia local, regional o nacional. Dentro del grupo de actores sociales se encuentran los **líderes comunales** que son individuos u organizaciones de la comunidad que tienen influencia a nivel local. Son sujetos que participan más activamente en la toma de decisiones y tienen liderazgo sobre el grupo al que pertenecen; sin embargo, toda persona que vive en una comunidad de una u otra forma es un actor social. Aunque la participación social engloba a la participación comunitaria, no se puede hablar de la primera tomando en cuenta únicamente actores del nivel local (comunidad), sino que deben incluirse las agencias locales de las instituciones del Estado, que trabajan en la mejora de la calidad de vida de los colectivos sociales.

B. CONCEPTO DE ANALISIS DE SITUACIÓN INTEGRAL EN SALUD

1. Definición de situación

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

Ejemplo

La situación de un campesino puede ser:	
Tipo de contexto	Descripción
Temporal	Año 2004
Geográfico	Zona montañosa, al norte de la capital...
Social	Religión predominante cristianismo (en diferentes credos-catolicos, protestantes...), lugar de reunión y eventos, el parque, las iglesias o lugares en que se practican las ceremonias religiosas...
Económico	Ingreso promedio mensual ciento cincuenta mil colones.
Ecológico	Aire limpio, basura en lugares adecuados para su disposición, etc.
Biológico	45 años, peso adecuado para su estatura (eutrofia), no padece de enfermedades crónicas, madre diabética...
Servicios de Salud	El centro de salud más cercano (sede del EBAIS) está a media hora de su casa (sólo puede llegar a pie o a caballo, pues no hay servicio de transporte público).

Por otro lado

Ejemplo

La situación de una persona que vive en una ciudad puede ser:	
Tipo de contexto	Descripción
Temporal	Año 2004
Geográfico	La capital.
Social	Religión predominante cristianismo (en diferentes credos-catolicos, protestantes, etc.) Lugar de reunión y eventos: principalmente el mall u otros centros de compras, etc.
Económico	Ingreso promedio mensual ciento cincuenta mil colones.
Ecológico	Aire con alto contenido de humo producido por automóviles, ruido ambiental, basura en lugares no adecuados para su disposición, etc.
Biológico	45 años, peso no adecuado para su estatura (obesidad), no padece de hipertensión arterial, etc.
Servicios de Salud	El centro de salud más cercano (sede del EBAIS) queda a quince minutos a pie y tres en automóvil.

2. El concepto integral en el análisis de situación en salud

Integral quiere decir total, completo o global (Monreal, J.). Para que un análisis de salud sea integral tiene que tomar en cuenta todos los factores que intervienen en la producción de la salud, tanto en forma positiva como negativa. Como se dijo en unidades modulares anteriores, estos factores son **determinantes del estado de salud**. Estos pueden ser interpretados en forma diferente, lo que depende del punto de vista y la percepción de la realidad de cada uno de los actores sociales. Para garantizar la **integralidad** del proceso estas interpretaciones tienen que ser tomadas en cuenta a la hora de realizar el análisis.

**Integral
(Concepto
aplicado al ASIS)**

Es el abordaje de un problema de salud tomando en cuenta todos los determinantes que intervienen en su producción, sean o no competencia del sector salud (como oficialmente se le define), así como los puntos de vista desde los que los diversos actores sociales observan el problema.

El concepto de integralidad nace del de salud, estudiado en otras unidades modulares, e incluye el estudio de todos los determinantes de esta.

Ej.

El equipo de salud analiza el problema del elevado número de casos de alcoholismo y drogadicción en una comunidad urbano marginal, evidenciado en el sistema de información del Área de Salud y por la comunidad. Encuentra una serie de factores que considera pueden estar determinando el hecho:

- ~~/~~ alto porcentaje de familias con ingresos que las colocan por debajo de la línea de pobreza,
- ~~/~~ alto porcentaje de mujeres solas jefas de hogar,
- ~~/~~ alto porcentaje de embarazos no deseados,
- ~~/~~ gran número de individuos con sentimiento de frustración por no poder alcanzar todo lo que los medios de comunicación definen como elementos de éxito, etc.

Posteriormente el equipo de salud se da cuenta de que existen tres puntos de vista totalmente diferentes acerca del problema:

- ~~/~~ Algunos miembros de la comunidad se han habituado al tráfico de sustancias ilícitas y lo identifican como algo cotidiano, insensibilizados ante la adicción circundante.
- ~~/~~ Algunos grandes distribuidores de droga se ven a sí mismos como líderes y benefactores de la comunidad, pues son una fuente de recursos económicos.
- ~~/~~ Existen sectores comunales y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que han estudiado el deterioro social producido por el tráfico y consumo de drogas y están interesadas en abordarlo en forma conjunta.

Si se quieren realizar acciones con algún grado de impacto, no se pueden ignorar ni los determinantes, ni los puntos de vista de los habitantes de la zona, pues se corre el riesgo de implementar estrategias infructuosas. En el ejemplo anterior, se observa que existen grupos que se benefician con el problema y otros que son apáticos frente él. Ambos podrían llevar al fracaso planes de intervención que no los contemplen. De ahí la importancia de un análisis integral.

3. Análisis de Situación Integral en Salud

El ASIS es un proceso por el cual se busca explicar el estado de salud de los habitantes, de un determinado espacio geográfico, en un momento dado. Esto se lleva a cabo a través del análisis del entorno desde el punto de vista de los diferentes actores sociales que lo conforman. Para hacer el análisis se recaba información tanto cuantitativa o numérica (porcentajes, tasas, número de viviendas, etc.), como cualitativa (comportamientos, puntos de vista, actitudes de las personas hacia determinados temas, etc.), y se realiza por medio de la participación social (de la que se habló con detalle en la séptima unidad modular). Al finalizar la recolección de la información el equipo de salud la analiza y, posteriormente valida en plenarias con la comunidad. Como se mencionó anteriormente, para que haya ASIS tiene que existir necesariamente la participación social.

Como definición formal de ASIS, a continuación se transcribe la propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

ASIS (Concepto)

“Procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Los ASIS permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.” (OPS, 1999)

Como se observa, la definición de la OPS incluye la identificación de intervenciones por parte de los diferentes actores sociales sobre los problemas de salud identificados, lo cual constituye el fin último del ASIS.

Finalmente, cabe destacar que el ASIS es un proceso continuo, por lo que una vez identificados los grupos de riesgo, se puede investigarlos en forma más precisa, con el fin de llegar a un análisis más profundo sobre las causas de los problemas de salud y sus determinantes. El ASIS de base puede ser modificado sobre la marcha, al recolectarse nueva información

sobre los problemas de salud. Asimismo, las intervenciones sobre los problemas y necesidades en salud buscan aproximaciones sucesivas hacia un estado de mayor bienestar.

Res.

El ASIS es una metodología de análisis en la que un observador intenta definir la realidad de un determinado espacio poblacional partiendo de los problemas de salud identificados, para luego analizar sus determinantes sociales, económicos, biológicos, ambientales o ecológicos y de servicios de salud. Lo anterior, tomando en cuenta la perspectiva de los actores sociales para definir con ellos prioridades en común.

II. MOMENTOS METODOLOGICOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ASIS



Promover en el estudiante el aprendizaje de una metodología para la construcción del ASIS.

A. INTRODUCCIÓN

1. Generalidades

El ASIS es una metodología que permite identificar los determinantes de los problemas de salud y establecer acciones para su abordaje, por medio de la participación social. El proceso debe construirse paralelamente desde diversas instancias, para converger en una negociación y concertación que identifique objetivos y prioridades comunes.

Como se estudió en la primera unidad modular de este curso, es función del Ministerio de Salud el servir de vínculo entre los diferentes actores sociales, garantizando un trabajo sinérgico y productivo, sin embargo, cualquier otra institución (incluida la CCSS) podría asumir esta responsabilidad en caso necesario.

La metodología puede ser aplicada a poblaciones de diverso tamaño; mientras más reducido es el espacio poblacional (como por ejemplo a nivel de sector adscrito a un EBAIS), más cualitativo será el análisis de la información, pues la determinación de indicadores cuantitativos pierde su utilidad en poblaciones reducidas e induce al error. A mayor tamaño de la población, (por ejemplo a nivel de área de salud) más uso deberá hacerse de indicadores demográficos y epidemiológicos (información cuantitativa).



En el Área de Salud de Goicoechea 1, el ASIS se ha realizado como uno sólo para toda el área; sin embargo, se subdivide en tres espacios poblacionales, delimitados geográficamente, cada una con contextos muy particulares. En cada uno de estos espacios poblacionales, se llevan a cabo todos los pasos descritos para la elaboración del ASIS, sin embargo, la información cuantitativa se consolida para su análisis.

