

CAPITULO III

METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA EL ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD - ASIS -

***Dónde está la sabiduría que
hemos perdido en el conocimiento?***

***Dónde está el conocimiento que
hemos perdido en la información?***

***Dónde está la información que
hemos perdido en los datos?***

***Fuente: Tomas Elliot
(1819 - 1888)***

CAPITULO III

METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA EL ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD¹

*Dr. Gustavo Bergonzoli, MD
Consultor de Análisis de
Situación de Salud OPS/OMS*

3.1 INTRODUCCION

Los países de la región de las Américas se comprometieron con el objetivo común de alcanzar salud para todos en el año 2.000, mediante un proceso que fuera disminuyendo las inequidades en el acceso a bienes y servicios de la población. Esta compleja situación se reconoce como la resultante de la interacción de una constelación de factores relacionados con áreas muy disímiles.

Salud para todos, Atención Primaria de la Salud y los Sistemas Locales de Salud^(2,3), se convirtieron en los pilares fundamentales sobre los cuales se produciría la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud para resolver esas inequidades y desigualdades. Esta orientación establece el compromiso de alcanzar una cobertura universal y solidaria, definir las estrategias para hacerla posible y el desarrollo del contexto socio-político dentro del cual la población recibirá los beneficios de una atención integral con equidad, eficacia y eficiencia.

Es indudable que ésta Declaración se constituyó en un acontecimiento político-social en el campo de la Salud y el Bienestar. Se puede decir, con justicia, que estamos ante la presencia de un movimiento histórico de Salud Pública, comprometido en la lucha por liberar a la Humanidad de la deuda social y el dolor que representan los daños evitables con los recursos disponibles. Estos principios han creado conciencia sobre la necesidad de producir una rápida transformación en la forma de prestación de los servicios de salud, orientada bajo los preceptos de la Atención Primaria de la Salud.

¹ Este artículo se editó teniendo como base "Análisis de la Situación de Salud: Propuesta Metodológica" del Proyecto de Vigilancia y Planificación de la Salud, elaborado por un grupo de aproximadamente 15 funcionarios del Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Universidad de Costa Rica y la Organización Panamericana de la Salud.

² "Estrategias Salud para todos hacia el año 2.000". Documento No.173. Washington, D.C. OPS/OMS, 1980.

³ "Targets for Health for All". Targets support of the European Regional strategy for Health for All. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1984.

Es obvio pensar que durante el proceso de pasar de una estructura centralista a una descentralizada se vivirán momentos de gran incertidumbre, ya lo dijo Naisbitt en su libro "Megatendencias", cuando escribió : "En épocas de grandes cambios, la inquietud por conocer el futuro aumenta"⁽⁴⁾.

Es evidente que el papel de nuestros servicios de salud no se ha modificado con la misma velocidad con que lo han hecho las enfermedades que afectan a la población. La modificación de la situación epidemiológica ha sido vertiginosa, tanto que los diferentes estadios que han mostrado cierta secuencia en los países desarrollados, se manifiestan simultáneamente entre nosotros⁽⁵⁾.

La experiencia ha demostrado que en sistemas totalmente centralizados, cualesquiera que sea su Misión, no es posible alcanzar niveles óptimos de eficiencia, eficacia y equidad, dentro de un plazo y costo socialmente razonables. Por tanto, se considera que la descentralización y la desconcentración son estrategias válidas para facilitar un desarrollo integral sustentable y sostenible. De allí que todas las etapas de la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud deben estar inmersas dentro del proceso de descentralización para poder acercar el proceso de tomar decisiones a los escenarios en donde se dan los eventos que fortalecen o limitan la conservación de la salud y abrir un espacio para la participación a todos los actores sociales involucrados en la producción de la salud. Esta reorganización de los servicios de salud requiere de un análisis y reinterpretación del concepto de salud, dentro de un contexto sistémico que rebase el enfoque tradicional, usualmente restrictivo. Un reto que siempre se enfrentará en la reorganización de los servicios de salud es el de solucionar, a corto plazo, las tradicionales limitaciones organizativas, sus debilidades en la conducción y seguimiento de los procesos y su pobre capacidad de reaccionar estratégicamente; esto significa la necesidad de fortalecer los niveles periféricos para que adquieran autonomía en la conducción de su propio destino en forma articulada con los demás niveles de gestión, y para que esto sea posible se requiere, entre otras cosas, el contar con métodos, técnicas e instrumentos que le permitan construir, analizar e interpretar su propia situación de salud⁽⁶⁾.

Es un hecho, universalmente aceptado, que la salud es una situación determinada fundamentalmente por las condiciones en que viven las personas, las familias y las comunidades; y que estas condiciones de vida están, a su vez, determinadas por las relaciones de producción y la forma de inserción social de los actores sociales.

⁴ Naisbitt, J. *Megatendencias*. Círculo de Lectores, Bogotá, 1984.

⁵ Olshanky, SJ., y Ault, B. The Fourth Stage of the Epidemiological Transition: The age of the delayed degenerative diseases. *The Milbank Quart* 64:335-91, 1986.

⁶ Bergonzoli, G., Gallego, JA, y cols. Reorganización de los Niveles directivos en los Sistemas Locales de Salud (SILOS), en "Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud en los Países de la subregión Andina". Editado por XYZ impresores, Cali, Colombia. OPS/OMS, 1991.

