

INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACION DEL

ANÁLISIS SITUACIONAL INTEGRAL DE SALUD
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

METODOLOGÍA DE TRABAJO

MINISTERIO DE SALUD DEL ECUADOR

Quito, Septiembre 2014

Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Viceministerio de Atención Integral de Salud
Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública

INDICE

I.	PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO	4
II.	Definición del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) y su lugar en el Modelo de Atención Integral de Salud	6
III.	Metodología de trabajo para el desarrollo del ASIS	7
	3.1 Primera fase: Producción del Diagnóstico Situacional	8
	3.1.1 Índice: bloques temáticos del Diagnóstico Situacional	10
	3.2 Segunda fase: Conformación o fortalecimiento del Comité Local de Salud	33
	3.3 Tercera fase: Socialización del Diagnóstico Situacional, validación y elaboración del Plan Local de Salud (PLS)	35
	3.3.1 Priorización del problema	37
	3.3.2 Elaboración del Plan Local de Salud	38
	3.4 Cuarta fase: Implementación, acompañamiento y seguimiento del Plan Local de Salud	41
	3.5 Quinta fase: Actualización en base al diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional	42
	Abreviaturas	45
	Glosario	46
	Anexos:	49
	Referencias	70

I. PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO

En el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS_FCI), el concepto de salud se comprende como producto de dos condiciones que interaccionan: las condiciones sociales y biológicas, pero la salud es también una condición y oportunidad fundamental para materializar el buen vivir. La mirada de la salud dentro del contexto social hace que el Modelo se oriente al cuidado de la salud individual y colectiva, fortaleciendo la promoción de la salud basada en la participación social y ciudadana, previniendo la enfermedad, y recuperando la salud.

El ASIS constituye una de las principales herramientas conceptuales y metodológicas para la implementación del Modelo (MAIS-FCI) en el que con la participación de los actores sociales se construye desde lo local el diagnóstico, se analiza la realidad, la identificación de problemas de salud, las prioridades y los medios para transformar esos problemas a través de la construcción de Planes Locales de Salud (PLS) que desde un enfoque y estrategia intersectorial contribuye a la construcción de espacios sociales y ambientales saludables, y asegura el Buen Vivir desde la salud.

Este instructivo orienta y apoya la aplicación del MAIS, en la parte que corresponde al Análisis Situacional Integral de la Salud. El ASIS es una herramienta de la gestión de salud que se ha aplicado a lo largo del tiempo, no es nuevo su uso; sin embargo este suele limitarse en muchos casos a la obtención de un diagnóstico situacional del momento, y era construido únicamente por los miembros de los equipos de salud sin la participación de la comunidad. El producto de esa aplicación del diagnóstico recogía desde un solo punto de vista la problemática de salud de la población lo cual limitó la comprensión y el tratamiento de los problemas de salud. Por otra parte ese diagnóstico no era desarrollado de forma estandarizada por los equipos lo cual dificultó un adecuado aprovechamiento de esta herramienta. En síntesis, el ASIS se veía como el ejercicio de elaboración de un diagnóstico, y no como un proceso social de mayor alcance construido con la comunidad.

En este sentido y en el contexto del MAIS_FCI el presente documento amplía la comprensión del ASIS desde lo conceptual y metodológico. Una mejor comprensión del ASIS y de sus productos ayuda a mejorar su aplicación e impacto en la gestión de la salud pública.

Este instructivo se construyó con la participación de representantes de la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, y profesionales de la salud del Primer Nivel de Atención que intervinieron en la validación del instructivo.

Este documento de orientación está dirigido a las autoridades zonales y distritales, a los responsables de los procesos agregadores de valor de los niveles zonal y distrital, directores de unidades de salud, y a los Equipos de Atención Integral de Salud (E AIS) quienes tienen la responsabilidad de aplicar el proceso del ASIS en el territorio.

Objetivo del instructivo

Objetivo general

Incrementar la comprensión y aplicación del ASIS en lo local, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural para mejorar la gestión de salud con la intervención de la comunidad.

Objetivos específicos

- Orientar y unificar criterios de aplicación del ASIS.
- Establecer los procesos de participación social para la conformación del Comité Local de Salud, y elaboración del Plan Local de Salud.
- Apoyar a la generación de información relevante y al análisis de los determinantes sociales de la salud tomando en cuenta el contexto sociocultural y el de la salud en los respectivos territorios.

Responsables de la aplicación del ASIS

La aplicación del Análisis Situacional Integral de Salud se desarrolla principalmente en el entorno de las unidades o establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) y es ejecutado por los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) compuestos por las y los médicos, enfermeras, y técnicos de atención primaria de salud (TAPS) en sus respectivos territorios. Las zonas y distritos son responsables de coordinar, facilitar el proceso de aplicación del ASIS y gestionar la información del territorio. Los EAIS que desarrollan su trabajo en sus respectivos territorios, son los responsables de retroalimentar de la información del proceso de desarrollo del ASIS a los distritos y estos a su vez, retroalimentan del proceso a las zonas.

La retroalimentación de todo el proceso por parte de los EAIS y la organización de la información en los distritos y en las zonas se complementa (local – distrital – zonal) para tener una visión amplia e integrada del territorio y esto facilita la intervención local de manera participativa con la población para transformar los problemas de salud y generar las condiciones necesarias para el Buen Vivir.

PROCEDIMIENTO		
Nombre del proceso: Construcción del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS)		
A.	Unidad / Puesto	Tarea / Actividad
1	Nivel Zonal de Salud	Las Unidades Zonales de Gobernanza, Vigilancia Epidemiológica de la Salud, Provisión de Servicios, Interculturalidad, Promoción de la Salud e Igualdad Coordinar los procesos para la construcción de los ASIS con el nivel Distrital

		Consolidar los Diagnósticos Situacionales del Distrito para contar con información de la Zona. Apoyar y/o facilitar la gestión intersectorial para la implementación de Planes Locales de Salud en relación con el nivel Distrital y los locales, cuando los mismos no puedan ser resueltos en lo local y requiera de la abogacía (intermediación) del nivel zonal.
3	Nivel Distrital	Las Unidades Distritales de, Vigilancia Epidemiológica de la Salud, Provisión de Servicios, Interculturalidad, Promoción de la Salud e Igualdad Coordinar los procesos para la construcción de los ASIS con el nivel local Consolidar los ASIS-Diagnóstico Situacional locales para contar con información del Distrito. Apoyar y/o facilitar la gestión intersectorial para la implementación de Planes Locales de Salud en relación con el nivel Distrital y los locales, cuando los mismos no puedan ser resueltos en lo local y requiera de la abogacía (intermediación) del nivel distrital. Supervisión, monitoreo, y Evaluación.
4	Establecimientos de Salud	El Director coordina con los EAIS el proceso para la el desarrollo del ASIS y construcción del Diagnóstico Situacional en cada establecimiento de salud (unidad operativa).

II. DEFINICIÓN DEL ANÁLISIS SITUACIONAL INTEGRAL DE SALUD Y SU LUGAR EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

El análisis de situación integral de la salud implica el desarrollo de un proceso metodológico que permite generar, a través de la participación social, información, análisis e intervención sobre la realidad. La metodología permite el desarrollo de actividades que posibilitan construir procesos sociales para la resolución de los problemas de salud y la generación de condiciones saludables.

El ASIS es una herramienta que sirve para desarrollar el análisis de la realidad como una condición necesaria para la intervención. La OPS al respecto menciona que el ASIS “permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud – enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estas de competencia del sector salud o de otros sectores” (1). Al ser, también, una herramienta de información, el ASIS permite identificar y priorizar los problemas, pero también, genera evaluaciones de impacto en salud.

La construcción del ASIS tiene varios propósitos:

El desarrollo de mecanismos de participación en procesos de construcción social.

- La caracterización de la situación de salud de la población y el análisis de los determinantes sociales de la salud.
- La definición de problemas y prioridades de la población, así como la verificación del cumplimiento de las políticas públicas en salud.
- La formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y recuperación de la salud, así como la identificación y potenciación de los factores protectores de la salud.
- La construcción de escenarios prospectivos, ya que se puede apreciar las tendencias, evolución de los problemas o de la resolución de los mismos.

El ASIS, sirve para el desarrollo de procesos de abogacía y de negociación política, así como para la conducción institucional, movilización de recursos, el uso y socialización de información.

Esto contribuye “a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las principales necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social”. El desarrollo de la participación social, se da no solo en la construcción de los datos, sino en su validación, priorización, búsqueda de respuestas y en las soluciones. Un paso importante para esto, es la medición y análisis de las inequidades y determinantes sociales de la salud.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) plantea un cambio en la comprensión y orientación relacionada con la salud, y un aspecto central es el entender la salud como el resultado de una doble dimensión estrechamente relacionada que viene dada por las condiciones sociales y biológicas que constriñen la salud y el bienestar de la población. Esto puede entenderse como las Determinantes Sociales de la Salud.

Las Determinantes Sociales de la Salud hacen referencia al “conjunto de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son las condiciones que determinan la salud. Son -también- el conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades” (MSP, MAIS, 2013: 40) (2).

En el marco del ASIS se desarrolla el análisis de las determinantes sociales de la salud para comprender las causas de fondo que inciden en la condición de vida y en la salud de la población, es decir, plantea entender “las causas de las causas” de los problemas de salud para trabajar con la población, y los diversos actores sociales en la solución de esos problemas, en la transformación de la calidad de vida, en la reducción de las inequidades y en la creación de familias, comunidades y distritos saludables lo cual contribuye a materializar el Buen Vivir o Sumak Kawsay.

III. METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO DEL ASIS

La elaboración del ASIS se sustenta en una metodología participativa y es un proceso dinámico que comprende las siguientes fases: el diagnóstico situacional inicial como una primera “fotografía” del territorio y sirve de base para complementar a lo largo del tiempo, la identificación y priorización de problemas, la construcción de planes locales y distritales de salud, el seguimiento y evaluación, la construcción de las salas situacionales de salud.

¿Quiénes participan en la elaboración del ASIS?

- El ASIS debe implementarse en cada establecimiento de salud del primer nivel de atención y es de responsabilidad directa del director/a la coordinación, los E AIS y del resto de integrantes del equipo de salud y los actores comunitarios. Cada equipo de atención integral de salud tiene la responsabilidad de elaborar el diagnóstico inicial del territorio y de la población asignada y el director/ra o su delegado consolida el diagnóstico de la unidad territorial-poblacional asignada.
- La dirección distrital consolida los diagnósticos situacionales de los establecimientos de salud de su ámbito de intervención y elabora el diagnóstico situacional distrital
- La actualización y complementación de datos debe realizarse una vez al año.