El proceso inicia con la recolección de información numérica sobre enfermedad y muerte de la población, para luego identificar sus determinantes en el espacio poblacional en estudio. La información de tipo cualitativa dará al equipo de salud la perspectiva de la comunidad respecto de los problemas que esta sufre e identificará conductas, creencias y actitudes que, de una u otra forma, pueden condicionar los problemas de salud presentes. Paralelamente a este proceso, las otras instancias que participan también deben de recopilar y analizar información dentro de cada organización (Ministerio de Salud, A y A, grupos organizados de la comunidad y demás actores sociales).

En un escenario ideal, el Ministerio de Salud debe ser el mediador de la integración y la socialización de la información que cada institución aporte. En caso de encontrarse vacíos de coordinación y guía, cualquier institución del sector salud puede asumir el liderazgo de las acciones pues la totalidad del proceso es de construcción colectiva, como se mencionó anteriormente.

Una vez recolectada y analizada la información, esta se valida con los actores sociales en lo que llamamos el proceso de concertación. De este proceso tienen que salir al menos dos productos, de los cuales el primero de ellos es la priorización de los problemas y sus respectivas causas y el segundo un plan de acción para atacar los problemas y causas escogidas.

2. Identificación cuantitativa de problemas por los servicios de salud

En este paso el equipo identifica los problemas de salud en forma de indicadores de enfermedad y muerte. Como ya se señaló, estos son indicadores que resumen el resultado de complejas interacciones entre procesos sociales, ambientales, económicos, etc.

Algunos ejemplos de estos indicadores pueden ser encontrados en el siguiente cuadro.

Cuadro No.1
Indicadores sugeridos, forma de calcularlos y fuentes posibles de información para identificar problemas de salud en un espacio geográfico.

Nombre de indicador	Forma de calcularlo	Fuente de datos
Incidencia acumulada entre la población general	No. de casos nuevos de una enfermedad entre el total de la población	Sistema de información local, INEC, Ministerio de Salud
Incidencia acumulada entre grupos específicos de población (ejemplo adolescentes)		Sistema de información local, INEC, Ministerio de Salud
Prevalencia de las enfermedades entre la población general	No. de casos nuevos y viejos de una enfermedad entre número de miembros de esa población	Sistema de información local, estadísticas cantonales y distritales del INEC y el Ministerio de Salud
Prevalencia de las enfermedades entre poblaciones específicas		
Tasa de mortalidad Infantil	No. de muertes en menores de un año entre el total de nacimientos del período	Registros de la COLAMI, Ministerio de Salud, INEC
Tasa de mortalidad específica por causa	No. de muertes de una determinada enfermedad entre el total de la población	INEC, Ministerio de Salud

3. Primera priorización de problemas

Una vez conocidos los problemas de salud presentes, se procede a su priorización. Una metodología sencilla para determinar cuáles de los problemas identificados deben ser abordados primero, es la denominada HANLON/CENDES/OPS (Villegas, 2001). Este procedimiento hace uso de una escala simple de cuantificación, en la cual se escogen criterios de evaluación del problema y se les asigna un puntaje máximo, posteriormente se procede a asignar a cada problema un valor de acuerdo con datos objetivos, hasta donde sea posible.

Criterios por valorar

- ~~✍~~ Magnitud o extensión del problema: ¿A cuántas personas está afectando el problema?
Para determinar esto se utilizan indicadores de incidencia y prevalencia, principalmente.
- ~~✍~~ Gravedad o severidad del problema: ¿Cuán grave para la salud de la persona es el problema?
Se utilizan frecuentemente tasas de mortalidad y letalidad.
- ~~✍~~ Vulnerabilidad y preventibilidad del problema ¿Es posible hacer algo para que la situación mejore?
- ~~✍~~ Importancia política: ¿Está interesada la comunidad y la sociedad en general en resolver el problema?
- ~~✍~~ Otros criterios como tendencia en el tiempo, costo, etc. pueden ser incluidos.

Primero se le asigna un puntaje relativo a cada criterio, lo que definirá cuál de los criterios es más importante para el equipo de salud a la hora de priorizar un problema. Se sugiere utilizar una escala de uno a cinco, donde cinco significa el criterio es muy importante para valorar el problema, y uno que es poco importante.

	Importancia relativa
Magnitud	5
Gravedad	5
Vulnerabilidad	3
Importancia política	2

Hasta aquí se presenta una serie de problemas de salud, por un lado, y, por otro, una serie de criterios para definir la importancia del problema. Segundo, se le asigna a cada problema un puntaje del uno al diez por cada criterio y, posteriormente, debe multiplicarse esta calificación parcial por el puntaje máximo asignado al criterio.

	Diarreas	Infecciones respiratorias
Magnitud	8	7
Gravedad	7	6
Vulnerabilidad	10	10
Importancia política	10	9

**Criterios
por
valorar
(cont.)**

Finalmente se realiza una sumatoria por cada problema de salud dando un valor final a cada problema de salud.

Problema 1: Diarreas

	Imp. relativa	Magnitud	
Magnitud	5	x 8	40
Gravedad	5	x 7	35
Vulnerabilidad	3	x 10	30
Importancia política	2	x 10	20
Total			125

Problema 2: Infecciones respiratorias

Magnitud	5 x 7	35
Gravedad	5 x 6	30
Vulnerabilidad	3 x 10	30
Importancia política	2 x 9	18
Total		113

En el anterior ejemplo, el problema de salud 1 obtiene 125 puntos por lo que se le da prioridad en la intervención. Sin embargo esto no implica que el problema que tiene menor puntaje deba ser descartado o se deje sin atender.

4. Recolección de información sobre los problemas de salud y sus determinantes desde la perspectiva de la comunidad (información cualitativa)

Para completar el análisis interno es necesario que el equipo de salud evidencie sistemáticamente la perspectiva de la comunidad y de otras instituciones respecto de los problemas priorizados; es decir, su percepción acerca de la importancia de estos, los factores que los condicionan y las posibles soluciones. También es importante indagar en esta fase los problemas comunales sentidos y buscar integración y puntos de unión entre estos y los escogidos por el equipo de salud.

Para recolectar esta información existen diversas metodologías tales como: grupos focales, entrevista a informantes claves, proceso de análisis etnográfico rápido, entre otros (ver anexos 2 y 3). Este es parte de un proceso previo al de concertación y negociación, y es necesario para:

- ?? Ampliar la visión del equipo de salud.
- ?? Identificar determinantes sociales y de comportamiento de los problemas estudiados.
- ?? Conocer la gama de opiniones de los miembros de la comunidad asegurando cierto grado de representatividad en las fases siguientes.
- ?? Conocer el interés local sobre los problemas planteados.
- ?? Incentivar un proceso de discusión y análisis en la comunidad que enriquezca el proceso de concertación y ayude a que este produzca mejores frutos.

La combinación de ambas técnicas (cuantitativa y cualitativa) ayudará al equipo de salud a tomar decisiones basadas en evidencia.

Ej.

Información cuantitativa: el número de vacunas de polio que se aplicaron durante el año, el número de enfermos diagnosticados con cáncer gástrico en el sector, la tasa de natalidad.

Ej.

Información cualitativa: don Carlos cree que en su barrio el principal problema de salud son las diarreas y que esto se da porque el agua que toman está contaminada.

Tanto los problemas detectados como sus posibles factores condicionantes deben ser ubicados en los grupos específicos de población que los presentan con mayor frecuencia. Esto significa identificar poblaciones de riesgo en las cuales focalizar recursos en una etapa posterior.

**Proceso
de
análisis**

Debe incluir el comportamiento de los problemas de salud en estudio y sus determinantes **a través del tiempo**. Lo anterior con el fin de estudiar tendencias y construir posibles escenarios futuros que guíen el proceso de planificación de los servicios de salud, partiendo no solamente de la situación actual sino de propensiones que podrían desembocar en futuros daños a la salud.