La corriente de pensamiento actualmente predominante en Salud Pública, sostiene que el proceso de tomar decisiones debe estar localizado lo más cercano, posible, al lugar en donde se desarrollan los hechos vitales. Esto significa en el referente espacio-poblacional reconocido como Sistema Local de Salud (SILOS).

Esta forma de pensar y actuar ha nacido como consecuencia de la ausencia observada, y sentida, de un proceso expedito de tomar decisiones a nivel local.

Existe un consenso a considerar que, en cada uno de los niveles de gestión, hay datos en cantidad y calidad suficientes como para ejecutar el proceso de tomar decisiones. Sin embargo; no existe la cultura de análisis para la conversión de dichos datos en información epidemiológica que facilite la administración estratégica y permita la movilización de los recursos con un sentido de destino equitativo (Figura 1).

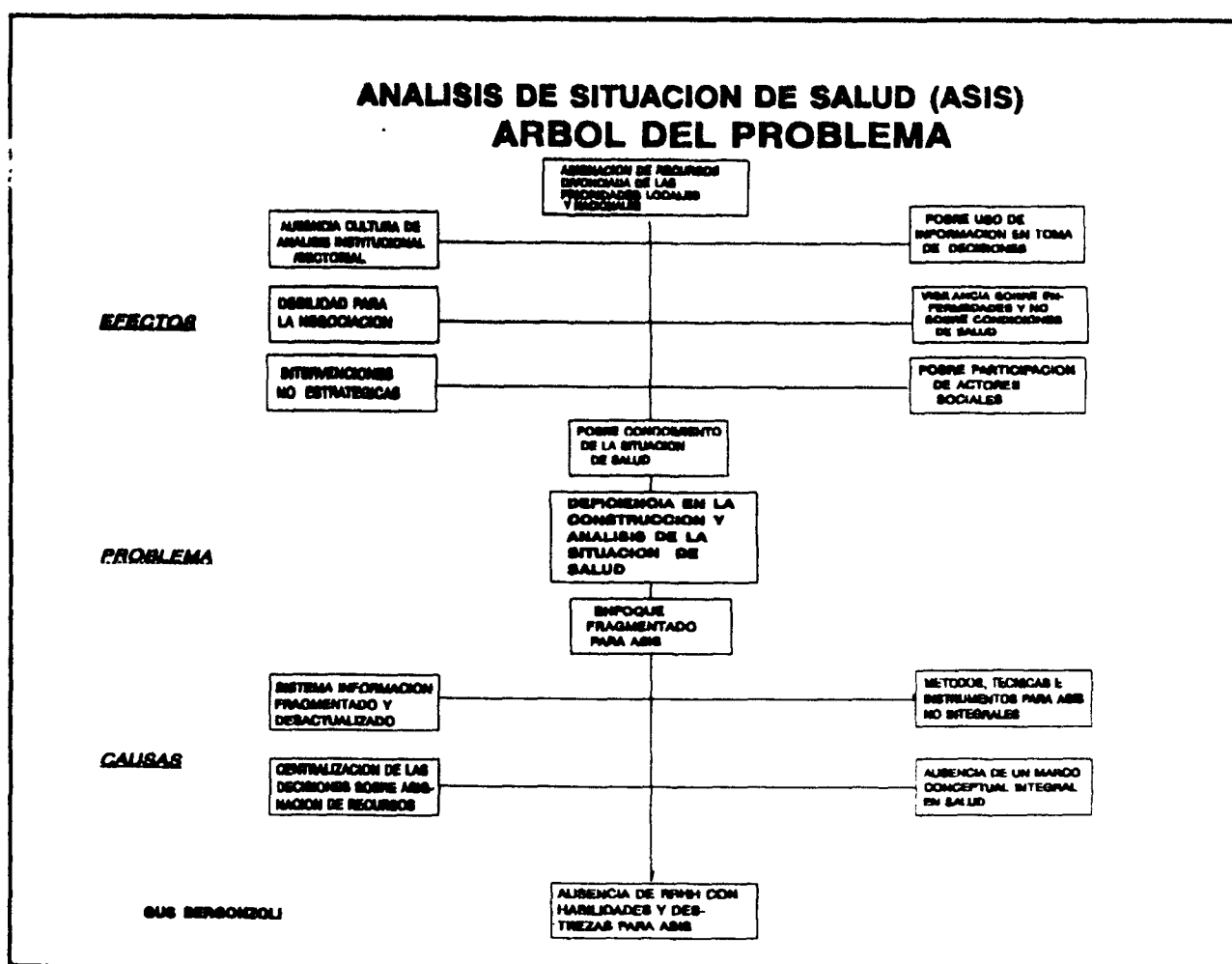


Figura 1

Es necesario reconocer, por un lado, que los responsables de la conducción y administración de los sistemas locales de salud, no están acostumbrados a formular sus necesidades en materia de información; y esto hace que las decisiones tomadas estén basadas más en criterios intuitivos, que en información objetiva sobre las condiciones de vida de la población y sus factores de riesgo.

También se impone reconocer, por el otro lado, la carencia de instrumentos sencillos y prácticos, que permita sistematizar e instrumentalizar el análisis de situación de salud. Por supuesto que la carencia de definición de un cuerpo de conocimientos teóricos comprensivo, ha impedido que la estructura y función de los servicios se desarrolle armónicamente; quedando reducida, prácticamente, a la simplista relación salud-curación. Ya fue, claramente, establecido por el Dr. Ginawi cuando expuso : " Los cuidados médicos, sin más, nunca aplacará el hambre, ni proporcionaran viviendas, ni harán llegar el agua a quienes no la tienen. Por eso, la salud forma parte integral del desarrollo socioeconómico."