Fases de aplicación del ASIS:

- **Primera fase:** Producción del Diagnóstico Situacional, siguiendo la estructura (orden de temas) y las pautas que se establecen en este instructivo.
- **Segunda fase:** Conformación y/o fortalecimiento del Comité Local de Salud
- **Tercera fase:** Socialización y validación del Diagnóstico Situacional, identificación de los problemas y prioridades con los actores locales, elaboración participativa del Plan Local de Salud (PLS).
- **Cuarta fase:** Implementación, acompañamiento y seguimiento del PLS.
- **Quinta fase:** Actualización del diagnóstico dinámico en el contexto de la sala situacional. Evaluación y monitoreo de los resultados.

3.1 PRIMERA FASE: PRODUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Diagnóstico Situacional (DS) es la recopilación de la información de base que sirve como una suerte de fotografía de la realidad local, desde la cual se parte para tener una primera visión de los aspectos que permiten caracterizar a la población y la problemática social y de la salud en el espacio territorial correspondiente. Este es un ejercicio de investigación y levantamiento

de información, y es una parte fundamental del ASIS como metodología de trabajo en la relación salud – sociedad. Este diagnóstico requiere contar con información -cualificada- y análisis de los determinantes sociales de la salud a nivel biológico, económico, social, cultural y ambiental que inciden en la calidad de vida y en los procesos individuales y colectivos de la salud.

El propósito básico del DS es caracterizar y analizar la información para posteriormente incidir en las causas básicas de la relación salud-enfermedad. El DS está compuesto por varios bloques temáticos que proporcionan una organización y orden lógico que da una estructura estándar y definida al DS.

Directrices generales

- El Diagnóstico Situacional comprende el levantamiento organizado y participativo de la información, y el análisis de las determinantes sociales de la salud que son insumos para la identificación de problemas, prioridades que sirven para formular el Plan Local de Salud. El levantamiento de la información en el DS implica la revisión de las fuentes documentales que contienen datos del territorio, así como el recoger información de actores clave de la población.
- El nivel central, así como las zonas y distritos facilitaran a los equipos de atención integral de salud la información estadística nacional dispuesta en las bases de datos (INEC, SIISE, GEOSALUD, etc.)¹ en caso que no puedan acceder a dicha información o bases de datos desde los establecimientos de salud.

Los pasos previos para desarrollar el Diagnóstico Situacional son los siguientes:

- Informar a la población del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y de la realización del DS en el cual la población participa a través de actores clave o relevantes del territorio.
- Dinamizar la participación ciudadana.
- Realizar una revisión documental (censos, monografías, informes previos, Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial, etc.) haciendo una recopilación de la información que existe del medio.
- Elaboración del mapa de actores con el equipo de atención integral de salud, y con las (los) líderes comunitarios.
- Completar la información del DS con la aplicación de técnicas sociales (cualitativas) con la población por medio de la aplicación de entrevistas, grupos focales, observación directa y observación participativa, estudios de caso, etc., que se describe en los anexos (**Anexo 1: Herramientas sociales para el desarrollo de la participación e investigación con la comunidad**).

¹ Ver en anexo tres las referencias para el enlace y acceso a bases de datos.

- Producción del documento de Diagnóstico Situacional que comprende la información y el análisis de la misma organizada (**Anexo 2:** Ejemplo de análisis de determinantes sociales de la salud) según los bloques temáticos que se describen en este documento (**Anexo 3:** Referencias para el enlace y acceso a bases de datos)
(**Anexo 4:** Formato para presentar el documento de informe del Diagnóstico Situacional)

A continuación la tabla del bloque temático o índice del diagnóstico situacional DS para el desarrollo de la Fase 1.

3.1.1 ÍNDICE: BLOQUES TEMÁTICOS DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

EJE TEMÁTICO	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
1: Caracterización de la unidad geográfico – histórica de la población (CONTEXTO GENERAL)				
Ámbito geográfico: “La unidad geográfica poblacional constituye el espacio básico de gestión de los servicios de salud”. Caracterización general del medio.	Marco geográfico -Ubicación (coordenadas) -Superficie -Altitud -Pisos climáticos, -Clima (humedad, temperatura media) -Regímenes de lluvia y sequía -Límites geográficos, -División política del área, -Descripción de principales cuencas hidrográficas del territorio -Descripción general de la accesibilidad del territorio -Listado de las unidades de población más pequeñas, sectores,	1. Buscar en los GADs en sus diferentes niveles (parroquial – cantonal) la información geográfica disponible. 2. Buscar la información en otras instituciones que puedan disponer de la misma. 3. Si la información es abundante, resumir la misma tomando en cuenta los subtemas solicitados	Levantamiento de información de fuentes documentales (secundarias) Uso de mapas para ilustrar la localización del territorio y apoyarse en el mapa para la descripción geográfica del territorio.	-Instituto Geográfico Militar -SENPLADES -GADs Parroquiales -GADs Cantonales -Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOTs) -GEOSALUD - MSP -Mapas temáticos de otros ministerios e instituciones Información de establecimiento de salud

	barrios, recintos, comunidades. -Descripción de poblaciones de difícil acceso por situación o características geográficas. Identificación de factores protectores en el entorno (geográfico): -Características geográficas del espacio geográfico que favorece a la salud y el Buen Vivir. Ejemplo, Valles (Ej. Vilcabamba), clima, Micro climas, disponibilidad y calidad del agua, existencia de Bosques y Áreas Naturales (protegidas o no).	1. En base a la información anterior, identificar desde el espacio geográfico los factores que pueden favorecer la salud y calidad de vida de las personas o riesgos potenciales 2. Registrar en el documento del DS		-GADs Parroquiales -GADs Cantonales -Planes de Desarrollo y Ordenamiento Información disponible en otras fuentes.
--	--	--	--	--

Ámbito histórico Descripción general de la historia del territorio.	Información histórica: -Descripción histórica de la población. Hitos históricos relevantes y sus actores.	1. Identificar fuentes bibliográficas clave de la historia local. 2. Identificar a actores clave con conocimiento de la historia local. 3. Identificar hitos históricos relevantes y realizar entrevistas a actores claves. 4. Organizar la información e incluir en el DS.	Levantamiento de información de fuentes documentales. Entrevistas con personas que conocen de la historia local.	
---	---	--	---	--

1.1: Características socio ambientales de la población.	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
Ámbito: Hace referencia a las características socio - ambientales del territorio y los problemas o potencialidades que inciden en la población y su entorno.	Información relacionada a la situación ambiental - Aire, aspectos favorables (aire puro) o desfavorables (problemáticas relacionadas con la calidad del aire).	1. Buscar en los GADs en sus diferentes niveles (parroquial – cantonal) la información disponible.	-Revisión documental - Entrevistas a personas calificadas Y Observación directa	-GADs Parroquiales. -GADs Cantonales. -Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOTs)

	- Agua, aspectos favorables como fuentes de agua limpia o desfavorable (problemáticas relacionadas con la calidad del agua, contaminación de los ríos, del agua de riego). - Suelo, tipo de suelo, aspectos favorables, suelos fértiles, productivos o desfavorables (problemáticas relacionadas con la calidad del suelo, como erosión,) -Estado de conservación recursos naturales Amenazas Naturales, Deslizamientos, erupciones, inundaciones, sequías, áreas de riesgo sísmico. Amenazas provocadas por el ser humano (antrópicas) -Lugares potenciales de sufrir incendios provocados, explosiones. Gasolinera	2. Buscar la información en otras instituciones que puedan disponer de la misma. 3. Sí la información es abundante, resumir la misma tomando en cuenta los subtemas solicitados. 4. Breve síntesis de potenciales riesgos y factores protectores		-GEOSALUD – MSP. -Información local -Bases de datos otros ministerios – MAE – -Informes de otras instituciones. -Mapas de riesgo Secretaria de Riesgos
--	---	---	--	---

	Cuarteles con depósitos de explosivos Otros. -Eliminación de desechos sólidos: rellenos sanitarios, vertederos, reciclado e incineración, desechos peligrosos, red pública -Niveles de ruido por fábricas, tráfico, música, altoparlantes. -Fuentes de contaminación ambiental: localización, peligros Potenciales, fuentes de agua contaminada, etc. Gestión de desechos comunes, peligrosos - hospitalarios. Actividad minera Entre otros			
--	---	--	--	--

2: Características demográficas de la población.	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN

Ámbito: Hace referencia a las características demográficas, sociales y económicas de la población a nivel parroquial (es la unidad mínima de acceso a los datos censales que es la base de esta información)	Información Demográfica: Características demográficas: -Número total de la población por sexo, edad, pertenencia étnica, y área de residencia (urbana/rural). -Índice de feminidad. -Tasa de crecimiento. -tasa de dependencia (población menor de 15 años + población mayor de 65 años). Migración: características de la migración/emigración. Ausencia de padres en hogar Población desplazada/refugiada	1. Recopilación y revisión documental de los datos censales, proyecciones, etc. 2. Organización de datos en gráficos o tablas 3. Análisis de los datos 3.	Revisión documental - Revisión de bases de datos del INEC, SIISE. - Revisión de datos de los Planes de Desarrollo Local y Ordenamiento territorial. -De haber otras instituciones en la zona investigar si tienen datos actuales referentes a los temas abordados	-INEC – Censo de población -SIISE Información local -Bases de datos otros ministerios -SENPLADES -Establecimientos de salud - (PDOTs) Otras fuentes, como: los planes de desarrollo local y ordenamiento territorial, información de Instituciones y ONGs, Datos obtenidos por los equipos de salud en años anteriores.
--	---	---	--	---

2.1: Contexto sociocultural	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
Ámbito: Descripción sociocultural (étnica y de identidades diversas)	-Población por auto identificación étnica: por parroquia -Descripción de las principales características socioculturales de la población (idioma, migración, identidad, familia, existencia de autoridades tradicionales, adscripción religiosa, identidades juveniles, diversidad sexual, etc.) - Descripción de la cultura alimentaria -Descripción de las principales tradiciones -Descripción de los ciclos festivos -Descripción de los ciclos productivos -Manejo -sociocultural- del ambiente Descripción de los sistemas médicos	1. Recopilar información bibliográfica sobre grupos étnicos(de haberlos) 2. entrevistas Identificar a personas representativas de la comunidad, barrio, recinto, etc., que puedan ser informantes calificados.	Entrevistas a informantes clave Revisión documental	-Información documental (libros, informes, información internet) -CENSO INEC - Páginas WEB de organizaciones, nacionalidades, organizaciones GLBTI - ONGs y fundaciones -SIISE -Otras Instituciones -Otras fuentes de información local -Personas e instituciones de la comunidad, parroquia o recinto.

	propios - medicina tradicional- -Agentes tradicionales de salud -Concepciones tradicionales de la salud, categorías de la enfermedad. -Conocimientos, prácticas, recursos			
--	---	--	--	--

2.2 Estado de la situación social	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
--	--------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

Ámbito: Caracterización de la situación social de la población en base a la revisión de indicadores y de información cualitativa local	Información: - Violencia social y familiar - Violencia basada en género - Violencia sexual de género - Racismo - Discriminación - Alcoholismo - Consumo de sustancias tóxicas.	1. Revisión documental (libros, informes, internet), si existen datos, sobre estos temas en referencia a las zonas de intervención. 2. Identificar a informantes calificados que nos puedan proporcionar información sobre estos temas, pueden ser maestros, religiosos, técnicos de otras instituciones como el MIES 3. Seleccionar varios grupos de personas	- Revisión documental - Entrevistas a informantes calificados - Grupos focales	Información documental (Bibliotecas en línea, informes, páginas WEB) - Información de personas que conocen la comunidad /Recinto barrio, parroquia, etc. - Actores locales
--	--	--	--	--

		(hombres, mujeres, por grupos de edad, etc.) para realizar grupos focales de los temas que sean más fáciles de ser tratados en grupo.		
	Identificación de factores protectores: - Redes de autoayuda o de apoyo - Organizaciones sociales	a) Hacer un inventario de estas organizaciones, si las hay. b) Propiciar la formación de este tipo de colectivos si la comunidad /recinto, barrio, parroquia lo requiere	- Preguntar sobre su existencia, conocer el lugar dónde funciona, entrevistarse con las/los líderes del colectivo.	- Actores comunitarios.