5. Identificación de determinantes de los problemas de salud evidenciados

Una vez seleccionados los problemas de salud

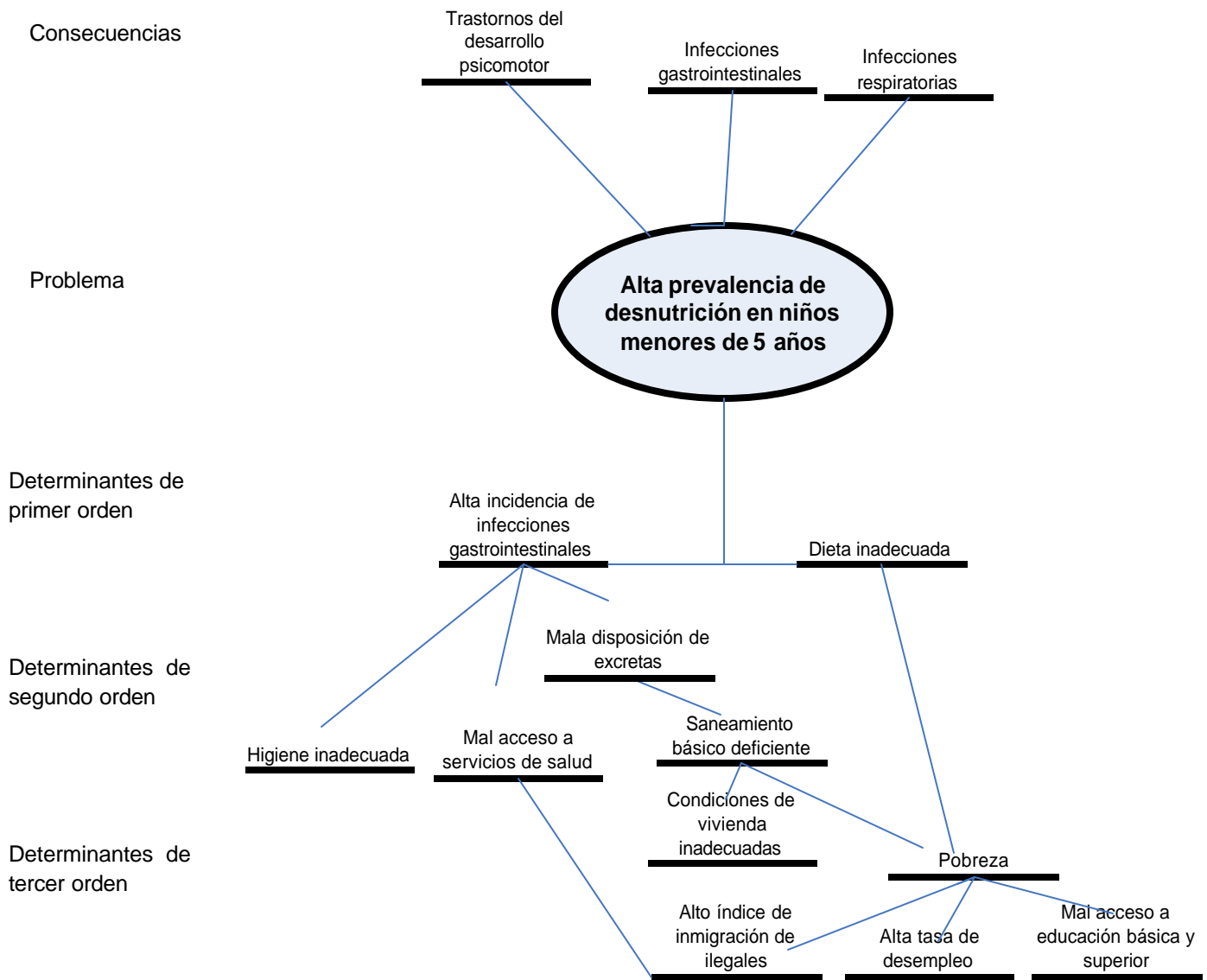
Se procede a la búsqueda de sus determinantes en la población en estudio, a través de la recolección de información cualitativa y cuantitativa que ayude a caracterizar a las diferentes dimensiones de la reproducción social que están produciendo el problema. Gran parte de la información cualitativa fue recolectada en el punto anterior. La observación directa de determinantes de la salud por parte del técnico durante el trabajo de campo es otra fuente de información muy valiosa para este momento.

Al buscar los determinantes, se sugiere, y como se menciona en la unidad modular dos, tomar en cuenta todos los posibles factores que podrían influir en la producción del problema: ambientales y geográficos, sociales y culturales, económicos, biológicos y de servicios de salud.

Árbol de Problemas

Puede ser utilizado para este análisis. Constituye una herramienta útil porque permite presentar la información de una manera sencilla y simplificada, y ayuda a separar las causas de los efectos, identificando, además, determinantes comunes en más de un problema. Para utilizarla, se anota el problema claramente identificado en la parte central y, posteriormente, se procede a buscar sus causas anotándolas en la parte inferior; las consecuencias se anotan en la parte superior. Estas causas y consecuencias de primer orden pueden, a su vez, tener otras de segundo o tercer orden.

Ejemplo de árbol de problemas²



² Determinantes de primer orden son aquellos más específicos y modificables por medio de acciones menos complejas, los de tercer orden son aquellos determinantes generales o estructurales y que por lo tanto son muy difíciles de atacar. Los de segundo orden son aquellos que se encuentran entre estos.

En el anexo 1, se transcriben algunos indicadores que podrían ayudar en esta descripción (Castillo et. al.,2004). La lista anotada no es exhaustiva, en cada dimensión se deben buscar los indicadores que el equipo de salud considere útiles para explicar los problemas priorizados. Para cada indicador utilizado se debe tener un punto de comparación (por ejemplo el mismo indicador aplicado al nivel nacional o a la misma zona geográfica pero en años anteriores) para saber si nos encontramos en una situación mejor o peor que la deseada.

B. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DENTRO DEL ASIS

Aunque el proceso de construcción del ASIS se ha dividido, muchas de las actividades de promoción deben ser iniciadas desde la fase descrita en el apartado anterior, cuando el equipo debe coordinar con diferentes instancias para obtener la información necesaria para el estudio de determinantes.

1. Rol del actor social en el proceso de ASIS

Por su rol dentro de la dinámica social, estos actores poseen información muy valiosa para los EBAIS. Ellos aportan, entre otras cosas, datos sobre cómo se interrelacionan los individuos dentro de la comunidad. Además brindan una perspectiva diferente sobre los problemas de salud estudiados.

Los actores sociales son multiplicadores de la información que se maneja en el proceso. Durante este ayudaran a la identificación de los responsables de atacar las necesidades identificadas como prioridad, y a la realización de acciones de mutuo control social que garanticen el cumplimiento del abordaje planteado.

Es importante tomar en cuenta que los miembros del EBAIS juegan un doble rol como actores sociales, pues representan a una institución en salud de gran envergadura y a la vez están inmersos en la comunidad hasta el punto de llegar a constituirse en un miembro de esta.

El EBAIS debe reconocer esto y cada miembro tiene que realizar un ejercicio de autoconocimiento que le permita delimitar una perspectiva desde la cual le sea posible analizar los problemas y la forma en que los va a enfrentar. Esto le ayudará a no parcializarse excesivamente al estudiar la información recolectada, evitando sesgos.

2. Organización y convocatoria de actores sociales

Este proceso fue descrito con detalle en el módulo de participación social, pero cabe destacar que es un paso fundamental en la construcción del ASIS, y comprende un conjunto de actividades que deben ser realizadas por todos los miembros del EBAIS en los cinco escenarios.

Una buena relación con los habitantes del sector en el que labora el EBAIS puede hacer que la búsqueda de actores sociales y comunitarios sea más sencilla y, por este motivo, la participación más activa y enriquecedora para los encargados de los servicios de salud.

El proceso de búsqueda puede ser pasivo o activo. El primero es aquel en el que un habitante de la comunidad menciona en forma espontánea que conoce a una persona, que es líder en su barrio o nos dice que ella pertenece a uno de los grupos organizados de la vecindad. El segundo se presenta cuando el EBAIS busca y contacta activamente a las instituciones, grupos e individuos que, de una u otra manera, tienen relevancia de la dinámica de la comunidad.

Ej.

Búsqueda pasiva: un técnico de atención primaria visita un hogar de la comunidad y, luego de entablar la conversación con la dueña de la casa, esta le dice que ella es parte del grupo de “mujeres organizadas de la comunidad”. Según le cuenta la señora al ATAPS, esta organización se encarga de ayudar a mujeres que no tienen a donde acudir en caso de agresión por parte de sus compañeros sentimentales.

Ej.

Búsqueda activa: Acaba de iniciar labores un EBAIS en la comunidad “Pastos Mojados” y para determinar los planes por seguir, el equipo decidió, entre otras actividades, levantar un listado con todos los actores sociales del lugar, motivo por lo cual tanto en la visita domiciliar, como en la sede del EBAIS se le pregunta a los habitantes del lugar sobre las diferentes agrupaciones existentes en la comunidad y los responsables de estas. También se investiga a fondo sobre instituciones públicas y privadas que tienen influencia en la zona y se levanta un inventario.

3. Proceso de concertación

Una vez realizado un proceso de análisis dentro de la organización, - que idealmente fue hecho en forma paralela por otros grupos interesados, utilizando información compartida por todos a través del Ministerio de Salud-, se procede a la discusión ampliada entre todos los actores sociales, en un proceso de negociación y concertación, donde exista un espacio para la plenaria y el análisis de diversos puntos de vista.

El producto final deseado de esta concertación, es la determinación de prioridades comunes y la definición de responsabilidades, de manera que cada actor social desde su ámbito de acción contribuya a acercar la situación actual a la situación deseada.

Existen diferentes metodologías para realizar el proceso de concertación, una, frecuentemente utilizada es la de grupos focales (anexo 3). En el módulo de participación social se detalla una metodología sugerida para realizarlo, e incluye instrumentos de análisis propuestos. La metodología fue puesta en práctica en el cantón de Goicoechea en el año 1999 y se obtuvieron buenos resultados.