Es indudable que el Sector Salud, particularmente, en el Tercer Mundo, se ha quedado a la zaga del desarrollo epistemológico contemporáneo, continuando aferrado a un enfoque esencialmente reparativo centrado en esquemas hospitalarios, de alto costo y baja cobertura.

Esta situación exige una redefinición para hacer el tránsito desde los modelos de atención tradicionales y verticales, hacia aquellos que se plantean como procesos horizontales y permanentes, en el espacio y el tiempo; con el propósito de mantener y recuperar la salud, facilitar salvar obstáculos bio-sico-sociales, promover el autocuidado, atender precozmente el riesgo y reducir el daño.

La falta de un sistema de información institucional y sectorial, ágil y suficiente, para la vigilancia, dirección y regulación de los procesos de producción social de salud, por parte de los Ministerios de Salud, ha contribuido al debilitamiento progresivo del proceso de negociación y toma de decisiones.

En Costa Rica se ha venido desarrollando un proyecto para el fortalecimiento de la función rectora por parte del Ministerio de Salud para que conduzca el proceso de producción social de salud, para subsanar las debilidades anotadas.

3.2 JUSTIFICACION

Es evidente que la función de Rectoría en Salud le corresponde, por delegación del Estado, a los Ministerios de Salud; pero es innegable que dicha función no ha sido totalmente asumida debido a diferentes factores limitantes; entre ellos, la falta de un conocimiento oportuno e integral sobre la situación de salud de las comunidades. Esta debilidad ha traído como consecuencia una sistemática pérdida de la capacidad de convocatoria y, de paso, una pérdida del poder político necesario para la conducción y negociación con los diferentes actores sociales.

Esta situación ha llevado, en Costa Rica, al consenso de que para lograr mejores niveles de salud en la población es necesario tener en cuenta la acción sinérgica y armónica de múltiples sectores sociales y no solamente del comúnmente llamado sector salud, que es esencia el sistema de servicios de salud^(7,8).

El análisis de la situación de salud, nos permite identificar los actores sociales pertinentes que deben participar en la negociación para la construcción de la respuesta social organizada para enfrentar, eficaz y eficientemente, los factores que fortalecen o debilitan la salud individual y comunitaria.

La vigilancia de la salud, entendida no solamente como el monitoreo de las desigualdades e inequidades sociales, sino también como la medición y evaluación de los factores que potencializan el nivel de salud y los productos alcanzados por la acción de la sociedad en su conjunto, en aras del bienestar comunitario; será efectiva en la medida en que el conocimiento obtenido por el análisis de la situación de salud fortalezca la gestión administrativa.

Este conocimiento debe ser, también, la base para los contenidos temáticos para el desarrollo de estrategias de promoción y comunicación social de la salud para generar altos grados de compromiso y concertación en los diferentes actores sociales hacia el logro de objetivos de salud comunes⁽⁹⁾.

En Costa Rica, históricamente, se ha dado un interesante desarrollo epistemológico sobre el concepto de la salud como **Producto Social**.

⁷ Sistema de Rectoría en Salud y su perfil básico para su gestión. Ministerio de Salud, República de Costa Rica, pp 15-22, versión preliminar. San José, agosto de 1993.

⁸ Proposición de un modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud. Educ Méd Salud, Vol 27, No 1, 1993.

⁹ Condiciones de Salud en las Américas. Caso: Costa Rica. Edición 1994, documento para discusión. Ministerio de Salud, OPS. San José, Julio de 1993.

Con este desarrollo epistemológico de salud, entendida como la resultante de la acción de la sociedad en su conjunto; la producción social de salud y bienestar en los espacios-población es, ahora, responsabilidad de todos los actores sociales, sean estos públicos, privados, mixtos o no gubernamentales, bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Esta nueva concepción de salud exige de metodologías innovadoras para la construcción de la Situación de Salud en los niveles local, regional y nacional. Pero metodologías que, además, de superar los enfoques tradicionalmente fragmentados o reduccionistas, presenten suficiente consistencia entre el marco conceptual multifactorial y polidimensional en la producción de salud y las técnicas e instrumentos que hagan posible el procesamiento de variables pertenecientes a dicésmiles vectores o dimensiones de análisis para lograr construir la situación de salud y priorizar sus problemas para asignarle, proporcionalmente, a cada sector su cuota de responsabilidad en el logro del impacto social.

Como consecuencia, el alcanzar y mantener el nivel de salud se ha desplazado desde el sector salud, como responsable exclusivo, hacia la sociedad en su conjunto⁽¹⁰⁾.

El conocimiento obtenido, bajo este enfoque, permitirá la formulación de políticas saludables, diseñar intervenciones integrales, movilizar recursos y evaluar impacto en aquellos grupos expuestos a la acción de los servicios públicos.

Para que el Ministerio de Salud pueda ejercer, eficazmente, su función como Rector, es necesario que disponga de métodos, técnicas e instrumentos que le permitan identificar los grupos expuestos a riesgos diferenciales de enfermar y morir, según sus condiciones de vida y el grado de inserción en el desarrollo social.

Históricamente, los servicios de salud siempre han intentado la construcción y análisis de la situación de salud mediante el empleo de diferentes metodologías con variados enfoques conceptuales.

Muchas metodologías han sido recomendadas y utilizadas para la construcción de la Situación de Salud, en los diferentes niveles de gestión.