3: Características económicas de la población (por sexo, edad , pertenencia étnica)	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
Ámbito: Hace referencia a las características económicas de la población y las características de la orientación productiva del territorio al nivel parroquial.	Información socioeconómica: -Población en edad de trabajar -Población económicamente activa -Población económicamente inactiva -Pobreza por consumo -Pobreza por NBI -Pobreza extrema por NBI -Matriz productiva del territorio -Perfil ocupacional, desempleo y subempleo -Distribución por sectores laborales: agrícola, industrial, servicios (primario, secundario, terciario)	1. Realizar investigación en fuentes secundarias. INEC (censo, encuestas). SIISE. 2. Entrevistas a informantes claves 3. Breve análisis de situación económica de la población, situación de pobreza y grupos más afectados, principales actividades económicas del territorio,	- Revisión de fuentes documentales	- INEC – Censo de población - SIISE - Información local - Bases de datos otros ministerios - Registro social del MCDS

4: Características del perfil educativo formal de la población (desagregado en sexo, edad, etnia)	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
Ámbito: Hace referencia a las características de la educación formal en la población. (desagregado en sexo, edad, etnia)	- Analfabetismo -Analfabetismo funcional -Nivel de escolaridad - Deserción escolar - Integración de personas con discapacidad a educación regular -Número de establecimientos educativos por tipo, no. De alumnos y maestros/as en instituciones educativas y de los CBV - Ubicación geográfica de las instituciones educativas y los CBV - Condiciones de la infraestructura física, equipamiento, entorno ambiental de las instituciones educativas	1. Realizar investigación en fuentes secundarias. INEC (censo). SIISE. 2.Realizar entrevistas a informantes claves 3. Recopilación y revisión de los diagnósticos de las instituciones educativas 4. Observación	-Revisión documental -Entrevistas a informantes claves - Observación	- INEC – Censo de población - SIISE - Información local - Bases de datos otros ministerios - Estadísticas del Ministerio de Educación. - Diagnósticos – ficha escolar

5: Características del perfil de salud – enfermedad en la población (desagregado en sexo, edad, etnia)	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
Ámbito: hace referencia a las características del perfil de salud - enfermedad de la población, basadas en la información de las unidades de salud, en el perfil epidemiológico	Morbilidad: principales causas y tendencias Morbilidad general, materna e infantil, Morbilidad de notificación obligatoria Morbilidad crónico-degenerativa, Morbilidad dental Morbilidad por accidentes y violencia Morbilidad de adolescentes Morbilidad en grupos étnicos Problemas nutricionales: Desnutrición por grupos de edad, sexo, embarazadas y adultos mayores. Problemas de malnutrición Mortalidad por grupos de edad, causas y	1. Realizar investigación en fuentes secundarias. INEC (censo). SIISE. 2. Revisión de documentos y estadísticas del MSP (de los establecimientos de salud y del sistema único de información del MSP) 3. Realizar entrevistas a personas que puedan dar cuenta de prácticas alimentarias, costumbres de la comunidad, recinto, barrio o parroquia que se identifiquen como protectoras, como: práctica de deportes, manejo del ambiente, etc. 4. También se pueden tratar estos temas en	- Revisión y procesamiento de información documental - Observación	- Bases de datos del MSP, EPI, - SIVEALERTA - RDACAA (Partes diarias) - Parte de extramurales - Registro Civil - INEC (Censo) - Actores comunitarios

	tendencias Mortalidad general Mortalidad infantil Mortalidad materna Tasa de fecundidad Fertilidad Embarazo en adolescentes Acceso a métodos anticonceptivos: edad y sexo Personas con discapacidad Identificación de factores protectores: - Condiciones ambientales - Actividad deportiva - Prácticas alimentarias	asambleas comunitarias o barriales.	- Revisar datos de población mayor a 65 años de la parroquia - Entrevistas	
--	---	-------------------------------------	---	--

5.1: Oferta de servicios de salud – producción de unidades	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
Ámbito: Oferta y características del acceso a las servicios de salud	Identificación de establecimientos de salud de acuerdo a la tipología de servicios públicos y privados, nivel de complejidad, cartera de servicios, talento humano (administrativo y profesional), ubicación geográfica, población de cobertura, tanto de medicina alopática como alternativa. Características del acceso Isocronia (tiempo: horas) Isometría (distancia: km) Se refiere a distancia y el tiempo de acceso de la comunidad de influencia al centro de salud más cercano Horarios de atención Georeferenciación y flujos de referencia-contrareferencia Referencias enviadas y contra referencias con seguimiento Número y tipo de ambulancias	1. Identificar los establecimientos de salud públicos del territorio por tipología (A, B,C), cartera de servicios, TH, población asignada. 2. Mapa georeferenciado de establecimientos y flujos de referencia-contrareferencia 3. Levantar información sobre consultorios, clínicas particulares tanto de medicina alopática como alternativa (cartera de servicios, TH, ubicación) 4. Revisión de informes CUS Y otras veedurías, identificar los principales problemas,	Revisión documental y de registros del MSP. Sistema GEOSALUD - Informes y denuncias de los CUS. -Entrevistas a informantes claves	- Registros de los establecimientos de salud - Partes diarios - Sistema de Información del MSP - GEOSALUD -

	Prestaciones en salud: de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, unidades de salud pública y privada, cómo funciona la red de servicios de salud (principales indicadores de producción en el último año) Acceso a servicios de la medicina ancestral y alternativas: Agentes de medicina ancestral y alternativas – oferta de servicios de la medicina ancestral y alternativa Coordinación de los establecimientos de salud con servicios de medicina ancestral y alternativas Participación y ejercicio de derechos en salud -Participación en la gestión (planes locales de salud, seguimiento) Percepción de usuarios/as sobre los servicios de salud Existencia de comités de usuarios/as y funcionamiento Mecanismos implementados en	las acciones y resultados. 5. Revisar planificación anual de Unidades de salud, áreas, distritos en relación. 5. Levantar información sobre los/las actores de salud ancestral (parteras Yachacs, sobadores, curanderos/as, etc).		
--	--	--	--	--

	los servicios para información a usuarios/as, denuncias y quejas Seguimiento Descripción de la implementación de otros programas o estrategias prioritarios de las instituciones públicas, ongs, GADS, organizaciones comunitarias. (objetivo, acciones, población de cobertura, recursos)			
--	---	--	--	--

6. Vivienda, infraestructura básica y servicios (desagregado en sexo, edad, etnia)	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
Ámbito: Trata de la caracterización de la situación de vivienda y del acceso a la infraestructura y servicios básicos	Información infraestructura básica: - Tenencia de vivienda - Características de la vivienda - Déficit habitacional cuantitativo	1. Revisión de documentación del INEC, SIISE, Registro Social Registros Catastrales, GADs 2. Organización de la información.	- Bases de datos del INEC, SIISE, Registro social, GADs	INEC - SIISE Bases de datos del MCDS - RS Bases de datos del MIES Otras fuentes de información planes de desarrollo municipales

	Acceso a servicios de saneamiento - Tipo de provisión de agua Agua potable, entubada, tanquero, poso, etc. : (calidad) - Red de alcantarillado - Sistema de eliminación de excretas - Déficit de servicios residenciales básicos - Medios de eliminación de los desechos - # Personas con acceso a agua entubada Información de acceso a otros servicios - Acceso a servicio eléctrico - Acceso a servicio telefónico - Acceso a internet - Disponibilidad de computadoras - Eliminación de desechos líquidos: planes, normas de manejo, - Eliminación de desechos	3. Análisis de la información		
--	--	-------------------------------	--	--

	sólidos: planes, normas de manejo, - Acceso, red pública			
--	---	--	--	--

7. Protección social en la población	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
Ámbito: Características del acceso a la protección social en la población	Información: - Personas con cobertura de aseguramiento: Instituciones RPIS o RPC, - Programas y proyectos de protección social (bono de desarrollo, bono Joaquín Gallegos Lara, bono de discapacidad, bono de tercera edad) - Información de personas con discapacidad y cobertura de atención. Análisis de Promoción - Municipio Saludable:	- Acceder a bases de datos del INEC, SIISE. Buscar información del Seguro Social general, campesino, ISPOL, ISSFA. - Buscar Información del MIES, Vicepresidencia de la República. - Acceder a la Información del Registro Social MCDS. - Levantar información con la misma población.	- Revisión y procesamiento de información documental. - Entrevistas a informantes calificados	- INEC - SIISE - Bases de datos del MCDS - RS - Bases de datos del MIES - Otras fuentes de información registro social - RDACAA

	aplicación y resultado de las experiencias - Escuelas del Buen Vivir: avance y resultado de las experiencias - Eco clubes: avance y resultado de las experiencias - Auto cuidado y estilos de vida saludables: avances de la difusión y práctica - Educación para la salud: instrumentación y avances Análisis de prevención - Programas prioritarios: numero, características, organización, cobertura y problemas - Programas prioritarios: impacto en la reducción de morbilidad y mortalidad - Programas prioritarios: satisfacción de usuarios y participación social - Factores de riesgo de grupos vulnerables: programas y resultados	- Investigar en las diferentes instituciones que manejan los programas y en el MSP		
--	--	--	--	--