Pasos por seguir durante el taller de concertación

- ?? Análisis de los problemas y necesidades desde los diferentes puntos de vista.
- ?? Identificación de necesidades percibidas por los diferentes actores sociales.
- ?? Priorización de necesidades por parte de la colectividad de actores presentes.
- ?? Identificación de acciones prioritarias y asignación de recursos.
- ?? Identificación y determinación de responsabilidades de cada actor social sobre las acciones prioritarias.
- ?? Identificación de intervenciones específicas y acciones de control social de su cumplimiento.
- ?? Programación de actividades concretas.

No es necesario que todas las acciones sugeridas se realicen en un mismo taller. Si el grupo coordinador determina un grado adecuado de interés de todos los participantes en el proceso y tiene poder de convocatoria, idealmente las actividades deberían ser realizadas en diversos talleres, evitando que el cansancio de los asistentes se convierta en un obstáculo. Si se considera que una nueva convocatoria sería infructuosa, tendrán que llevarse a cabo todos los pasos en un mismo momento, con las implicaciones que esto tenga.

**Es importante
tomar en cuenta**

- ?? El lugar donde se realice el taller debe ser accesible a todos y tiene que estar situado dentro de la comunidad.
- ?? La información y los puntos de vista que se socialicen deben ser muy claros para todos y en un lenguaje que la comunidad pueda comprender.
- ?? Los objetivos deben redactarse muy puntual y claramente para que sean comprensibles por todos los actores sociales.
- ?? Igualmente, la metodología debe estar bien delimitada y con tiempos asignados a cada actividad, a fin de evitar extenderse largamente en discusiones fuera del tema.
- ?? Se debe evitar que el encuentro degenere en foro de quejas y peticiones individuales e incentivar a cada actor social a buscar el propio lugar dentro del conjunto de intervenciones.

Recuérdese que un proceso de análisis de situación implica una promesa y un compromiso hacia los otros actores sociales de que se destinarán recursos de todo tipo hacia el mejoramiento de las necesidades priorizadas.

Es importante mencionar que lo que en esta metodología se denomina proceso de concertación en otras se conoce como análisis de contexto (acos) y se deja el término ASIS para la parte de recolección y análisis interno de la información. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2004)

C. FINALIDADES DEL PROCESO

Actualmente son dos las principales finalidades del ASIS; el conocimiento de la realidad de la población estudiada y la planificación y programación y ejecución de actividades dentro de las instituciones y la comunidad. Sin embargo, por ser el ASIS una metodología reciente para el abordaje de los problemas de las comunidades y encontrarse esta aún en discusión, estamos seguros que conforme avance el tiempo, se encontrarán más formas de ser utilizada.

1. Conocimiento de la realidad de la población estudiada

Como se acaba de mencionar, el ASIS es una herramienta útil para tener la descripción de una población determinada. Esta descripción tiene que estar definida temporalmente. La ventaja de realizar la descripción con una metodología como el ASIS, es que permite comparaciones, las cuales pueden ser realizadas contemporáneamente con otras poblaciones o con la misma población al pasar el tiempo. Estas comparaciones pueden dar información relevante respecto a cada uno de los problemas estudiados en cada una de las poblaciones, y al mismo tiempo nos puede ayudar a prevenir otros.

Así mismo y, entre otras cosas, esta realidad puede ser usada a nivel nacional o internacional para identificar cuáles acciones parecen ser más útiles para mejorar la situación respecto a problemas específicos.

2. Planificación y programación de actividades

En su concepción más sencilla, planificar significa prepararse para la acción; esto es, definir qué es lo que se quiere hacer y elegir los medios y tiempo para hacerlo (Fonseca, 2001). Uno de los fines del ASIS y la razón por la cual se elabora, es, precisamente, servir de instrumento para la acción, es decir, para definir un rumbo común para las instituciones y la comunidad que participan en la elaboración de este. Idealmente, las acciones definidas tienen que ser proyectadas para ser llevadas a cabo en el lapso de al menos dos años. A partir de este documento cada institución dispondrá de recursos físicos, materiales y humanos de acuerdo con sus posibilidades y formulará objetivos, metas y actividades acordes con lo negociado con los otros actores sociales. Esto no implica dejar de lado las necesidades institucionales intrínsecas, sino integrarlo todo en un proceso unificado que incorpore necesidades comunes y propias dentro de las labores diarias. Lo anterior es de suma importancia, ya que el ASIS debe de ser visto por todos, como un instrumento que ayuda a la planificación de acciones, que, de por sí, cada institución debería de realizar, y no como una metodología que genera “trabajo extra”.

Si los grandes objetivos planteados no se traducen en estrategias (líneas de acción gruesas), las estrategias en tácticas (líneas de acción más concretas) y estas últimas en actividades diarias de cada funcionario, el proceso tenderá al fracaso. Es decir tanto las intervenciones conjuntas como las que cada institución planee por aparte deben verse inmersas en la gestión diaria para garantizar su sostenibilidad.

Este proceso de planificación será abordado con detalle en la siguiente unidad modular.

Res.

La realización del ASIS incluye una serie de pasos que inician con la identificación y priorización de problemas de salud por parte del equipo técnico, para luego buscar sus determinantes en un proceso de análisis dentro del sector salud. Posteriormente, a través de un proceso de negociación con otros actores sociales, se discuten los resultados, se analizan todos los puntos de vista y se definen prioridades comunes, como primer paso de un proceso de planificación que se desarrollará en el siguiente módulo.

A continuación se detallan los pasos sugeridos para la construcción del ASIS:

?? Primera fase: a lo interno del sector salud

- Identificación del espacio poblacional en el que se quiere trabajar
- Identificación de problemas en forma cuantitativa, por medio de los servicios de salud
- Primera priorización de problemas por parte de los servicios de salud
- Recolección de información cualitativa sobre los problemas de salud y sus determinantes.
- Identificación de determinantes de los problemas de salud evidenciados

?? Segunda fase: participación social

- Organización de los actores sociales
- Convocatoria de los actores sociales
- Proceso de concertación

?? Tercera fase

- Identificación de posibles formas de abordaje de los problemas analizados y sus determinantes.

Es importante saber que esta metodología aún se encuentra en discusión y que por ningún motivo, lo expuesto en este capítulo debe de ser tomado o utilizado como un manual

III. PAPEL DEL TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CONSTRUCCIÓN DEL ASIS



Identificar las actividades por realizar por el ATAPS durante la realización del ASIS, con el fin de apoyar el trabajo realizado por los EBAIS.

El técnico de atención primaria, como miembro del equipo de salud, juega un rol fundamental en la realización del ASIS. Tanto su contacto con la comunidad y su posición dentro de esta, como la información que sistemáticamente recoge durante su trabajo son herramientas indispensables en su construcción. De aquí la importancia de que toda la información sea recogida y consolidada a conciencia, y de la manera más exacta posible, pues la información errónea o incompleta conduce a análisis inexactos y a decisiones poco acertadas, tanto a nivel local como en el nivel nacional, donde también se consolida. La información de mala calidad puede hacer que grandes cantidades de recursos se pierdan en acciones mal encaminadas que no logren atacar efectivamente el problema. La información de buena calidad permite realizar un análisis adecuado y por lo tanto una identificación de problemas más cercana a la realidad.

A. EL TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DENTRO DE LOS SERVICIOS DE LA CCSS

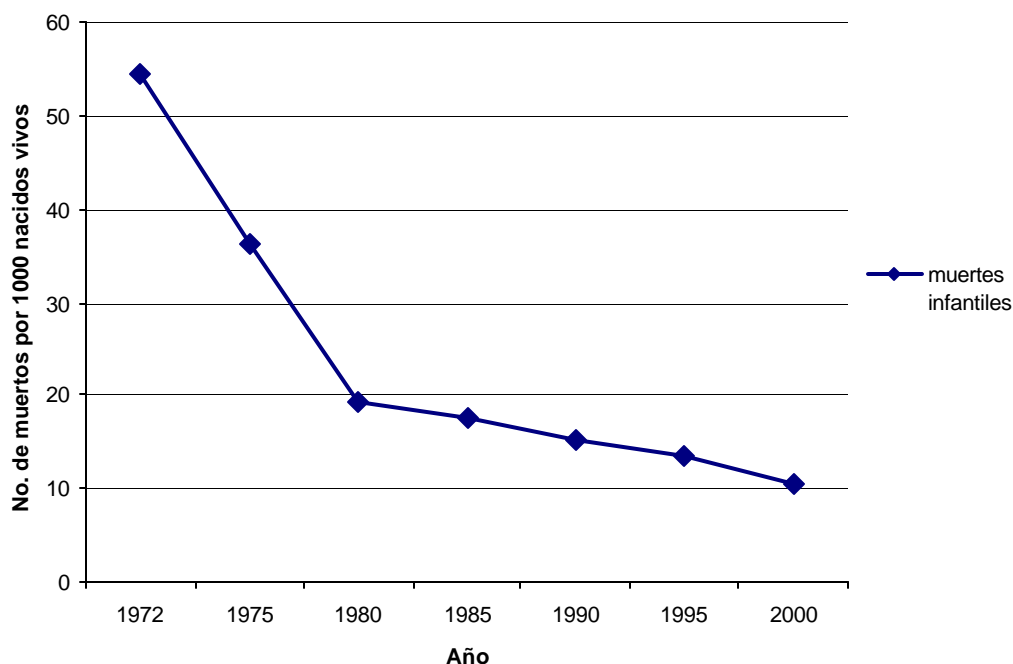
Con el inicio del Programa de Salud Rural en Costa Rica en 1971 (Conejo, A., Méndez, H., Morice, I., 2003) y dentro de un marco internacional de reformas sobre los servicios de salud, se le dio en nuestro país un papel protagónico a la atención primaria (Casas, A., Vargas, H., 1980). El eje que mueve este tipo de acciones es la participación social, y dentro de los Equipos Básicos, quienes tienen un contacto mayor con la comunidad son los técnicos de atención primaria (ATAPS), que en un inicio se denominaban Asistente de Atención Rural y Comunitaria.