Todas ellas hicieron, en su momento, importantes contribuciones para el desarrollo de métodos que permitieran la construcción de la situación de salud. Sin embargo, dichas metodologías se basaron en enfoques fragmentarios o reduccionistas lo cual no permitió el abordaje de la atención a la salud en forma integral.

Algunas de las metodologías utilizadas hasta ahora, obedecían a un criterio biológico y por ello estaban muy centradas en los perfiles de morbilidad y mortalidad. Otras hacían referencia a un enfoque eminentemente economista, basado en rendimiento y

¹⁰ Memoria. Foro: La Salud como producto social en el Estado moderno - Su rectoría-. Ministerio de Salud, OPS, San José Junio de 1993.

productividad, las cuales fueron reconocidas como "eficientistas". Hay, además, algunas metodologías que establecieron una combinación de varios enfoques, la más conocida de estas es la identificada como relación oferta-demanda.

Con base en los enfoques utilizados y la definición restrictiva de salud empleada, se popularizó el concepto de que el nivel de salud era responsabilidad del sector salud exclusivamente, y no como producto del desarrollo armónico de la sociedad en su conjunto. Esta restricción impedía, por un lado, la verdadera integración intersectorial; y por el otro, el visualizar a la salud dentro del desarrollo social global.

El interés por conocer la situación de salud en los diferentes espacio-población sigue vigente y esto es así, debido a que se reconoce la importancia de este conocimiento para la planeación de la oferta en forma estratégica, para el diseño y aplicación de estrategias de intervención más selectivas y de alto impacto social, para lograr una apertura programática intersectorial real, para mejorar el balance entre las actividades curativas y preventivas en el modelo de atención, para realizar un monitoreo y evaluación ligada al peso específico de factores tanto agresores como protectores de la salud, para la construcción de escenarios de salud que le den un sentido de destino a las acciones realizadas, para identificar áreas de responsabilidad compartida con otros actores sociales en el proceso de promoción de la producción social de salud, para mejorar la capacidad de negociación del sector en su participación en el presupuesto nacional, para racionalizar la inversión en salud identificando áreas de alto rendimiento social y para muchas otras aplicaciones.

Conviene reconocer que en todos los niveles de la organización sectorial existen datos suficientes para realizar una gestión administrativa más racional, Sin embargo, estos datos no son convertidos en información y conocimiento para la administración estratégica debido a la falta de métodos, técnicas, instrumentos para la construcción de la situación de salud y cultura de análisis institucional y sectorial. Lo que hizo que se tomara la decisión política de identificar metodologías que tomarán en cuenta esta situación.

Esta metodología se propone contribuir a la recuperación de la excelencia técnica y política del sector, mediante el desarrollo de la capacidad para construir y analizar la situación de salud, producir el conocimiento necesario para diseñar intervenciones estratégicas y evaluar el impacto social, de acuerdo al particular contexto de cada área de salud del país, utilizando para ello un marco conceptual más comprensivo.

Estas aplicaciones del análisis de la situación de salud, exigen que nos detengamos un poco en la discusión y análisis de lo que entendemos como tal. Si examinamos, cuidadosamente, el término "análisis de situación de salud" observaremos que nos enfrentamos a tres componentes diferentes, ellos son :

- 1) Análisis
- 2) Situación y
- 3) Salud

Es importante, entonces, que intentemos definir o por lo menos aclarar a qué nos referimos cuando mencionamos cada uno de ellos.

ANÁLISIS En primer lugar, con relación a éste componente, tenemos que admitir que más importante que examinar el tipo de análisis, lo que en realidad interesa es el **enfoque** que se decide utilizar para realizar el análisis, en este sentido debemos recordar los enfoques más usualmente empleados, a saber :

- a) Enfoque Biologista (demanda)
- b) Enfoque Sociológico
- c) Enfoque Ecológico
- d) Enfoque Economicista (eficientista)
- e) Enfoque de servicios de Salud (oferta)
- f) Enfoque Holístico (sistémico)

Esta metodología propone para el análisis utilizar un enfoque que permita el uso integral de la información disponible, perteneciente a los diferentes sectores del conocimiento y desarrollo social, y para ello escogió el enfoque **Holístico**.

SITUACIÓN Con relación a éste componente la decisión radica en si referirse a una situación que involucre:

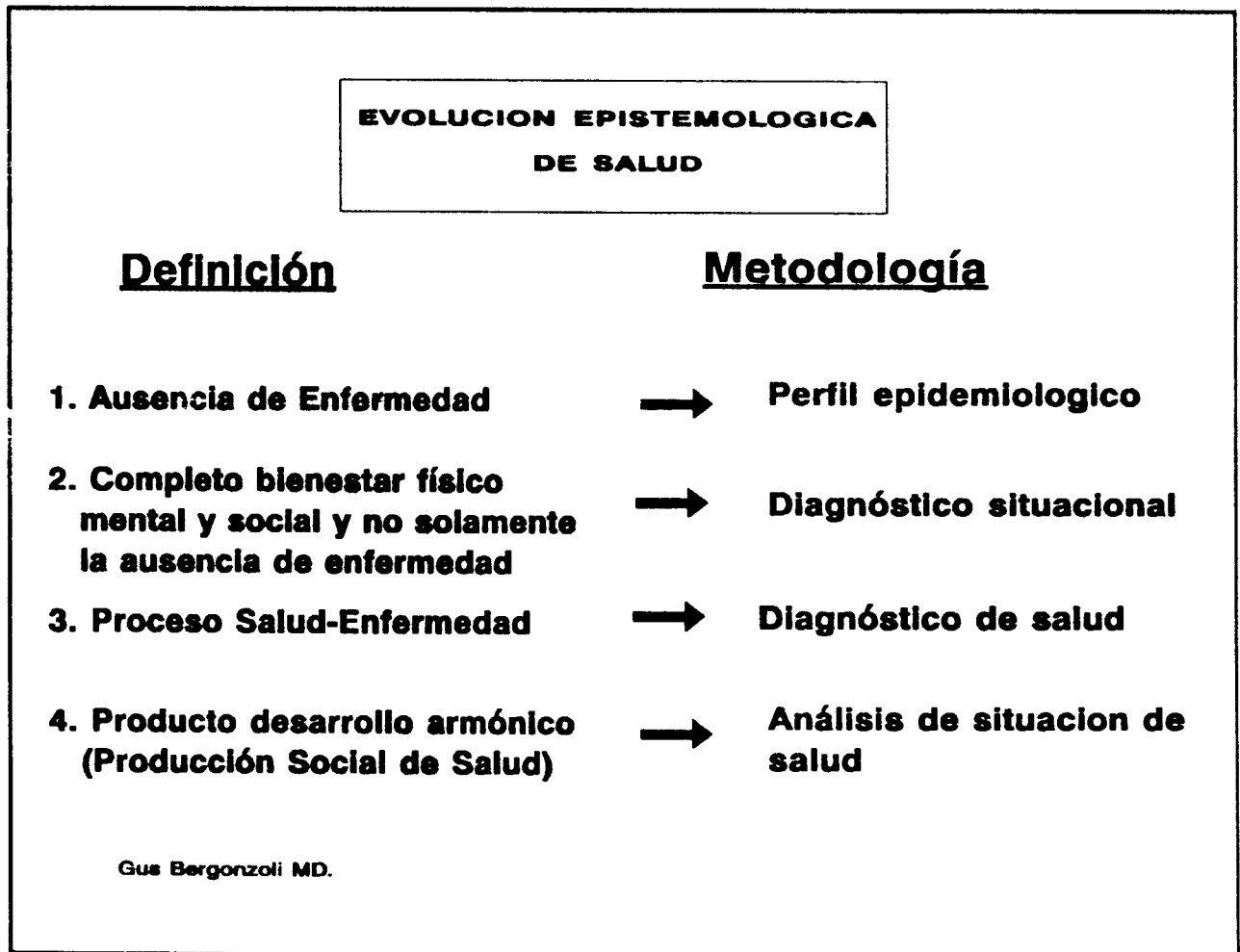
- a) La situación Institucional,
- b) La situación Sectorial,
- c) La situación Extrasectorial, o
- d) La situación que involucre a éstas.

Tenemos que admitir que hemos estado muy familiarizados con el diseño de situación Institucional y un poco la Sectorial, y por ello conocemos bastante bien lo que se relaciona con aquella situación resultante de la demanda espontánea atendida en nuestros servicios. En la medida que se ha tratado de superar el enfoque biologista y de servicios de salud, se ha empezado a manejar información perteneciente a sectores diferentes al de Salud; sin embargo, conocemos muy poco del manejo de ésta información.

Esta propuesta maneja el concepto de construir una situación de salud que logre involucrar, balanceadamente, la situación intersectorial para ser congruentes con el marco conceptual propuesto.

SALUD

Con relación a éste termino lo que se impone es aclarar que definición utilizaremos para el desarrollo de la metodología. Este es un punto crucial pues sabemos que la definición delimita el ámbito de acción de las técnicas y métodos que se propongan (Cuadro No. 1). Baste recordar algunas de las definiciones más conocidas :



Cuadro No. 1

a) Salud es "ausencia de enfermedad".

Esta definición esta basada en el supuesto de que se puede inferir sobre el estado de salud a partir de la medición de estado de enfermedad y muerte; pues son, según el supuesto de ésta definición, complementarias. Se basa en el principio probabilístico de que el riesgo de enfermar más el riesgo de estar sano es igual a la unidad. Esta definición, basada en el enfoque biologista, dio origen a la metodología conocida como "Perfil epidemiológico", basado en indicadores negativos, esto es, la medición de la enfermedad para de allí

inferir sobre el estado de salud. Esta es una metodología cuantitativa. El estado de salud obtenido era completamente **estático**.

- b) **Salud es "el completo bienestar sico-bio-social y no solamente la ausencia de enfermedad".**

Esta definición propuesta para superar el enfoque biologista, abrió las compuertas para el empleo de indicadores de otras áreas, pero se siguió la pauta de medir solo la carencia o la ausencia de la característica, es decir, aspectos tales como la cantidad de vivienda **sin agua intradomiciliaria**, el porcentaje de analfabetas, etc.

Significó un notable avance en cuanto al empleo de datos de sectores diferentes al sector Salud y, en consecuencia, permitió el uso de otras escalas de medición diferentes a las cuantitativas, **exclusivamente**. Sin embargo, el hecho de carecer de destrezas para manejar y, sobretodo, interpretar, este nuevo tipo de información, hizo que el tipo de análisis fuera muy **reducionista** en el sentido de darle mayor relevancia a aquellos datos que se conocían mejor. Esta definición, basada en una combinación de enfoques, dio origen a la metodología reconocida como **"Diagnóstico situacional"**, cuantitativa y estática.