8. Participación social y articulación intersectorial	INFORMACIÓN BÁSICA A LEVANTAR	PASOS SUGERIDOS A SEGUIR	TÉCNICAS DE LEVANTAMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN
Ámbito: Información de las características de la participación social y de las interacciones institucionales	Información²: - Identificación y análisis de actores institucionales y comunitarios/as - Identificar la existencia de comités locales de salud y de planes locales de salud previamente organizados. - Existencia de Proyectos relacionados con salud (institución – nombre del proyecto – enfoque – ubicación – tiempo de desarrollo). - Existencia de planes y políticas locales de los GADs (Juntas Parroquiales – Cantones) que contribuyen a fortalecer la política pública nacional de	1. Buscar información en las Unidades de Salud 2. Investigar en comunidades, recintos, barrios, parroquias con dirigentes y autoridades sobre la existencia de comités de salud, su historia y actividades realizadas con el MSP y otras instituciones 3. Investigar en los GADs 4. Identificar otros actores que tengan	- Levantar información en unidades de salud - Entrevistas a dirigentes y autoridades locales - Mapeo de actores. - Revisión documental. - A través del mapeo de actores identificar instituciones y organismos que trabajen en la localidad en las temáticas relacionadas directa o indirectamente con la salud.	- Información se primera mano - informantes de fuentes secundarias - Bases de datos instituciones - MAIS - GADs

² En general ubicar los intereses de los actores (dirigentes o no), instituciones públicas y privadas, ONGs, en relación a los problemas relacionados a la salud y sus determinantes.

	salud. Ejemplo, ordenanzas que favorecen la salud y el ambiente. - Análisis de la Participación Social	proyectos relacionados a la salud o la modificación de condiciones que afectan la salud como producción Identificar la existencia de: -Gremios y sindicatos; nivel de intervención e impacto - Asociaciones ciudadanas y grupos de auto cuidado - Comunidad: apropiación, gestión participativa - Organizaciones Indígenas - Organizaciones de personas con discapacidad		
--	--	--	--	--

Fuentes: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, SIIE, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, SNPSI – 2014

3.2 SEGUNDA FASE: CONFORMACIÓN O FORTALECIMIENTO DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD

Uno de los aspectos fundamentales de la implementación del ASIS y sus diferentes fases es la dinamización de la participación ciudadana en los procesos de planificación, gestión y contraloría social.

En muchos casos ya están conformados los comités locales de salud y tienen experiencias muy positivas en su participación y coordinación con los establecimientos de salud, por lo que en esta fase se plantea realizar un análisis de la conformación, su funcionamiento, identificación de acciones para el fortalecimiento de la participación. En los casos en los que no están conformados, es importante que se facilite y apoye su conformación, garantizando total autonomía.

¿Qué es el Comité Local de Salud?

El comité local de salud es una instancia de participación ciudadana conformada por representantes de las y los actores y organizaciones comunitarias elegidos de manera democrática y cuentan con el aval de la comunidad.

Para la conformación del CLS se debe garantizar la alternancia, equidad en la representación de los actores y organizaciones sociales (género, cultural, étnica, y grupos de edad).

El CLS establece en consenso con sus integrantes la estructura, período de funciones y los mecanismos de su funcionamiento interno, así como la periodicidad de reuniones. Estas definiciones deben formalizarse en actas suscritas por sus miembros/as.

Elegir la directiva que puede estar conformada por un/a Coordinador, secretario/a, comisiones temáticas

El CLS generará informes para evidenciar una actuación transparente. La periodicidad de presentación del informe de gestión será de dos veces al año.

¿Qué funciones tienen el Comité Local de Salud?

Participar en la elaboración del Diagnóstico Situacional, elaboración, implementación y seguimiento del Plan Local de Salud.

Coordinar con los equipos de salud y participar en las actividades de promoción de la salud en la comunidad.

Fortalecer y/o apoyar la constitución de organizaciones locales de salud como organizaciones juveniles, adultos mayores, comités de usuarios/as.

Participar con representantes en la Asamblea Distrital o instancia distrital de salud y en las instancias de participación parroquial y/o cantonal. Las asambleas locales son parte de la organización para la participación ciudadana; estas asambleas se desarrollan en los diferentes espacios territoriales en torno a los gobiernos parroquiales, cantonales, provinciales. El Código

Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) plantea que las asambleas son las máximas instancias de participación ciudadana.

Incidir en los planes de desarrollo territorial (PDOTs) para la incorporación de los lineamientos del Plan Local y Distrital de Salud.

Apoyar o dinamizar la coordinación y articulación intersectorial para incidir sobre el desarrollo local y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

EL CLS establecerá mecanismos para recoger las sugerencias y aportes de los integrantes de la comunidad como asambleas, buzones de sugerencias, etc.

Pasos para la convocatoria a los CLS y/o su constitución:

Primer momento

- Elaboración del mapa de actores (anexo)
- Convocatoria a la comunidad y a los diferentes actores sociales (identificados en el mapeo de actores) en coordinación con líderes locales, garantizando la representatividad de los grupos, diversidades y líderes comunitarios
- Preparar la agenda y metodología del taller así como los aspectos logísticos (local, materiales, presentaciones)
- Presentación de los objetivos y funciones del Comité Local de Salud (CLS)
- En el caso de que ya está conformado el CLS, implementar una metodología que permita analizar los avances, el funcionamiento, las dificultades, las fortalezas y las necesidades para su fortalecimiento (se puede implementar la herramienta FODA)
- Si no está conformado el CLS: apoyar su conformación motivando la selección y designación de las personas que pueden ser parte de esta instancia promoviendo la representación de los diferentes actores. Designar la directiva. Recoger a través de mesas de trabajo las propuestas sobre la estructura y funcionamiento del Comité Local, así como las funciones.
- Elaborar el acta de constitución del CLS y una agenda de trabajo u hoja de ruta.
(**Anexo 5:** Formato del acta de constitución del CLS)

Segundo momento

Implementar talleres o reuniones de sensibilización e información sobre la normativa legal de participación y salud, las políticas nacionales y el Modelo de Atención.

3.3 TERCERA FASE: SOCIALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, VALIDACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PLAN LOCAL DE SALUD

En esta fase es fundamental el trabajo con la población. Para esto se realiza una convocatoria ampliada para devolver y validar el Diagnóstico Situacional (DS) con la comunidad³. Este paso de la socialización y validación del DS debe contener en su agenda (**Anexo 6:** Formato de agenda de la actividad para el desarrollo de la socialización del diagnóstico situacional, validación y elaboración del plan local de salud), como segundo punto, la conformación del Comité Local de Salud (CLS) en los sitios donde no esté conformado, o sí está conformado revisar la actividad del mismo.

La función del CLS es impulsar la participación de la ciudadanía en las acciones encaminadas a mantener la salud, a modificar los determinantes de la salud y a efectuar acciones coordinadas con los equipos para intervenir en situaciones emergentes; esto conlleva desarrollar acciones de corresponsabilidad en la gestión de la salud. El CLS estará conformado por representantes de la comunidad o población, de organizaciones sociales, de los organismos del Estado con trabajo en el sector, GADs locales.

Con el DS que ha sido revisado y analizado, y en el contexto de esa convocatoria (**Anexo:** agenda tipo para esta parte del proceso) se identifica y prioriza los problemas de salud. Esta identificación de dichos problemas se hace de manera participativa entre la población y el equipo de salud en el que **se debe llegar a acuerdos** respecto a la definición de los problemas y las prioridades. Esta identificación de los problemas y prioridades es el insumo para la formulación del Plan Local de Salud como herramienta y respuesta concreta para enfrentar los problemas identificados, o también para potenciar aquellos factores que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida⁴. La identificación de los problemas a partir del DS y la metodología para priorizar los mismos se describen en detalle en el MAIS (MSP, MAI, 2013: 181-182) (2) y se sintetizan más abajo en la matriz para la priorización del problema.

En un segundo momento, luego de esta actividad de socialización, validación e identificación de prioridades, el CLS junto con el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) se encargará de formular el Plan Local de Salud. El PLS, es una herramienta que permite programar de manera sistemática las intervenciones orientadas a mejorar la condición de vida de la población dando respuesta y proponiendo soluciones posibles a las demandas de salud.

La aplicación del PLS, demanda la integración de los diferentes actores sociales e institucionales en la solución de los problemas o demandas que se dan en el territorio. En el desarrollo del PLS no solo compromete la intervención de los actores que tienen competencia

³ Una vez desarrollado el DS, el equipo de salud, solicita a la directiva de la comunidad, población o al Comité Local de Salud constituido que convoque a una reunión ampliada de socialización del DS dirigida especialmente a la ciudadanía. Además se invitará a los representantes de los demás actores sociales que conforman la población, sean estas organizaciones, asociaciones, representante de las instituciones públicas y privadas, entre otros.

⁴ En el medio o la comunidad puede encontrarse factores protectores de la salud que ayuden a potenciar la misma, por ejemplo, la misma organización social de las comunidades, los recursos naturales del entorno, la capacidad de personas con conocimientos en salud, la alimentación tradicional, el conocimiento de las plantas medicinales, etc.

en la solución de los problemas identificados, por ejemplo, el de la infraestructura sanitaria que puede desarrollar el GAD, MIDUVI o alguna otra institución competente; sino interviene, también, el equipo de atención integral de salud con la responsabilidad de dinamización y apoyo al proceso.

En este sentido, el PLS cuenta con una planificación en la que se incorpora las actividades que dan respuesta a los problemas identificados y que tiene que ver con los actores sociales e institucionales del medio y se incluye, también, las actividades de los EAIS relacionados a solución de la problemática a partir de la cual se construye el PLS. Ejemplo, sí se evidencia que la primera causa de enfermedad en determinado lugar son las EDAs, y que el análisis de DSS identifica la causa última la no disponibilidad de agua segura como consecuencia de contaminación de fuentes de agua, de no contar con la infraestructura adecuada y de no tener una planta de tratamiento o potabilización; entonces, sería tarea del CLS definir los contenidos del PLS en coordinación con los responsables técnicos y políticos del GAD local y agilizar la ejecución del PLS. Paralelamente, dentro del PLS se puede plantear la intervención de los EAIS para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud.

Directrices generales

La socialización del DS comprende la convocatoria a la población para informar de los resultados del DS. Dicha convocatoria debe realizarse a través de las autoridades locales junto con los EAIS.

La convocatoria debe ser lo más amplia posible, tomando en cuenta a los diferentes sectores de la población.

Esta convocatoria debe comprender tres puntos principales: la información o socialización del DS, la identificación y priorización de problemas, y la conformación del Comité Local de Salud que serán los responsables de formular y ejecutar el PLS.

El CLS será el encargado de formular el PLS y se elaborará a partir del DS que, como se recordará, es construido y validado con la población.

Los CLS deben tener el aval de la comunidad o población y ser elegidos democráticamente.

Tomar en cuenta el período para el que se prevé ejercer las funciones dentro de CLS; la alternancia, equidad en general y equidad de género en particular.

El CLS generará informes para evidenciar una actuación transparente. La periodicidad de presentación del informe de gestión será de dos veces al año.

El CLS estará abierto a las sugerencias de la población.