Existen numerosos hechos que evidencian el importante rol que juegan los ATAPS dentro del modelo de atención y la trascendencia de este en nuestro país.

Ej.

La mortalidad infantil disminuyó de 54.4 muertes por 1000 nacidos vivos en 1972 a 10.4 en el año 2000 (Centro Centroamericano de Población. Ver gráfico 1). En el perfil epidemiológico de nuestro país dejaron de prevalecer las enfermedades infecto-contagiosas y parasitosis, para ser sustituidas por las enfermedades crónicas y degenerativas

Gráfico 1. Evolución de la mortalidad infantil en Costa Rica.



Fuente: Base de datos de nacimientos y defunciones del Centro Centroamericano de Población (www.ccp.ucr.ac.cr, mayo 2004)

Como se observa, el lugar que ocupan actualmente los miembros del equipo de salud, entre ellos los ATAPS, se lo han ganado gracias al esfuerzo que realizan día a día. Sobra señalar la importancia de la información que recolectan.

B. FUNCIONES DEL ATAPS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL ASIS

1. Recolección de información

Este proceso se realiza en forma continua y sirve de insumo para el análisis interno mencionado en el capítulo anterior.

a. Recolección de información cuantitativa

Mucha de la información más valiosa para la realización del ASIS es recolectada por el técnico de atención primaria durante su trabajo diario. Esta información ayuda a detectar necesidades en salud y a conocer determinantes del estado de salud a través de indicadores numéricos. Entre la información más utilizada para el ASIS se encuentran:

Datos sobre las condiciones de vida

- ?? Condiciones generales de la vivienda
- ?? Número de habitantes por casa
- ?? Número de aposentos
- ?? Saneamiento básico
- ?? Presencia de animales, etc.

Esto brinda información muy valiosa para detectar necesidades en salud y determinantes en salud.

Datos sobre antecedentes de salud de las personas

- ?? Presencia de enfermedades agudas y crónicas, antecedentes de abortos, etc.
- ?? Información demográfica: No. de habitantes por edad y sexo (pirámide poblacional), migración, nacionalidad, natalidad, mortalidad, etc.
- ?? Información sobre establecimientos comerciales como pulperías, viveros, chancheras, supermercados, etc.
- ?? Otra información sobre el ambiente: Fuentes de contaminación, estado de los caminos, lugares de recreación, nivel de ruido, etc.

Ej.

Si se está investigando la hepatitis A como problema de salud en una comunidad, y se detecta que el 80% de las viviendas no tienen un adecuado abastecimiento de agua ni disposición de excretas y que se surten de una quebrada cercana, se podría sospechar de una relación entre el mal saneamiento básico y la presencia de la enfermedad, lo que encaminará las acciones en salud del equipo.

b. Recolección de información cualitativa

El técnico de atención primaria, más que el resto de los miembros del equipo de salud tiene contacto con los individuos de la comunidad en el medio en que se desenvuelven, y conoce sus puntos de vista, sus problemas, sus necesidades y en general, su forma de percibir el mundo.

Su estadía durante varias horas al día en las comunidades les permite conocer a sus pobladores y la opinión que estos tienen acerca de muchos temas, relacionados o no con salud.

Ej.

El ATAPS posiblemente conozca acerca de lo que un determinado grupo perciba sobre el machismo, el rol social de la mujer, la aceptación del castigo físico, el manejo del estrés y otros, que ayuden a analizar el problema de la violencia intrafamiliar.

Hasta el día de hoy este tipo de información ha sido “informal”, sin embargo con la introducción de metodologías antropológicas sistemáticas para la recolección de información cualitativa, esto se ha convertido en un proceso científico y estructurado.

c. Importancia de la información

Los técnicos de atención primaria son parte de un sistema, que como todo sistema, que como todo sistema, tiene entradas, procesos, salidas y retroalimentación. Los datos que los ATAPS generen, van a servir como una de las entradas del sistema, por lo que mientras más exacta sea la información que ingresa, más puros van a ser los resultados obtenidos.

Ej.

Información exacta para el sistema: Laura, en las diez visitas que realizó el día de hoy identificó a tres niños que tenían su esquema de vacunación incompleto, por lo que les aplicó las vacunas faltantes. Cuando regresó a su sede de EBAIS, introdujo en el registro de vacunas, todos los datos correspondientes a los niños vacunados, incluyendo las vacunas que aplicó. Salida del sistema: suponiendo que toda la información se introdujo con el mismo cuidado al hacer el ASIS, el equipo de salud sabrá exactamente cuantas vacunas aplicó ella durante un año de trabajo.

Ej.

Información incompleta: Carlos llegó ese mismo día, un poco cansado después de las visitas y se esperó al día siguiente para introducir la información en el sistema electrónico de vacunas. Al hacer esto olvidó introducir la información de uno de los cinco niños que vacunó. Salida del sistema: suponiendo que esto ocurre ocasionalmente, al hacer el ASIS, la cantidad de vacunas aplicadas por el Equipo no coincide con el número de niños vacunados, por lo que no saben cual de los dos datos usar en el cálculo de vacunas por aplicar el siguiente año.

2. Otras Actividades

a. Priorización de grupos de riesgo

El técnico de atención primaria identifica geográficamente grupos de alto riesgo.

Ej.

El ATAPS prioriza zonas de mayor pobreza para, en conjunto con el equipo de salud, brindar mayor cantidad de acciones en salud sobre sus habitantes. El técnico también localiza geográficamente las viviendas donde habitan enfermos crónicos, adultos mayores, niños menores de un año, mujeres embarazadas y otros grupos que son más susceptibles de enfermar o morir que el resto de la población y los visita con mayor frecuencia.

b. Identificación y registro de actores sociales

El equipo de salud conoce de cerca a los líderes comunales y a las organizaciones de diversa índole; su registro es de gran utilidad, entre otras cosas para la construcción del ASIS

c. Contribución en la convocatoria de fuerzas vivas de la comunidad

El conocimiento de la comunidad y sus habitantes, y la confianza que esta frecuentemente deposita en el funcionario de salud, son útiles en la convocatoria de actores sociales. A menudo los ATAPS son vistos como benefactores y gozan de gran respeto en la comunidad.

d. Realización, junto con el equipo de salud, del análisis de los problemas desde su óptica, aportando ideas y su conocimiento, experiencias adquiridas en el trabajo con la comunidad.

e. Definición de estrategias de intervención para los problemas de salud identificados y sus determinantes

El personal técnico conoce cómo abordar muchas de las necesidades de salud de la comunidad y, frecuentemente, sabe la mejor manera de comunicarse con la población y educarla.

Res.

El trabajo que realizan los ATAPS dentro del proceso del ASIS es esencial. Ellos recolectan datos de tipo cualitativo y cuantitativo, y según la forma como estos sean ingresados y procesados en el sistema, dependerán sus salidas. Asimismo, son el eslabón entre los servicios de salud y la comunidad, por lo que su relación con esta última es un factor importante en la forma en que estas dos interactúen.

IV. EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL ESTUDIANTE

I. Falso o Verdadero. Anote en el paréntesis una V si es verdadero y F si es falso. Justifique las respuestas falsas.

1. () El ASIS lo realiza en su totalidad el equipo de salud.
2. () Las causas de muerte y enfermedades más frecuentes en el pueblo de “Pastos Grises” nos ayudan a medir los problemas de salud en esta comunidad.
3. () Una situación determinada puede ser vista como algo positivo para un grupo y negativo para otro, dependiendo de sus experiencias.
4. () Existe sólo una forma de realizar el Análisis de Situación Integral de Salud. .
5. () El Análisis de Situación Integral en Salud es sólo una metodología de participación comunitaria.
6. () El ASIS es un proceso estático.
7. () Una alta tasa de diarreas en el barrio “Risitos” puede ser un indicador de un problema de salud.
8. () El fin último del ASIS es servir de base para la planificación de acciones en salud con participación social.
9. () El EBAIS tiene siempre la última palabra en la elaboración de los planes de intervención sobre las necesidades en salud (atacar los factores condicionantes).
10. () El proceso del ASIS tienen siempre la misma duración.