- c) **Salud como "un Proceso"**

Esta nueva definición dio origen a la teoría reconocida como "Proceso Salud-Enfermedad". Esta definición marcó, un nuevo avance en la conceptualización, permitiendo romper con el **estatismo** en la medición del estado de salud en una comunidad. El concepto de proceso le infundió **dinamismo**, permitió introducir la etapa de seguimiento o monitoreo y le otorgó responsabilidad en el equilibrio de Salud-Enfermedad a factores de otros sectores, al mismo nivel de los factores del sector salud. Permitted conceptualizar al proceso como el resultado del efecto de múltiples y variados factores, es decir, la **multifactorialidad**.

En esta metodología introdujo la aplicación de indicadores **positivos**, como un complemento a los tradicionales. Pero aun dentro de esta metodología el estado de salud en una comunidad es, **exclusivamente**, responsabilidad del Sector Salud. Se reconoce a ésta metodología como: **"Diagnóstico de Salud"**.

- d) **Salud en el Desarrollo**

Esta nueva definición liberó al sector salud de la responsabilidad, exclusiva, de la producción de la Salud; trasladándola a la **Sociedad**, en su conjunto.

El nivel de Salud es concebido, ahora, como la resultante de las acciones que los Sectores de la Sociedad, ejecutan, con el fin de proporcionar las mejores opciones (las más saludables) a sus ciudadanos para que desarrollen, individual o colectivamente, sus potencialidades en aras de alcanzar el máximo bienestar. Se concibe, entonces, a la Salud como un producto alcanzable mediante aproximaciones sucesivas, de manera que no existe un nivel último, pero si un nivel óptimo, por debajo del cual la calidad de vida se convierte en una amenaza para la población. Esta definición persigue rescatar la atención de salud de los hospitales, para trasladar parte de la responsabilidad a la comunidad y a los otros sectores del desarrollo.

Es precisamente este concepto, el de salud como producto del desarrollo armónico de una sociedad, el que sirvió de marco de referencia conceptual para el diseño y desarrollo de la metodología propuesta.

3.3 METODOS Y TECNICAS PARA EL ANALISIS DE SITUACION DE SALUD

El marco de referencia metodológico para el ASIS se fundamenta en el enfoque sistémico según nivel de aplicación (local, regional y nacional); cada nivel de gestión cuenta con una entrada, un proceso y una salida (Figura 2).

La entrada la constituye la información obtenida en las dimensiones de análisis. El proceso consiste en el manejo de datos y la aplicación de técnicas estadísticas (cualitativas y cuantitativas) según nivel de gestión. La salida corresponde al conocimiento de la situación de salud, útil para la selección de alternativas de negociación; esto con el objetivo de alcanzar una situación de salud deseable y establecer comparaciones a lo largo del tiempo, que permitan evaluar el avance de progreso en el balance de las metas, y la efectividad de las intervenciones.

Bajo el enfoque sistémico, las etapas propuestas para el análisis de la situación de salud, en cada nivel de gestión, son:

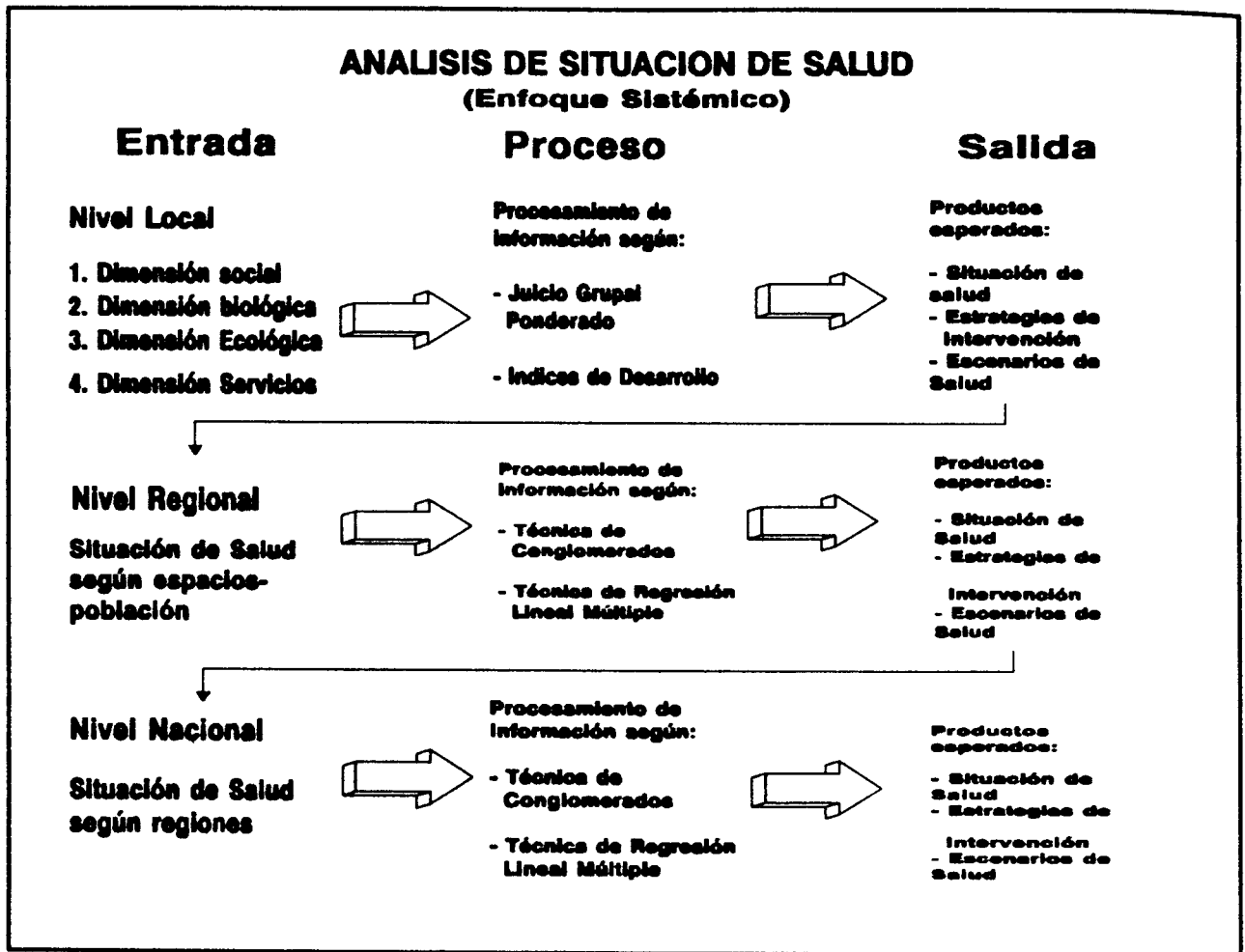


Figura 2

Identificación y Selección de Variables

El diseño de instrumentos que oriente la captura homogénea de datos, requiere la elaboración de una matriz en cada dimensión de análisis. En tal elaboración se han considerado variables básicas para cada caso; por supuesto, con una gran flexibilidad, de manera que cada nivel de gestión pueda incorporar las variables que considere necesarias, para su análisis de situación de salud, según su contexto socio-político.

En cada una de las dimensiones de análisis deben estar presentes variables con capacidad trazadora; esto es, que posean poder discriminatorio; pero esto no constituye una limitante respecto al uso de otras variables con menor capacidad. Lo fundamental es que esta condición permita la construcción de índices de desarrollo que reflejen las inequidades presentes en los diferentes espacios-población, según la dimensión de análisis. (ver anexo No. 1)

En la estructura propuesta para las matrices se identifican las siguientes columnas:

Estructura de la Matriz para cada Dimensión de Análisis

Nivel de Análisis:

En esta columna, se deben identificar las áreas de interés para el análisis en el nivel macro.
Ejemplo: En la dimensión ecológica puede interesar el uso de sustancias tóxicas en la agroindustria.

Categorías:

Aquí se debe identificar el desglose de los niveles de análisis, según las unidades específicas. Ejemplo: Agroquímicos, discriminados como herbicidas, funguicidas, etc.

Datos Básicos:

En ésta, se debe identificar los datos que requiere cada categoría para la construcción de indicadores (tradicionales y nuevos) pertinentes para el análisis. Cantidad de sustancias importadas, producidas o empleadas. Además composición química, órgano-fosforados, clorinados, etc.

Fuentes de Información:

En esta columna, deben ser identificadas las fuentes primarias y secundarias, formales e informales, donde se pueda localizar la información requerida para los datos básicos.
Ejemplo: Ministerios de Comercio Exterior y/o Desarrollo, Agricultura, Universidades, Centro de Investigación, etc.

Factores Explicativos:

Aquí se identifican aquellos factores que, de acuerdo a la experiencia y el conocimiento, ayuden en el análisis e interpretación de los indicadores construidos. Se pretende incorporar, factores del entorno que contribuyan a explicar la situación detectada.

Condiciones conocidas de efectos sobre la salud humana, animal, alimentos y calidad de los suelos, aire y agua, etc.

Procesamiento de Datos

Se propone la aplicación de técnicas estadísticas de carácter cuantitativo y cualitativo. Estas se desarrollarán según los niveles de gestión, que son local, regional y central o de ámbito nacional.

Nivel Local

En este nivel se desarrollarán técnicas cualitativas, tal como la del Juicio Grupal Ponderado; también se aplicarán otras de carácter cuantitativo como se puede observar en el esquema que se plantea a continuación. A partir de ellas, se construirán los índices de desarrollo para cada dimensión de análisis, lo que permitirá identificar desigualdades e inequidades, en el espacio-población pertinente.

Técnica Cualitativa. Juicio Grupal Ponderado

2.1.1 Juicio Grupal Ponderado

Es una técnica de carácter cualitativo, que permite la participación activa y ordenada de actores sociales inmersos dentro de una situación, en este caso de salud. Se utiliza en la recolección sistemática de información cualitativa, con el propósito de abrirle un espacio a Datos e Información no manejados rutinariamente por el sector salud, con vistas al análisis de situación de salud desde una perspectiva integral.

Se refiere al consenso que debe lograr un grupo de actores sociales con relación a la priorización de problemas de salud en un espacio-población.

Es útil para lograr el desarrollo y fortalecimiento de la participación social en el proceso de planificación, que comprende los pasos de identificación, priorización, intervención y evaluación de los problemas de salud. Por ello se recomienda, prioritariamente, en el nivel local.

Respecto a su campo de aplicación, cabe destacar los siguientes:

- a. Valoración del éxito de un proyecto existente.
- b. Estimación del potencial de éxito de un programa.
- c. Desarrollo de las prioridades que deben ser consideradas por los planificadores en la formulación de planes y programas o proyectos.
- d. Identificación y priorización de los factores que fortalecen o limitan la producción social de salud.