Una vez realizada la socialización, se procederá conjuntamente con la población a identificar las prioridades del territorio. Esto se lo hará en base a los siguientes criterios y al uso de una matriz de resumen de las prioridades:

3.3.1 PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA (MATRIZ)

Como se mencionó antes, la priorización se basa en la identificación de los problemas percibidos tanto por la población como por los EAIS, y son aquellos aspectos que impactan en la salud de la población. Estos problemas bien pueden relacionarse con el perfil epidemiológico del medio o responder directamente a ese perfil. En ambos casos, lo importante es que se entienda la relación de causalidad entre el problema (determinantes sociales de la salud), el perfil y los contenidos del PLS.

Problema	Magnitud	Frecuencia	Gravedad	Factibilidad	Valor Total
Recurrencia de morbilidad por EDAs					
DSS - Mala calidad de agua en Imantag	3	3	3	2	11
Violencia social (conflicto entre pandillas) en las comunidad de la parroquia de Imantag	3	2	3	2	10

Valoración: 1. Baja. 2. Media. 3. Alta

En la matriz que se llena a partir del análisis de los EAIS – Población, consta la definición clara de los problemas que hacen parte de la realidad local. Junto con la definición del problema es importante hacer un ejercicio de valoración de estos para determinar el peso o incidencia que tienen en el medio, y por lo tanto para priorizar a los mismos.

El problema hace referencia a aquellas condiciones, hechos o circunstancias que en el caso de salud, dificulta la calidad de vida y se constituyen en problemas explícitos, que son visibles como por ejemplo, viviendas cerca de un vertedero de desechos que provocan diferentes enfermedades o implícitos, que no siempre se evidencian como la violencia social en determinado población.

La priorización de los problemas, a su vez, se basa en la revisión de algunos criterios clave que son definidos en el Manual del MAIS-FCI:

- **La magnitud:** hace referencia a la cantidad de personas que están afectadas por el problema identificado. Por ejemplo, el tamaño de la población afectada por la cercanía del vertedero de desechos y que tiene repercusiones directas.
- **La frecuencia:** es las veces que se repite o presenta el problema; es decir, tiene relación con la recurrencia del problema.
- **La gravedad:** es la valoración de cuánto afecta o compromete el problema determinado o definido a la salud de la población.
- **La factibilidad:** *son las condiciones políticas, socioculturales y administrativas organizativas que influyen en la resolución del problema.*

Para determinar una priorización objetiva, hay que hacer una evaluación de los criterios. Esa evaluación se la aplica reflexionando, precisamente, sobre los problemas, la magnitud de los mismos, la frecuencia con la que se presentan en el medio, la gravedad de estos en relación con la salud de la población, y se hace un ejercicio de revisión de la factibilidad respecto a la solución que se puede dar.

Esto requiere un ejercicio de cuantificación del problema, basada en el uso de una escala de valor para dimensionar el mismo y llegar a una priorización, en lo posible, objetiva. La escala de valor hace referencia a: 1 como un valor bajo, 2 como un valor medio y 3 como un valor alto, y se aplica en perspectiva del problema, tal como se presenta en el ejemplo que se pone en la tabla de arriba.

En base a la escala indicada, se hace una sumatoria y se obtiene la prioridad, y por lo tanto el resultado de esa sumatoria es la selección de los problemas que deben ser tratados con prioridad en el PLS y resueltos según la dimensión y complejidad de los mismos. Hay problemas de salud asociados, por ejemplo, a la infraestructura que posiblemente tome un tiempo considerable y otros que pueden ser resueltos en corto plazo.

3.3.2 ELABORACIÓN DEL PLAN LOCAL DE SALUD

El Plan Local de Salud es una herramienta técnica que tomando en cuenta la perspectiva de la población, los actores sociales y los equipos de atención integral de salud, permite formular participativamente una suerte de hoja de ruta que da respuesta y se plantea soluciones viables a los problemas de salud que se han identificado en el contexto del DS. La priorización responde a los principales problemas -sociales- que impactan la salud y la calidad de vida de la población.

El PLS contendrá la planificación en relación con la priorización de los problemas identificados con la población. El alcance del mismo dependerá de la problemática a resolver o de la magnitud de esta. El Plan debe ser bien dimensionado (de acuerdo a las posibilidades reales de

solución en lo local), contar con el apoyo y los recursos necesarios para que el mismo se concrete.

Los PLS deben construirse o dar continuidad al proceso de manera permanente en la medida que se cierra un problema y se atiende uno nuevo o de diferente prioridad. El proceso continúa hasta alcanzar las comunidades y distritos del Buen Vivir.

Directrices Generales

Los equipos de salud facilitarán la información sistematizada del DS y aquellos datos asociados a los problemas de salud (por ejemplo, perfil epidemiológico del territorio, información general sobre el problema de salud, identificación de las relaciones causales con la enfermedad, apoyo técnico, etc.) que son elementos a tomar en cuenta para la formulación del PLS.

Colaborar en lo que requiera el CLS para la formulación del PLS, que pueden ser los datos, el espacio físico, convocatorias, u otras acciones de apoyo desde los equipos de salud.

Tomar en cuenta como una directriz adicional los elementos que debe tener un buen plan de salud y que se resumen en la descripción de los pasos.

Los pasos para la formulación del PLS.

La convocatoria a los miembros del CLS por parte de la secretaría del Comité con la agenda establecida para el desarrollo del PLS.

Revisión de los datos del DS y especialmente de los problemas y prioridades identificados.

Verificación del mapa de actores y de quienes intervienen directa o indirectamente en el problema identificado y en la solución

Elaboración del PLS en base a los siguientes pasos:

- La definición clara y concisa del problema y de lo que se quiere transformar,
- La descripción del problema que motiva la realización del plan,
- Un argumento corto y consistente de justificación basado en datos o información concreta que proporciona el DS, en relación con el problema que requiere la intervención,
- La definición de un objetivo general de intervención,
- La definición de objetivo (s) específico (s) de la intervención,
- Las líneas de acción⁵,

⁵ Las líneas de acción hacen referencia a la identificación de las acciones centrales que espera cubrir el plan, por ejemplo, el fortalecimiento de los procesos participativos en salud, la atención a las líneas de

- Los criterios rectores que guían el plan⁶,
- Los elementos operativos del plan (matriz).

A su vez, estos elementos pueden constituirse en una especie de índice del documento llamado PLS y que es con el que se va a gestionar las acciones.

Los elementos operativos básicos del PLS pueden resumirse en la siguiente matriz:

Problema -Eje temático del plan-	Solución (¿Qué vamos a hacer?)	¿Con quiénes? (actores e instituciones)	Actividades	Recursos	Tiempos	Respon- sables

Esta matriz se adjunta al PLS como un plan específico de trabajo con los actores involucrados, donde se reflejan los compromisos. Esto puede ser respaldado con actas de verificación de cumplimiento. En principio, el PLS y los compromisos permiten pasar de los enunciados y caracterización del problema, a la acción concreta.

El desarrollo del PLS requiere la activación de la participación social en sus distintas formas y entre ellas, la reactivación de los Comités Locales de Salud en el caso que se hayan desactivado o no estén conformados.

Una vez definido el PLS, el Comité Local de Salud tienen como rol implementar dicho Plan tomando en cuenta la posibilidad de articulación con los GADs y los actores relacionados directamente al problema, e incidiendo (según sea el caso), como estrategia, activamente en los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial para que en esos instrumentos de planificación y ejecución de acciones se tome de manera mandatoria para resolver los problemas de salud, o afirmar los factores que protegen la salud, su articulación con el desarrollo sustentable, la construcción de espacios sociales y físicos saludables, es decir, en la creación de condiciones para el Buen Vivir o Sumak Kawsay.

En resumen, el PLS como herramienta de planificación implica:

acción de promoción de la salud (espacios saludables, hábitos saludables individuales y colectivos), fortalecimiento institucional, dotación de servicios básicos, calidad del agua, intervención en problemas sociales, infraestructura sanitaria, etc. Las líneas de acción se enmarcan en la identificación de los aspectos centrales a ser atendidos con la intervención a través del PLS.

⁶ Los criterios rectores se basan en los principios que debe contemplar la intervención, por ejemplo, disminución de las desigualdades, derechos, acceso a los servicios de salud, calidad de los servicios, atención a los criterios socioculturales de la intervención, etc. Estos criterios, en suma, hacen referencia a los principios y valores con los que se aplicará el PLS. Este aspecto es importante para entender el contexto social de las intervenciones.

“...el camino que nos ayuda a modificar la realidad en función de la superación de problemas y/o potenciación de procesos protectores de la salud. Es construir escenarios futuros (que queremos lograr) a partir del análisis de la realidad actual, identificando problemas, necesidades, potencialidades, caminos (estrategias) y acciones que nos permitan alcanzar ese escenario futuro (mirar el presente desde el futuro)” (3)

3.4 CUARTA FASE: IMPLEMENTACIÓN, ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PLAN LOCAL DE SALUD

Una vez definido el PLS, se implementa con la intervención directa de los actores sociales, el Comité Local de Salud, los equipos de salud y las instituciones estatales, como privadas, etc. que se comprometen en el PLS a desarrollar actividades que favorecen la salud de la población.

La implementación del PLS requiere de un proceso sostenido de ejecución para que el mismo se pueda concretar. En esta fase es importante tomar en cuenta las necesidades que se presenta en la implementación, pero también los logros y avances en la gestión del Plan. El seguimiento al proceso es muy importante porque permite verificar el cumplimiento del PLS, los tiempos establecidos, y en general los compromisos concretados o en los que tengan dificultades.

Vale recordar que el quienes llevan adelante el PLS es el Comité Local de Salud en coordinación con los equipos de salud. El acompañamiento al proceso se lo hace a diferentes niveles; por una parte el equipo designado del establecimiento de salud con apoyo de la Dirección Distrital a través de los responsables de la Unidad Distrital de Promoción de la Salud y de Provisión de Servicios.

Las actividades planificadas e implementadas tendrán el seguimiento de la población a través del Comité de Salud Local y de otras iniciativas que desarrolle la población (veedurías específicas).

Directrices Generales

La implementación y seguimiento del PLS es responsabilidad del CLS y de los equipos locales de salud, así como la coordinación con los otros actores involucrados en la ejecución de las actividades planificadas (instituciones, organizaciones, personas)

El CLS establece la periodicidad de seguimiento del cumplimiento del PLS (trimestral, semestral) dependiendo de las necesidades locales y elabora informes de seguimiento.

Cada establecimiento de salud de Atención de Primer Nivel (A-B-C), debe tener un respaldo físico y digital de Plan Local de Salud, así como una herramienta de seguimiento.

El equipo de salud debe apoyar al seguimiento y evaluación de la aplicación del PLS.

- Mantener informado de la aplicación del PLS a los responsables distritales.