II. Ejercicio de resolución grupal. A continuación se dan una serie de datos sobre dos poblaciones ficticias. De la información suministrada identifique, para cada población, los problemas y las necesidades en salud (determinantes), y relaciónelos explicando cómo los primeros se producen a partir de los segundos. ¿Se puede realizar una priorización de los problemas de salud con la información suministrada o es necesaria información adicional? ¿Es necesaria información adicional sobre los determinantes de los problemas escogidos? ¿Qué información adicional sería útil?

Posteriormente identifique intervenciones posibles para mejorar la situación existente, y mencione, para cada intervención propuesta, qué instituciones deberían estar involucradas.

A. Población de “Chalabunga”:

- Ingreso promedio per cápita: 15 mil colones
- Actividad económica predominante: Industria agropecuaria
- Crecimiento anual económico del poblado: -3%
- Cobertura del sistema de servicios de salud: 55%
- Tipo de comunidad: Rural
- Un médico cada 10.143 hab.
- Consumo de calorías: 86% de lo requerido
- Agua potable: 28% de la población tiene acceso
- Tasa de Alfabetización: 48.6%
- Esperanza de vida al nacer 54.6 años
- Existe una alta incidencia de parasitosis intestinal y varios niños han muerto a causa de esto.
- El segundo y tercer nivel de atención más cercanos se encuentran a 25 Km. por carretera de lastre, en la cual hay un río que cuando llueve se desborda y hace imposible el paso de vehículos. Cuando esto ocurre, deben de tomar la ruta alterna que está en peor estado general. Son 40 Km. pero el puente que existe para cruzar el río se encuentra a mayor altura del cauce.
- Proporción de población menor de un año vacunada contra poliomielitis: 58%
- Se reportan frecuentemente casos de desnutrición en niños.
- La neumonía se presenta con frecuencia y constituye la primera causa de mortalidad general.
- Aunque no es muy frecuente, ha habido algunos casos de cisticercosis.

B. Localidad de “Linda Vista”:

- Tasa total de fecundidad: 1,6
- Tasa de Alfabetización: 99%
- Crecimiento anual económico: 4,6%
- Esperanza de vida al nacer h/m (años): 79,4
- Existe una alta incidencia de infecciones respiratorias.
- Población mayor de 18 años escolarizada: 95%
- Actividad económica predominante: Industria pesada y tecnología
- Proporción de población con acceso a servicios de agua potable: 96%
- Proporción de partos atendidos por personal capacitado: 99,4%
- Existe una alta prevalencia de obesidad, diabetes y presión alta.
- Porcentaje de la población con estudios universitarios o superiores: 45%
- Existe una alta mortalidad por infarto agudo del miocardio y accidentes.
- Razón de médicos por 10.000 habitantes: 22,9
- La mortalidad por infecciones es muy baja

V. RESPUESTA A LOS EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- I. Falso o Verdadero. Anote en el paréntesis una V si es verdadero y F si es falso. Justifique las respuestas falsas.
1. () El ASIS lo realiza en su totalidad el equipo de salud. R/ Falso. El equipo de salud realiza una parte del proceso, principalmente la identificación y priorización de problemas de salud. Además colabora en la apertura de espacios de discusión entre los actores sociales.
 2. () Las causas de muerte y enfermedades más frecuentes en el pueblo de “Pastos Grises” nos ayudan a medir los problemas de salud en esta comunidad. R/Verdadero.
 3. () Una situación determinada puede ser vista como algo positivo para un grupo y negativo para otro, dependiendo de sus experiencias. R/Verdadero
 4. () Existe sólo una forma de realizar el Análisis de Situación Integral de Salud. R/ Falso. Existen varias metodologías propuestas para llevar a cabo este proceso que deben ser adaptadas a cada situación en particular.
 5. () El Análisis de Situación Integral en Salud es sólo una metodología de participación comunitaria. R/ Falso. Es una metodología de análisis que implica participación social.
 6. () El ASIS es un proceso estático. R/Falso. El ASIS es un proceso dinámico, el cual se debe de renovar continuamente. El hecho de haber priorizado problemas y establecido un plan de acción para atacar sus factores condicionantes y las necesidades en salud, no quiere decir que estos no puedan cambiar.
 7. () Una alta tasa de diarreas en el barrio “Risitos” puede ser un indicador de un problema de salud. R/ Verdadero.
 8. () El fin último del ASIS es servir de base para la planificación de acciones en salud con participación social. R/ Verdadero

9. () El EBAIS tiene siempre la última palabra en la elaboración de los planes de intervención sobre las necesidades en salud (atacar los factores condicionantes). R/ Falso. Es parte del proceso llegar a un acuerdo entre los actores sociales, para elaborar en conjunto un plan de acción y que cada grupo se encargue de resolver las necesidades desde su ámbito de competencia.
10. () El proceso del ASIS tienen siempre la misma duración. R/Falso. En cada comunidad, y de acuerdo a su estructura y organización, el ASIS va a tener una duración distinta.

Ejercicio II

El grupo deberá identificar problemas de salud como causas de enfermedad y muerte aportadas. Se dan algunos elementos para su priorización como magnitud y gravedad, pero sería útil información adicional. Son fácilmente relacionables los indicadores socioeconómicos, ecológicos y de servicios de salud con los problemas de salud existentes; sin embargo no se aporta información sobre comportamientos, participación social, puntos de vista de grupos interesados, etc., el estudiante deberá darse cuenta de que esto último es necesario para hacer un análisis más integral. El primer caso, muestra un perfil típico de zonas sub desarrolladas, donde predominan enfermedades infecciosas. El segundo caso, muestra un perfil típico de zonas desarrolladas de alto nivel económico donde predominan las enfermedades crónico degenerativas. No existe una respuesta única para ambos casos, principalmente, porque la información es insuficiente, por lo que los análisis hechos por los estudiantes podrían tomar diversos rumbos.

Bibliografía

- Aignerren, Miguel. La técnica de recolección de información mediante los grupos focales, Artículo publicado en CEO, Revista Electrónica no. 7, <http://huitoto.udea.edu.co/~ceo/>
- Bergonzoli, Gustavo. Evolución epistemológica de la salud. Compendio del programa de Maestría en Gerencia de la Salud, ICAP (1996), p 1-14.
- Bergonzoli, Gustavo. Métodos, técnicas e instrumentos para el análisis de la situación de Salud.
- Casas, Antonio; Vargas, Hernan. The Health System in Costa Rica: Toward a National Health Service. Journal of Public Health Policy. September, 1980. 258-279.
- Castellanos, P. Sobre el Concepto de Salud Enfermedad: Descripción y Explicación de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico. OPS, 1990; 10:1-17.
- Castillo, A, et. al. Análisis de situación de salud para el sector salud de los EBAIS. EDNASSS. Costa Rica, 2004.
- Conejo, Ángela, Méndez, Haydee, Morice, Irma. Manual normativo de visita domiciliar de atención primaria: primer nivel de atención. Caja Costarricense del Seguro Social. Costa Rica. 2003.
- Donhauser, K. Protocolo para procedimiento de evaluación etnográfica rápida: una guía de entrenamiento. Universidad de Rochester. Nueva York. 2003.
- Fonseca Renault, Jorge. Programa y antología del curso “planificación estratégica”. Instituto Centroamericano de Administración Pública, 2001. p2.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. Análisis de contexto para la planificación estratégica local, mayo 2004.
<http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirdesar/Analisis%20de%20contexto.htm>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. Documento de Desarrollo y Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud. Editores Ministerio de Salud y OPS, 1993.
- Monreal, José L, et. Al. Diccionario Ilustrado Océano: de la lengua española. Ediciones Océano. Barcelona, España. Sin año.

OPS/OMS Improving the Health of the people of the Americas.
http://www.paho.org/English/HPP/HPF/HEC/hmc_CostaRica.htm

OPS, Boletín Epidemiológico, Vol. 20 No. 3, septiembre 1999.

Zurro. M. Atención Primaria. Harcourt Brace de España S.A., España, 1999.