Esta técnica tiene la fortaleza de hacer posible el uso de información de tipo cualitativo que se genere en la discusión grupal controlando el sesgo de autoridad, debido a que la participación de los actores sociales no se hacen enteramente en forma verbal, asimismo, da cabida la experiencia y el conocimiento que los actores sociales tienen de su área.

La tarea fundamental de la técnica cualitativa, es ofrecer un procedimiento sistemático para recolectar, ponderar y analizar los datos.

La aplicación de esta técnica hace necesaria la selección y capacitación de uno o más funcionarios del equipo local de salud, para que conduzcan el proceso; previa dotación de insumos.

Lista de insumos mínimos necesarios:

Un rotafolio	Lapiceros
Una pizarra	Cinta adhesiva
Papel para escribir	Tarjetas
Marcadores multicolores con punta de fieltro	Una calculadora (dos si es posible)

Fase I.

Propósito: Identificar los eventos prioritarios (fortalezas o debilidades)

Etapas

- a) Identificación de las personas y organizaciones relevantes, en grupos conformados entre cinco y diez, que sean actores claves de la comunidad. Deben conocer, verdaderamente, la problemática en consideración; se tratará de que haya un balance en la proporción de hombres y mujeres, para evitar sesgos de género.

- b) **Designación de un moderador; debe reunir características de liderazgo, así como tener conocimiento de la técnica y de la problemática.**

Etapa 2

- a) **Presentación del tema en consideración por parte del moderador. Por ejemplo, construir la "Situación de Salud".**
- b) **Cada miembro del grupo debe identificar y anotar en las tarjetas, aquellos eventos que considere importantes dentro de su contexto, para el Análisis de Situación de Salud. Los problemas anotados deben ser formulados en silencio, sin discutirlos con nadie más.**
- c) **Se anotan en el rotafolio o pizarra, todos los problemas identificados, sin señalar a su autor.**

Etapa 3

Propósito: Exposición de los problemas identificados por el grupo. Para ello el moderador debe:

- a) **Garantizar una participación igual a todos los miembros, en la presentación de sus ideas.**
- b) **Escribir los problemas identificados por el grupo, para que sean transcritos en el rotafolio.**
- c) **Exponer al grupo el alcance de los problemas identificados, lo que podría lograr la identificación de nuevos problemas.**
- d) **Alentar la tolerancia ante las ideas conflictivas.**
- e) **Proporcionar un registro escrito.**
- f) **Establecer, rápidamente, un sistema de trabajo ordenado y evitar las discusiones marginales.**
- g) **Dirigirse a cada uno de los miembros del grupo y recoger las tarjetas donde anotaron los problemas identificados.**

- h) **Escribir en el rotafolio, en un lugar visible para todos, cada problema identificado.**

Etapa 4

Discusión breve de cada uno de los problemas del listado, según el orden en que aparecen. El moderador lee el primer problema y pregunta al grupo si hay algún comentario o aclaración (sea en favor o en contra). Si no hay discusión, se lee y comenta el siguiente y así sucesivamente hasta el último.

Se debe evitar argumentaciones y discusiones largas, para asegurar la revisión de todos los problemas anotados.

Etapa 5

Asignación de puntaje a los problemas previamente identificados, mediante un proceso de votación. Se recomienda el siguiente procedimiento:

- a) **De entre todos los problemas registrados, se pide a cada participante seleccionar los más importantes (usualmente cinco) a su juicio.**
- b) **Al problema considerado más importante se le asignará el número (valor) de cinco, y el uno al menos importante.**
- c) **El moderador procederá, acto seguido, a hacer la respectiva tabulación de los votos. Resultado de ésta, ordenará de mayor a menor frecuencia, los temas conforme al puntaje obtenido. Debe tener mucho cuidado en detectar patrones de inconsistencia en la votación de cada problema (por ejemplo, puntajes extremos de 5 y 2).**

Etapa 6

Cuando identifique una disparidad en la votación, debe analizarse las razones por las cuales algunos problemas presentan diferencias en el puntaje asignado por cada participante. El moderador debe escoger los problemas con puntajes extremos y discutirlos con el grupo en términos generales, sin identificar a la persona que los planteó. Tales diferencias pueden obedecer a las siguientes causas:

- a) **Confusión acerca del significado del problema**
- b) **Algunos participantes podrían tener mayor información que otros.**
- c) **Diferencias reales en los juicios de los participantes sobre el problema.**

El intercambio de opiniones en cada caso, debe ser breve. Al final, el moderador debe insistir en que la intención de este paso no es hacer que la gente cambie sus opiniones sino, solamente, clarificar sus percepciones. Si éstas cambian, se les reasignará el puntaje respectivo.

Etapa 7

Propósito: Reducir la lista a diez problemas o menos, y se procede así:

- a) **Se utilizará el mismo procedimiento de votación presentado en la etapa 5; la única diferencia es que, sólo se incluirán aquellos problemas que recibieron puntaje.**
- b) **No se debe concluir sino cuando la lista se haya reducido por lo menos a diez problemas. Si se presenta el caso de numerosos empates y no se reduce el número, el moderador debe solicitar la cantidad de votaciones necesarias para alcanzar la meta.**

Fase II

Propósito: Valorar el éxito observado o el potencial de éxito de los problemas identificados.

Etapa 1

Se debe calcular el cociente de éxito, para lo cual el moderador procede a:

- a) **Hacer la siguiente pregunta:**

¿Cuál es la posibilidad de que cada uno de los problemas seleccionados, en el análisis de situación de salud, pueda ser intervenido efectivamente?