En el Distrito, se deben revisar los planes y establecer el mecanismo de seguimiento y acompañamiento al proceso en lo local.

Verificar el cumplimiento del PLS a través de una lista de chequeo que contemple: las actividades desarrolladas, el tiempo, los compromisos cumplidos o incumplidos y revisión de los mecanismos de verificación que pueden ser, por ejemplo, la asignación de presupuesto, la inclusión en los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territoriales (PDOTs), la constatación de avance de obras, registros varios (entrevistas, fotografías, etc), es decir, lo que permita evidenciar los avances y el cumplimiento del plan.

Esta verificación del avance de cumplimiento del PLS, se debe comunicar a la Dirección del Establecimiento y a los responsables de la Dirección Distrital. La periodicidad del reporte, se establecerá a partir de los tiempos establecidos para cada actividad en el PLS.

A partir de estos datos se hará un pequeño informe (conciso) de avance de la aplicación del PLS. En el caso de que el PLS no se esté cumpliendo se debe promover una reunión con los miembros del CLS, para plantear soluciones a los problemas presentados.

Cada seis meses, se debe promover que el CLS rinda cuentas de la ejecución del PLS.

3.5 QUINTA FASE: ACTUALIZACIÓN EN BASE AL DIAGNÓSTICO DINÁMICO EN EL CONTEXTO DE LA SALA SITUACIONAL

En el DS, se genera la información de base que debe ser actualizada de manera sistemática y permanente con información relevante y útil para la gestión social de la salud. Esta continuidad es necesaria por varias razones:

La **primera** porque las condiciones sociales y el contexto de salud varían constantemente a lo largo del tiempo, y es una condición propia de la dinámica social.

La **segunda**, ya que es necesario observar y medir los cambios que se producen a lo largo del tiempo, pero también porque es necesario observar los cambios que se generan con la aplicación del PLS, igualmente, de manera periódica.

La **tercera** puesto que es importante que para dar continuidad, sea una herramienta de uso obligatorio para el nuevo personal de salud.

NOTA DIRECTRIZ: los profesionales de la salud rurales tienen la obligación de elaborar el plan al inicio del año y de transferir toda la información a los profesionales que ingresan. Esto implica hacer una transición organizada entre los rurales que concluyen su período y los que inician el año rural.

3.5.1 ACTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DINÁMICO EN EL CONTEXTO DE LA SALA SITUACIONAL

Dentro del marco de acción que se desarrolla en el Primer Nivel de Atención en Salud está, obviamente, enfocado también en el interés de actualizar la información del perfil epidemiológico local y las condiciones sociales de la población.

Como puede entenderse, al actualizar la información se verán los cambios en la salud de la comunidad, pero también sirve para dar respuesta a los problemas de salud que tuvieron distinta prioridad y que no pudieron ser abordados por los anteriores EAIS, o aquellos temas que requieren ser complementados o fortalecidos, considerando que los planes no solo se enfocan en los problemas sino y también en las potencialidades o en aquellos factores que favorecen la salud de la población.

La actualización del DS se da a través de la herramienta del Diagnóstico Dinámico (MAIS), y pretende también afinar la información para identificar con más precisión las condiciones de riesgos en personas, familias y comunidad o población.

Los EAIS pueden tomar información de las fichas familiares y de las bases que proporcionará en el corto plazo el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social a partir del Registro Social que se aplica en el país, y que queda como una base de datos importante para ser usada.

La información que se actualiza periódicamente será trabajada por los EAIS con la participación de los actores sociales de la población, y se analizará en el contexto de la Sala Situacional (MAIS), siempre con la intervención de los actores sociales locales, para lo cual se debe trabajar con los recursos de información que se hayan obtenido del diagnóstico dinámico.

En la sala situacional se difunde y analiza esa información que debe ser lo más concreta e ilustrativa posible para la comprensión de los actores que intervienen.

Respecto al uso de la sala situacional el Modelo plantea que el hablar de situación de la salud en este espacio, no se restringe únicamente a las situaciones que hacen referencia al daño o a los problemas estrictamente de enfermedades, sino también se aborda la información, como las mismas determinantes sociales de la salud e incluso el análisis de formulación de políticas locales que tienen relación con el contexto de la salud, pues esto contribuye a enfocar las decisiones, las estrategias y la actuación.

En el Modelo se aborda con más detenimiento los alcances del diagnóstico situacional (Para ampliar la información del diagnóstico situacional se puede consultar en el Manual del MAIS-FCI en las páginas 172-180) pero es importante resaltar la finalidad que se establece para este instrumento que se plantea como un medio para la gestión institucional, la negociación

política, la identificación de necesidades, la movilización de recursos, el monitoreo y evaluación de las intervenciones.

3.5.2 PROCESO DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Este aspecto es importante en la medida que el proceso requiere continuidad y es necesario que los profesionales de la salud que están realizando la rural tengan acceso a un conocimiento amplio del medio donde van a desarrollar su actividad. Esto requiere una comprensión a profundidad y detallada del medio, así como un trabajo colaborativo estrecho con la población y los diferentes actores sociales.

El ASIS con sus diferentes productos que constan en este instructivo, deben ser construidos por los EAIS durante el período de trabajo en el territorio asignado, y posteriormente tendrán la responsabilidad de socializar con el nuevo equipo, lo que significa que se debe establecer un tiempo para realizar una actividad de traspaso de la información, y se transmita la experiencia adquirida por el equipo saliente con el nuevo equipo para que este conocimiento adquirido en el trabajo sea aprovechado por los miembros del nuevo equipo.

Directrices para la transición entre equipos

Los miembros del equipo que realiza la rural⁷, previo a su culminación deben presentar toda la información que comprende el desarrollo del ASIS y su actividad en el territorio, que comprende: Diagnóstico Situacional, priorización de los problemas en el período en que desarrollaron la rural, información del Comité Local de Salud, el Plan Local de Salud formulado en ese período, informes de los procesos de seguimiento y acompañamiento del PLS, resultados obtenidos.

Sí el DS amerita que deba ser complementado con otra información que al momento de realizar el mismo no pudo ser obtenida (justificando plenamente la razón de ese vacío de información en el DS), debe informar e indicar específicamente los datos faltantes requeridos para que el DS pueda ser completado. El objetivo es contar con un diagnóstico completo y pormenorizado del territorio donde se aplica el proceso del ASIS en sus diferentes fases.

Es responsabilidad de la Coordinador Zonal y de la Dirección Distrital, generar la programación adecuada para que se dé el traspaso del proceso y la información entre los equipos de salud. Del cumplimiento del conjunto del proceso del ASIS, de la entrega del documento del ASIS – Diagnóstico Situacional y del traspaso de información dependerá que se certifique la conclusión del año rural.

⁷ Esto mientras se trabaje con equipos rurales y cuando los médicos familiares y/o cualquier miembro del equipo (por ejemplo, enfermera y TAP) contratados permanentemente salgan del territorio por lo que motive ese cambio. En este caso, tienen también la misma responsabilidad de transferir la información.

3.5.3 EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PROCESO

La Dirección del establecimiento de salud, asignará a una persona que se haga cargo de recopilar los informes, revisar el cumplimiento de la programación establecida y apoyar en la búsqueda de soluciones frente a las dificultades que ha presentado el CLS.

Al culminar el año de trabajo (en condición de rural o no) se presentará un informe final en el que se incorporen todas las actividades realizadas, los instrumentos utilizados, la incorporación de nuevas propuestas metodológicas de haberlas, y una evaluación que dé cuenta de los avances del proceso y de los pendientes.

ABREVIATURAS

ASIS: Análisis Situacional Integral de Salud

APS: Atención Primaria de Salud

CLS: Comité Local de Salud

DS: Diagnóstico Situacional:

EAIS: Equipo de Atención Integral de Salud

GEOSALUD: Sistema de información geográfica del Ministerio de Salud Pública

GADS: Gobierno Autónomo Descentralizado

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

ISPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

MIDUVI: Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda

MCDS: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social

MCDS – RS: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social – Registro Social

RDAACA: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atención Ambulatoria (parte diario)

RPIS: Red Pública Integral de Salud

RPC: Red Privada Complementaria

PDOTS: Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial

PLS: Plan Local de Salud

PNBV: Plan Nacional de Buen Vivir

SIISE: Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador

GLOSARIO

Actores sociales: se considera actores sociales al conjunto de personas o instituciones que tienen un rol definido en el contexto social, por ejemplo, el comité de usuarios son actores sociales relacionados la salud. Hace también referencia a grupos, organizaciones o instituciones que interactúan en la sociedad e inciden en la misma. Hay actores sociales individuales que por su posición de liderazgo o representatividad inciden en el contexto social. Los actores sociales pueden ubicarse de manera concreta en el escenario social y pueden ser ubicados, por ejemplo, en el mapa de actores y en mapa parlante, que son herramientas usadas en la salud para relacionarse con el entorno social. Dentro de una comunidad, los equipos de salud son actores sociales del medio.

Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS): El análisis de situación integral de la salud implica el desarrollo de un proceso metodológico que permite generar, a través de la participación social, información, análisis e intervención con actores involucrados tanto de los servicios de salud como de la población o la comunidad. La metodología permite el desarrollo de actividades que posibilitan construir procesos sociales para abordar los problemas de salud.

La construcción del ASIS tienen varios propósitos, y entre uno de los principales está la dinamización de procesos sociales, información que los componentes técnicos y políticos requieren para la conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. Estos propósitos pueden verse en diferentes aspectos:

- El desarrollo de mecanismos de participación en procesos de construcción social.
- La caracterización de la situación de salud de la población y el análisis de los determinantes sociales de la salud.
- La definición de problemas y prioridades de la población, así como la verificación del cumplimiento de las políticas públicas en salud.
- La formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y control del daño a la salud, así como de los factores protectores de la salud.
- La construcción de escenarios prospectivos, ya que se puede apreciar las tendencias, evolución de los problemas o de la resolución de los mismos.

El ASIS, sirve para el desarrollo de procesos de abogacía y de negociación política, así como para la conducción institucional, movilización de recursos, el uso y socialización de información.

Buen Vivir: o “sumak kausay” hace referencia a la vida plena e integra, tomando en cuenta la concepción que refleja una forma diferente de concebir la vida, desde el pensamiento ancestral, y por lo tanto una forma distinta de ver y entender el “desarrollo” para construir una nueva sociedad, que parte de concepciones diversas y alternativas a la manera convencional de ver el desarrollo. El Buen Vivir se liga al conjunto de derechos que están consagrados en la Constitución. En la Constitución la salud, como la educación, el ambiente y el mejoramiento de las condiciones de vida son parte fundamental del Buen Vivir.

Calidad de vida: *La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales. La Constitución, en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.*

Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art. 12), a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art.32). La calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución, dentro del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (art. 340), para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, cultura física y tiempo libre, hábitat y vivienda, transporte y gestión de riesgos.(SENPLADES).