Anexos

VARIABLES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
1). Condiciones Laborales	<p>?? ? de Incapacidades por enfermedad o tipo de accidente laboral total de incapacidades</p> <p>?? Tres primeras tipos de accidentes y/o enfermedades laborales más frecuentes</p> <p>?? Tres tipos de riesgos laborales más frecuentes por la actividad laboral predominante en la zona.</p>	<i>REDES</i>
2). Condiciones Ecológicas del Microambiente	<p>?? % de Vivienda según tipo de abastecimiento de agua.</p> <p>?? % de Vivienda según tipo de Disposición de Excretas</p> <p>?? % de Viviendas según tipo de disposición de basura</p> <p>?? % de Vivienda con electricidad.</p> <p>?? % de Vivienda con aguas estancadas peridomiciliares.</p> <p>?? Amenazas naturales del área geográfica poblacional</p> <p>?? Condiciones generales de la vivienda: Buena, Regular o Mala</p> <p>?? Hacinamiento:</p> <p> ? de habitantes por vivienda</p> <p> % de viviendas sin dormitorios.</p> <p>?? No. de viviendas según ubicación urbano-rural.</p> <p>?? Tipo de tenencia de la vivienda.</p>	<p><i>Médicos de empresa</i></p> <p><i>Informantes Clave</i></p> <p><i>Ficha Familiar</i></p> <p><i>CNE). Municipalidad</i></p>
3). Condiciones Ecológicas del Macroambiente	<p>?? Tipo y localización de fuentes de contaminación del agua.</p> <p>?? Otro tipo de contaminación importante del aire o suelo.</p> <p>?? Identificación de zonas de amenaza de desastres</p>	<p><i>Mapas de Amenazas Comisión Nacional de Emergencias</i></p> <p><i>Mapas de Riesgos Ambientales</i></p>

	naturales:	
	?? Caminos y carreteras de alto accidentabilidad.	
	?? Vías comunicación, según tipo.	Comisión Local de Emergencia
	?? Otras comunicaciones según tipo	
	• Identificación de zonas inundables periódicamente	
4) Plaguicidas	• ? de establecimientos que expenden plaguicidas	
	• Kg. de plaguicidas consumidos por año	
1). Tipo de Familia	?? ? y % Hogares con mujer jefe de familia	
	?? % Familias extendida (núcleo familiar donde convive otros parientes, como abuelos, tíos, etc.	Ficha Familiar
2). Medicina alternativa	?? Tipo de costumbres relacionadas con la atención de la salud.	
	?? Práctica de administración de purgante en caso de diarrea o “pega”.	
	?? Uso de la homeopatía.	
	?? Uso de la acupuntura.	
3). Creencias y Prácticas Religiosas.	?? Tipo de religión predominante.	Asistente Técnico en Atención Primaria en Salud (ATAP)
	?? Existencia de prácticas de brujerías, magia negra.	
	?? Existencia de religiones o sectas con prácticas de “Sanación”.	
	?? Lideres de sector activos en el sector que “Sanan”.	Informantes Clave
4). Violencia	?? Formas toleradas de castigo a los niños	

Doméstica.	(en la comunidad). ?? Número y porcentaje de niños, mujeres, ancianos maltratados o agredidos.	Informantes Clave (hombre y mujer)
5). Adicción	?? Existencia de alcohólicos o drogadictos en el sector. ?? ? de cantinas en el sector. ?? Tabaquismo en menores de 15 años y de 15 a 19 años ?? Venta de alcohol y tabaco libre a menores de edad.	IAFA
6). Sexualidad.	?? Edad aceptable para que una mujer inicie la vida en pareja. ?? Edad aceptada para tener hijos en mujeres y hombres. ?? Percepción sobre la Planificación Familiar. ?? ? de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos. ?? ? de programas de educación sexual ?? Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por población.	Alcohólicos Anónimos
7). Recreación	?? Tipos y lugares de recreación: - Canchas de fútbol - Centros recreativos	Municipalidad
8). Organización comunitaria	?? Existencia de asociaciones de salud Existencia de: ?? comités de nutrición ?? Asociación de Desarrollo. ?? Grupos Religiosos. ?? Comités políticos partidistas.	Ministerios de Salud

	<p>?? Organizaciones sindicales.</p> <p>?? Junta de Educación.</p> <p>?? Proyectos comunales en general.</p> <p>?? Plan de ordenamiento territorial</p> <p>?? Comités locales de emergencia</p> <p>?? Proyectos comunales relacionados con salud.</p> <p>?? Alcohólicos Anónimos</p> <p>?? Neuróticos anónimos</p> <p>?? ? ONG por tipo</p> <p>?? ? de mujeres líderes por tipo de organizaciones</p> <p>?? Grupos de adolescentes y tipo de organización</p>	<p>REDES</p> <p>EBAIS</p> <p>MEP</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>ONG</p> <p>Municipalidad</p>
1). Empleo	<p>?? Fuentes de empleo según tipo (servicios, fábricas, plantaciones de café, banano, etc)</p> <p>?? Población menor de 15 años que trabajan por tipo y por sexo.</p> <p>?? Principales tipos de ocupaciones en el sector.</p> <p>?? % de desempleo en población económicamente activa por sexo:</p>	Informantes Clave
2). Razón de dependencia	<p>?? Población menor de 15 años+mujeres en edad fértil sin trabajo remunerado + desempleados + población mayores de 65 años total de ocupados.</p>	
3). Educación	<p>?? % población mayor de 12 años analfabetos o sin haber asistido a la escuela, por sexo.</p> <p>?? % población con primaria incompleta por sexo.</p> <p>?? % población con primaria completa por sexo.</p> <p>?? % población con secundaria incompleta por sexo.</p>	Oficina. Local del PANI

?? % población con secundaria completa por sexo.
 ?? % población con estudios técnicos o superiores por sexo.
 ?? % de niños de 7 - 13 años sin asistir a la escuela por sexo.
 ?? ? de escuelas y ? de Docentes en el sector según
 privados o públicos. Ficha Familiar
 ?? ? de colegios y Docentes en el sector, según sea privado
 público.
 ?? % de repetición y deserción escolar por sexo.
 ?? Total de matrícula escolar y colegial.
 ?? % de niños de 5 a 6 años en educación preescolar.

?? Matrícula total de Preescolar.
 ?? Existencia de aulas diferenciadas. MEP (Local)
 ?? Matrícula en aulas diferenciadas por edad.
 ?? % de niños menores de 6 años que asisten al CEN-CINAI CEN-CINAI

4). Servicios de Salud

Cobertura de consulta externa:

?? % de población asegurada por tipo
 ?? Índice de morbilidad (total de consulta de morbilidad entre
 total población)
 ?? Concentración de consultas (total de consulta externa
 entre total de población).

Cobertura de consulta preventiva:

?? ? consulta de 1 vez de crecimiento y desarrollo entre
 población de 0 a 6 años.
 ?? ? consulta de 1 vez de Prenatal entre total de
 embarazadas.
 ?? ? consulta de 1 vez de Planificación Familiar entre Mujeres REDES (Área de salud)

en edad fértil.

Concentración de consultas preventiva:

- ?? Total de consulta de crecimiento y desarrollo en niños menores de 1 año entre Población menor de 1 año
- ?? Total de consulta de crecimiento y desarrollo en niños de 1 a 6 años entre Población de 1-6 años
- ?? Total de consultas de Atención Prenatal entre total de gestantes.
- ?? Total de consulta de planificación familiar entre total de mujeres en edad fértil

??

??

- ?? % de niños con Desnutrición leve, regular o severa cubierto por programas de alimentación complementaria o con atención en los CEN-CINAI . REDES (Hospital)

- ?? % de mujeres de 16-49 años con citología en los últimos 3 años.

- ?? % de mujeres de 50 y más años con citología en los últimos 3 años. REDES (Región)

5) Atención de Salud en Escuelas

- ?? Promedio de visitas a Escuelas (? de visitas a Escuelas en el año entre total de escuelas).

- ?? Índice CPO-D en niñas y niños escolares

6). Otros Servicios

- ?? ? de consultorios médicos privados, de medicina tradicional, homeopáticos o acupunturistas.

- ?? ? de consultorios odontológicos y de empíricos.

- ?? ? de Médicos en el Sector

- ?? ? de Odontólogos en el Sector

- ?? Cobertura de Inmunizaciones (esquema completo) en

Programa de Nutrición del Ministerio de Salud

niños de menos de 1 año;1,2,3,4 años y de 5 a 9, de 10 a 14 años.

?? Cobertura de DT en mujeres embarazadas.

Informe de inmunizaciones

?? Existencia de plan de reducción de riesgos a desastres.

?? ? Hogares de ancianos en la comunidad

?? ? Guarderías en la comunidad

?? ? Hogares Comunitarios

Municipalidad

7). Migración

?? Existencia de fuentes de trabajo temporal con mano de obra extranjera

?? ? y % de población indocumentada atendida.

Servicios de Salud

?? Número de sitios identificados para albergues temporales.

Tomado de Castillo, et. al. 2004

Anexo 2. Análisis Etnográfico Rápido (RAP)

El procedimiento de evaluación o análisis rápido (PAR) se originó como una metodología cualitativa para la valoración y evaluación de programas e intervenciones de salud dentro de comunidades específicas. Está diseñado para ser llevado a cabo de 3 a 5 días y en este tiempo y de esta forma conocer necesidades, problemas, aplicaciones y actitudes de los miembros de las comunidades estudiadas.