Construcción Social: es el proceso social que aporta cambios a la sociedad a través de la movilización social, y la participación social. Una construcción social son, por ejemplo, las redes sociales, los procesos de participación, las respuestas sociales frente a diferentes demandas o situaciones que afectan al contexto social y que generan pautas de comportamiento, identidades, asociaciones, etc.

Determinantes Sociales de la Salud: Las Determinantes Sociales de la Salud hacen referencia al “conjunto de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son las condiciones que determinan la salud. Son -también- el conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades”⁸.

“Los determinantes sociales de la salud son, también, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

⁸ (MSP, MAIS, 2013: 40)

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria⁹.

Factores protectores de la salud: aunque no hay una definición oficial de los factores protectores de la salud, se puede decir que los mismos son aquellos aspectos que favorecen la salud individual y colectiva, o que pueden reducir los factores de riesgo que pueden impactar la salud de la población.

Factores de riesgo: en la OMS, por contraste, hay una definición de los factores de riesgo y estos, conceptualmente, son el contrario de los factores protectores. Los factores de riesgo se definen como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo -grupos de personas- que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”¹⁰, y dan algunos ejemplos de factores de riesgo el consumo del tabaco y alcohol, las prácticas sexuales de riesgo, el agua insalubre, las deficiencias de saneamiento, la falta de higiene, entre otros factores.

Fichas familiares: es una herramienta de registro amplio de información en el que se recaba datos del núcleo familiar, poniendo énfasis en la identificación de factores de riesgo, y de personas que están dentro de ciclos de vida que amerita una atención obligatoria y de cuidado especial como son las y los niños menores de cinco años, las mujeres embarazadas y en edad fértil, las personas adultas mayores y en particular las personas con discapacidad. La aplicación de la ficha familiar implica evaluar periódicamente la situación de salud y los riesgos a los que están expuestas determinadas familias dentro de una población o comunidad. Esta ficha se relaciona con el MAIS con la idea de la medicina familiar, que es a donde apunta el modelo y con la idea de dispensarización. La información que se registra en la ficha es también, como una historia clínica ampliada de la familia, y fuente de información para alimentar el diagnóstico dinámico.

Fuentes documentales: son las fuentes de consulta e información que se basa en documentos producidos (publicados o no) y que tienen información relevante para lo que se quiere comprender.

Indicadores sociales: indicador: elemento que sirve para identificar o medir algo; el indicador social hace referencia a una medida de resumen, que evidencia ciertas características de contenido social, por ejemplo, un indicador social puede ser el porcentaje de la población en situación de pobreza.

Variables sociales: condición, propiedad, característica, atributo que cambia en el tiempo. Puede haber diferentes tipos de variable. En lo social, las variables son aquellas características o condiciones que están sujetas al cambio, por ejemplo, el tamaño de la población según el sexo puede modificarse en el tiempo, más hombres que mujeres en una población o más mujeres que hombres.

⁹ http://www.who.int/social_determinants/es/

¹⁰ http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Participación social: “Se entiende por participación social a aquellas iniciativas sociales en las que las personas toman parte consciente en un espacio, posicionándose y sumándose a ciertos grupos para llevar a cabo determinadas causas que dependen para su realización en la práctica, del manejo de estructuras sociales de poder. La participación se entiende hoy como una posibilidad de configuración de nuevos espacios sociales o como la inclusión de actores sociales en los movimientos sociales, en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, o como la presencia en la esfera pública para reclamar situaciones o demandar cambios” (4).

Procesos sociales: son procesos que tienen su base en lo social, es decir, en el accionar de las personas en función de intereses, metas, u objetivos. Los procesos sociales contribuyen al cambio social. En los procesos sociales se organizan sistemas de pensamiento.

Pobreza por necesidades básicas insatisfechas: Número de personas que viven en condiciones de "pobreza", expresados como porcentaje del total de la población en un determinado año. Se considera "pobre" a una persona si pertenece a un hogar que presenta carencias persistentes en la satisfacción de sus necesidades básicas incluyendo: vivienda, salud, educación y empleo (SIISE)

Violencia de género: Cualquier situación de violencia o agresión física, verbal, sexual o psicológica contra las mujeres que tiene base en las relaciones desiguales de poder, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o privada. Las violencias de género se presentan en todas las clases sociales, en las familias ricas y pobres, amas de casa, profesionales, jóvenes o viejas, en todos los países y en todas las culturas. Está considerada, por su frecuencia y magnitud, como un problema social; y, por su consecuencia en la vida de las mujeres, como un problema de salud pública. Mientras que para economistas y sectores teóricos del desarrollo, como un obstáculo para el desarrollo.

ANEXOS

ANEXO 1: HERRAMIENTAS SOCIALES PARA EL DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN E INVESTIGACIÓN CON LA COMUNIDAD.

2.1 Árbol de Problemas

El árbol de problemas es una técnica social que nos permite profundizar en la comprensión de un problema o problemática dada. Muchas veces la falta de comprensión de los problemas en sus causas reales limita la resolución de los mismos. En el árbol de problema no solo se visualiza o concentra en la “raíz” del problema sino en las relaciones de causa-efecto que se derivan de los problemas.

Esta técnica ayuda a la comunidad y los miembros de los EAIS a entender mejor la problemática, y “distinguir entre causas – efectos. A pesar de ser relativamente complejo, se

puede llegar a definir las causas principales de los principales problemas”. El ejercicio puede desarrollarse entre 1 a 3 horas según la complejidad del problema. En esta identificación es recomendable que participen actores con conocimiento relativo del problema. El árbol de problemas se desarrolla en siete pasos como lo plantea Geilfus (2002) (5):

Paso 1: se retoma la identificación de los problemas enunciándolos por separado

Paso 2: se explica a los participantes que se busca identificar los problemas, sus causas y relaciones, dando un ejemplo sencillo.

Paso 3: se pide a los participantes que revisen los problemas y se cercioren si otros problemas no son las causas de otros problemas ubicados en el centro. En este caso, las causas se las separa del problema que se identifica como central. Se hace una discusión o lluvia de ideas de las causas y del problema central (este debe estar claramente identificado y definido).

Paso 4: repetir el ejercicio anterior, para identificar otros problemas que podrían ser “consecuencia” de problemas ya colocados.

Paso 5: revisar todas las tarjetas que no han podido ser ubicadas, para ver si no tienen ninguna relación con ninguna de las tarjetas ya colocadas.

Paso 6: al finalizar el ejercicio se obtiene uno o más “árboles” de problema; de estos hay que determinar un problema central del cual se derivan todos los demás.

Paso 7: Pedir a los participantes su opinión sobre el ejercicio; anotar y entregar los resultados a los participantes del ejercicio.

En el uso de esta herramienta para identificar los problemas centrales, es importante recalcar la necesidad de diferenciar claramente los problemas y las causas: ejemplo, el problema: escases de agua en la comunidad de La Mocora; las causas: deforestación, conversión de bosques para pasto, contaminación de fuentes de agua, disminución de áreas de páramo, cambio climático.

En salud, el problema: embarazos no deseados en adolescentes; las causas: iniciación temprana de la vida sexual, falta de información en el núcleo familiar, poca confianza para hablar de temas sexuales, desinformación de temas sexuales por la exposición a otras fuentes no calificadas de información, cambios en la concepción de los jóvenes respecto al sexo, estimulación de la vida sexual en los medios de comunicación.

En el MAIS, se proporciona algunos parámetros para la “identificación de las necesidades y problemas de la población” bajo la forma de demanda. Para reforzar esta parte se puede consultar en el MAIS las páginas 145-147. El trazado del árbol de problemas se puede hacer a través de la representación de un árbol con sus raíces, troncos y ramificaciones o a través de un esquema o diagrama donde se conecta el problema central con las causas/efectos. En la parte media del esquema se ubica el “problema central”, en la parte superior los efectos de ese problema, y en la parte inferior las causas.

2.2 Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas (FODA)

Es una herramienta cualitativa para facilitar la creación de estrategias y búsqueda de nuevo servicios. Se elabora una lista de factores existentes tanto fuera como dentro de una organización, comunidad, barrio, parroquia, etc. que influyen en su funcionamiento.

a. Fuera de la organización amenazas y oportunidades

Cualquier institución, organización, comunidad, etc. funciona dentro de una serie de ambientes, por ejemplo, marcos legales, políticos, tecnológicos. Estas situaciones influyen en la ejecución de las actividades. Estos factores de fuera pueden reforzar o amenazar el cumplimiento de las actividades, a pesar de no tener poder sobre ellos, es importante identificarlos para:

- Anticipar consecuencias de las posibles amenazas.
- Aprovechar las oportunidades que se presentan

b. Dentro de la organización fortalezas y debilidades

Cada organización, comunidad, barrio, etc. tienen sus propias fuerzas y debilidades que están bajo su control directo.

El análisis de FODA permite crear un esquema de análisis de la situación de la comunidad o de aspectos relacionados con la vida social, los contextos de salud o ambientales de la comunidad / población en base a la perspectiva de los mismos actores sociales; también se puede desarrollar el FODA en relación con las alternativas a problemas identificados. Veamos los elementos de desarrollo del FODA desde esa perspectiva:

Fortalezas: ¿cuáles son las ventajas que presenta esta solución como tal?

Oportunidades: ¿cuáles son los elementos que pueden influir positivamente en el tema planteado?

Debilidades: ¿qué elementos negativo, debilidad o desventajas se dan en relación al tema?

Amenazas: ¿cuáles son los elementos que pueden influir negativamente en el tema planteado?

El análisis de esas cuatro dimensiones permite “identificar, analizar, comparar y visualizar las alternativas de solución” a los problemas, pero también hacer un balance de posibilidades para actuar tomando en cuenta las condiciones negativas y positivas, tomando en cuenta que las fortalezas y debilidades son, por lo regular, internas, y las amenazas y oportunidades externas. A continuación se desarrolla un ejemplo del FODA con el caso de la parroquia Imantag en lo que tiene que ver con la violencia social y la formación de las pandillas de cara a la intervención.

	Negativas Factores de riesgo	Positivas Factores de éxito
Circunstancias Internas	DEBILIDADES Poco conocimiento de la dinámica de formación de las pandillas juveniles en el contexto rural y de la relación con la violencia social. Personal de salud no	FORTALEZAS Entorno intersectorial del cantonal favorable para abordar el tema. Líderes comunitarios jóvenes. MSP especialistas en Promoción de la Salud.

**Circunstancias
externas**

especializado en el tema.	
AMENAZAS Conflictos entre comunidades por la formación de territorios en pandillas Persistencia de las condiciones que favorecen el surgimiento de las pandillas y la violencia.	OPORTUNIDADES Existencia de organizaciones juveniles. Predisposición de autoridades locales y de otros sectores. Potenciales económicos del medio.