Debido al corto tiempo en que se lleva a cabo el (PAR), este tiene limitaciones y no puede producir una etnografía antropológica completa o comprensiva de una población, sin embargo los resultados encontrados pueden dar una apreciación global de la situación actual de una comunidad.

La metodología se basa en un proceso iterativo, en donde se busca la repetición de los factores buscados con respecto a lo que se estudia. Clásicamente estos estudios se han realizado por sujetos ajenos a las comunidades en que se busca la información, motivo por el cual el estudio tiene las siguientes partes: pre-visita, visita preliminar, recolección de datos para el RAP, y finalmente el análisis posterior a la visita y presentación de los hallazgos.

El equipo que lleva a cabo el PAR deberá estar conformado idealmente por sujetos de diferentes disciplinas, trasfondo y género, ya que esto permite una mayor diversidad de perspectivas a la hora de recolectar y analizar la información. Además es importante que el grupo de estudio esté conformado por personas locales y foráneos al lugar de trabajo de campo.

Al iniciar el proceso, es importante definir la comunidad en la que vamos a trabajar. Se deben establecer los límites de la misma. Estos pueden ser demográficos, geográficos o ambos. De igual forma, debemos establecer previamente el tema de estudio, es decir, lo que queremos averiguar con las preguntas que le vamos a hacer a la comunidad.

Existen tres formas básicas por las cuales se obtiene la información para este tipo de estudios, por medio de la observación, la entrevista dirigida y la revisión de documentos. En cuanto a la entrevista dirigida, esta puede hacerse en forma individual o colectiva (grupos focales espontáneos).

Hay que llevar en todo momento una libreta para anotar las repuestas de los sujetos. Idealmente las entrevistas se deben realizar al menos entre dos investigadores, de forma que mientras uno hace las preguntas, el otro observa el comportamiento de los sujetos y anota todo lo que se comunica, de forma verbal y no verbal.

Al llevar a cabo este tipo de estudio se debe de preguntar a diferentes sujetos hasta encontrar lo siguiente: respuestas iguales por la mayoría de los sujetos, al menos una respuesta que contradiga lo expuesto por la mayoría, y la opinión de

los diferentes grupos presentes en la comunidad estudiada (e.j. adultos mayores, jóvenes, mujeres y hombres, etc.).

Al finalizar la recolección de los datos, los investigadores pueden analizar los datos con forme a varias matrices que se han creado para tal fin. A continuación se anexan algunas de las más comúnmente usadas.

Matriz de Barreras y Oportunidades para la Recolección de datos

Recolección de datos o análisis de tareas	¿Qué comportamientos hay alrededor de esa función?	¿Qué creencias hay alrededor de esa función?	Barreras	Oportunidades
Definir los Problemas				
Recolección de información de la salud				
Procesamiento de los datos				
Análisis de los datos				

Matriz de percepción de Salud Comunitaria

Grupo/ Nivel	¿Cuáles son los problemas de salud enfrentados por la comunidad, desde esta perspectiva?	¿Cuáles son otros temas que ellos creen se relacionan a este tema?
Individuos		
Familias		
Trabajadores de la Salud		
Organizaciones (escuelas, iglesia, centros de salud)		

Tomado de Donhauser, 2003.

Anexo 3. La técnica de recolección de información mediante los grupos focales (Aigner,)

¿QUE SE ENTIENDE POR GRUPOS FOCALES?

Korman define un grupo focal como: *"una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación"*. Erróneamente, los grupos focales generalmente son considerados una modalidad de talleres participativos por lo cual es importante hacer una distinción entre ellos. Los talleres participativos implican la participación de un número de personas y el énfasis está puesto en el desarrollo de unas preguntas y unas respuestas entre los talleristas y los participantes. En cambio, los grupos focales requieren de procesos de interacción, discusión y elaboración de unos acuerdos dentro del grupo acerca de unas temáticas que son propuestas por el investigador. Por lo tanto el punto característico que distingue a los grupos focales es la participación dirigida y consciente y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos entre los participantes.

Las entrevistas logradas mediante la estrategia de grupos focales tienen como propósito registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia. Como todo acto comunicativo tiene siempre un contexto (cultural, social), entonces el investigador debe dar prioridad a la comprensión de esos contextos comunicativos y a sus diferentes modalidades. Esta modalidad de entrevista grupal es abierta y estructurada: generalmente toma la forma de una conversación grupal, en la cual el investigador plantea algunas temáticas - preguntas asociadas a algunos antecedentes que orientan la dirección de la misma, de acuerdo con los propósitos de la investigación. En este sentido, se diferencia de una conversación coloquial porque el investigador plantea, previamente las temáticas y, si es el caso, el tópico no se da por agotado retornando nuevamente una y otra vez ya que interesa captar en profundidad los diversos puntos de vista sobre el asunto discutido.

Esto permite que la entrevista, bajo esta modalidad grupal, se convierta también un real intercambio de experiencias ya que habitualmente cuando un entrevistado percibe que su interlocutor tiene una experiencia o una vivencia similar o conocimientos sobre el tema reacciona positivamente; en síntesis, esta situación comunicacional retroalimenta su interés por el tema. La idea es que mediante esta estrategia, efectivamente se logre, la clave de una buena entrevista, la cual estriba en gran parte en que se pueda despertar-estimular un interés en el entrevistado sobre el tema.

El desarrollo del grupo focal se inicia desde el momento mismo que se elabora un guión de temáticas-preguntas, o diferentes guías, según las condiciones y experiencias personales de los entrevistados; de esta manera se puede tener la posibilidad de efectuar una exploración sistemática aunque no cerrada. Las temáticas deben formularse en un lenguaje accesible al grupo de entrevistados y el orden o énfasis en las mismas pueden alterarse según la personas, las

circunstancias y el contexto cultural. Si bien la estructuración de una entrevista puede variar, el investigador debe tener una posición activa, vale decir, debe estar alerta y perceptivo a la situación.

De otra parte, es conveniente explicar suficiente y adecuadamente el propósito de la reunión, e insistir en la necesidad de que el participante utilice sus propios conocimientos, experiencias y lenguaje. Así mismo, se debe explicar el contenido y objetivos de cada una de las temáticas - preguntas. Se sugiere aclarar el sentido de tomar notas, grabar o filmar las intervenciones.

Una buena sesión de trabajo debe generar una relación activa entre el equipo investigador representado por él que hace el papel de moderador y los participantes. Sabido es, que en el curso de la misma se pueden presentar diversos tipos de comportamientos, por ejemplo salir a luz actitudes y sentimientos (afectos, desafectos, prejuicios, hostilidad, simpatías, etc.) entre los interlocutores, fenómenos de transferencia o de contratransferencia entre los mismos. Unos y otros pueden influir considerablemente en los acuerdos que se buscan. Esta situación es prácticamente inevitable, pero bien manejada puede contribuir a conformar un clima favorable para lograr una mayor profundidad en la información.

El moderador debe confrontar uno o varios de los participantes sobre un asunto previamente conocido, para explorar sobre cierto tipo de información o discutir en el grupo las posiciones de personas ajenas pero que tienen cierta representatividad o cuyas opiniones son dignas de tomar en cuenta.

Esta modalidad de elaborar una información es la conocida como **técnica de grupos focales** que entre sus grandes logros permite una aproximación y discusión relativamente rápida y multidimensional de una temática. Por lo regular, un moderador conduce la discusión, mientras que otro que generalmente hace el papel de "relator" tomando atenta nota del comportamiento global del grupo, en términos de reacciones, actitudes, formas de comunicación no verbal, etc. En este caso, es posible que en el diálogo se teja una nueva versión que pueda contrastar con la que individualmente se presentaría al investigador.

En síntesis, la investigación social que se apoya en la técnica de grupos focales requiere de la implementación de una metodología de talleres o reuniones con un grupo escogido de individuos con el objetivo de obtener información acerca de sus puntos de vista y experiencias sobre hechos, expectativas y conocimientos de un tema. Es un grupo de discusión teóricamente artificial que empieza y termina con la conversación, sostenida, o con la reunión. Estos grupos no son tal ni antes ni después de la discusión. Su existencia se reduce a la situación objeto del estudio, en efecto, realiza una tarea. Su dinámica, en ese sentido, se orienta a producir algo y existe por y para ese objetivo. El grupo instaura un espacio de "opinión grupal". En él, los participantes hacen uso del derecho de omitir opiniones que quedan reguladas en el intercambio grupal. Esto es lo esencial de su carácter artificial ya que el investigador los reúne y constituye como grupo. En un proyecto bien diseñado, un mínimo de una sesión con dos diversos grupos se recomienda. Esto elimina al sesgo, permitiendo comparaciones.