2.3 Herramientas de investigación cualitativas

La aplicación de metodologías cualitativas facilitaran a los EAIS la recopilación de datos que les permita tener una descripción detallada de la población a ellos asignada; como se menciona en el instructivo del ASIS, la información que requieren recoger los equipos de salud integral incluye información sobre la geografía, datos poblacionales, económicos, de producción, etc., datos que se los encuentra en las estadísticas nacionales (INEC-SIISE), pero que se completan y contrastan con los datos obtenidos de manera directa a través de la aplicación de técnicas cualitativas de levantamiento de información y análisis.

Cabe anotar que el trabajo con la comunidad requiere de los equipos el desarrollo o fortalecimiento de ciertas actitudes y destrezas que permitan una vinculación adecuada con la población, entre ellas:

- Tener una actitud abierta, con disponibilidad a aprender de la gente y la comunidad, esto implica el reconocimiento que el conocimiento y la sabiduría se encuentra en todas las personas y no exclusivamente en las aulas de las universidades.
- Observar y escuchar atentamente a las personas, dándoles la importancia que merecen y demostrando el respeto y consideración debida.
- No romper la cotidianidad de la población, es importante aprender lo más pronto posible los códigos culturales de la población, se puede investigar antes de llegar, comportamientos ajenos a lo socialmente establecido provoca la desconfianza de las personas y poca colaboración con el trabajo, cuando no rechazo, por ejemplo: en ciertas comunidades rurales, la relación de amistad cercana entre hombres y mujeres no es bien vista, más aún si no son parte de la comunidad.
- Conocer los códigos culturales, no significa intentar adoptar la cultura local, porque puede ser interpretado como un comportamiento falso, resultando en incomodidad y rechazo por parte de la población; lo importante es tener una actitud sencilla y de respeto a la comunidad.

- Un aspecto muy importante es la identificación de los actores locales, que se lo hace a través del mapeo de actores que se encuentra descrito en el manual del MAIS, esto no solo nos ayuda a identificar los intereses de los diferentes grupos sino también a saber cuáles son opositores entre sí. Se debe tener mucho cuidado de mantener un trato similar con todos, para que no se genere la idea de que el equipo de atención, prefiere a tal o cual persona, es decir, a algún determinado poder local, lo que significaría el rechazo de los contrarios; por ejemplo: entrevistar solo al hacendado local puede hacer pensar que el equipo de salud su aliado en las disputas locales, además que generaría una versión parcializada de la realidad del sector.
- Antes de llegar a la comunidad, es necesario tener un conocimiento previo, para ello se debe buscar información en bibliotecas, internet, en los GADs, en instituciones, ONGs, etc. además de pedir información a personas que conozcan o que trabajen en la zona. Se debe revisar mapas del sector los del Instituto Geográfico Militar, en la página del MSP – Geosalud -, y los mapas parlantes que tienen en los establecimientos de salud.
- Es necesario tomar notas de todos los aspectos relevantes evidenciados a través de la observación, de conversaciones, de comentarios de los pobladores, etc.

Con estas breves indicaciones, pasamos a describir algunas técnicas cualitativas que servirán como instrumentos de apoyo al trabajo de los EAIS y del equipo de gestión de los Distritos. Las herramientas que se describen a continuación no se encuentran en ningún orden específico, ni es indispensable trabajar con todas ellas, se debe elegir las que sean útiles para concretar el trabajo del Equipo.

2.3.1 La historia de la comunidad

Para recuperar la historia de la comunidad se pueden seguir dos caminos, trabajar en conjunto con la comunidad o barrio o realizar entrevistas a informantes calificados (actores clave), en este caso, después de sistematizar todas las entrevistas, se necesita validar con el conjunto de la comunidad, con este ejercicio, tanto la población como los EAIS, aprenden de su pasado, reflexionan y revalorizan sobre las lecciones aprendidas a través del tiempo, además permite valorar lo logrado con esfuerzo y trabajo organizado.

Para reconstruir la historia de la comunidad es recomendable estructurar preguntas guías, que sirvan de apoyo para trabajar en plenaria o entrevistas individuales, por ejemplo:

- ¿Cuándo fue creada la comunidad?
- ¿Quiénes fueron sus primeros pobladores?
- ¿Cuándo fue reconocida legalmente?
- ¿Cómo era la comunidad cuando llegaron y qué cosas han cambiado?
- ¿Cuál ha sido la historia productiva de la comunidad? (qué se producía antes, qué se produce en la actualidad).
- ¿Qué acontecimientos importantes (hitos) han sucedido en la comunidad?, como por ejemplo ¿Cómo y cuándo se construyó la escuela? ¿Cómo se construyó la casa comunal? ¿Cómo se logró tener el acceso a servicios básicos?
- ¿Qué percepción tienen de su proceso organizativo, de sus luchas y conquistas.
- Se deben incorporar preguntas que puedan ser útiles para reconstruir el perfil epidemiológico de la comunidad a través de la historia.

Para confirmar y completar la información se puede revisar los libros de actas de la comunidad, buscando los principales acuerdos y compromisos, buscar en los archivos de la Municipalidad ordenanzas o resoluciones, relacionadas a la fundación de la comunidad.

2.3.2 Entrevista cualitativa

Se puede definir a la entrevista cualitativa como una conversación entre el o la entrevistador (a) y la persona entrevistada con un esquema flexible, dentro de un plan de investigación, diseñado de acuerdo a lo que se quiere indagar.

En investigación cualitativa se emplean varios tipos de entrevistas cualitativas, dependiendo de la información que los y las investigadoras requieren para su trabajo.

2.3.2.1 Entrevista estructurada

- Se prefijan las preguntas
- Se mantiene una secuencia general de cuestiones
- Se hacen las mismas preguntas a todos los entrevistados
- Solo se consideran las respuestas a las cuestiones establecidas
- Se valoran las contestaciones por igual a todos los entrevistados

2.3.2.2 Entrevista semiestructuradas

- Se prefijan algunas preguntas, pero solo como una guía temática
- Se registran todas las respuestas
- La entrevista se hace de acuerdo a las personas a entrevistar
- Se hacen interpretaciones y valoraciones según el nivel de las respuestas y los criterios previamente definidos, descritos y preestablecidos.
- Se construye de manera flexible

2.3.2.3 Entrevistas a profundidad

Es una herramienta de trabajo cualitativa, abierta no estructurada que se realiza entre dos personas, entrevistado (a) y entrevistador (a), pues siguen el modelo de conversación con el objetivo de obtener información sobre su vida en general o sobre un tema, proceso o experiencia concreta de él o la entrevistado/a, a través de esta técnica, se quiere conocer y comprender lo que es importante y significativo para el /la entrevistado (a), llegar a comprender como ve, interpreta y clasifica su mundo a algún tema específico (entrevista focalizada) que interese al entrevistador, a través de este trabajo, se conoce a través de la historia del entrevistado la historia de la comunidad, de la población, etc.

Si bien la técnica implica una conversación abierta, el o la entrevistador(a) debe tener claro la información que requiere para orientar las preguntas y la conversación en general a la obtención de información que le permita profundizar el tema de investigación, por ejemplo: entrevistar a una mujer adulta mayor sobre su experiencia en relación a los partos, a través de este tema general, posiblemente nos dará información de generaciones de mujeres anteriores, de su ascendencia (abuelas) y descendencia (nietas), prácticas relacionadas con el embarazo y parto, parteras, conocimiento de plantas, la comunidad o sector en relación a la maternidad, cuidados del postparto, etc.

Continuando con el ejemplo, si se realizan varias entrevistas a mujeres, de diferentes edades, se puede hacer comparaciones, análisis y tomar decisiones en conjunto con la población para tener una vigilancia conjunta en relación al proceso de la maternidad y en general de la salud sexual.

Para llevar a cabo alguno de éstos tipos de entrevistas, en primer lugar, se debe tomar contacto con personas claves de la localidad, como líderes y lideresas comunitarias, representantes de instituciones comunitarias como grupos de mujeres, clubes deportivos, asociaciones de agricultores, de trabajadores, profesores/as de la escuela, religiosos/ religiosas, representantes de instituciones del Estado, de agencias de cooperación, ONGs. La primera persona en ser entrevistada debe ser el líder o lideresa de la comunidad y se debe indagar a ésta persona sobre qué personas debería participar en la investigación.

Para realizar la entrevista, es necesario Una vez que haya decidido a quien entrevistar, revise las siguientes pautas en cómo conducir una entrevista.

- Llevar una grabadora y preguntar a la persona entrevistada sino le incomoda la grabación, de ser así, se deben tomar notas, por este motivo de ser posible debe llevarse un o una asistente para que realice esta tarea.
- Es importante tomarse unos minutos para explicar al entrevistado o entrevistada, el motivo por el que se está realizando este trabajo, se debe preguntar si tiene alguna duda o inquietud, el objetivo de esta actividad es hacer que se sienta cómodo cómoda.
- Se debe hablar en un lenguaje fácil, no técnico, que permita entender a las personas las preguntas que se hace, si es necesario se puede ejemplificar hablando de casos concretos de su propia experiencia; por ejemplo: "Cuando mi padre se sufrió un accidente de trabajo, nuestros vecinos ayudaron a mi familia - trayéndonos de comer, llevando a mi papá a sus citas médicas cuando mi mamá debía trabajar, ese tipo de cosas. ¿Cree que las personas de esta comunidad harían algo por el estilo, ayudarse mutuamente? ¿Por qué sí, o por qué no? .
- Se debe iniciar preguntando el nombre y luego aspectos generales de su vida y de la comunidad para luego centrarse en el tema de la entrevista.

2.4 Aplicación del estudio de caso a partir del Diagnóstico Situacional

La aplicación del ASIS – Diagnóstico Situacional, entre otros aspectos, genera información del contexto social y de los problemas de salud en la población. Muchos de ellos pueden entenderse a partir de la información general del Diagnóstico Situacional, y en otros casos requiere una profundización para comprender el problema y las relaciones causales; de hecho, el MAIS se plantea trabajar con las Determinantes Sociales de la Salud, con el enfoque cualitativo y esto, precisamente, requiere aplicar estudios de caso. Esto resulta de alguna forma familiar ya que en la medicina y en la salud pública se aplican estudios intensivos de las enfermedades o los problemas sanitarios.

El estudio de caso aplicado a lo social comprende, de igual manera, la profundización en la realidad social a través de la descripción y análisis detallado de la unidad social (que puede ser una población, un segmento de la población que tiene relación directa con el tema del caso) y/o de una situación que está inmersa en esa unidad social de estudio; por ejemplo, la tendencia a comportamientos violentos en un segmento de la población, o costumbres o hábitos que impactan en la salud y la calidad de vida de una población. La aplicación del estudio de caso comprende entender las particularidades de ese caso o para comprender ciertos aspectos -delimitados- de la realidad, no solo para comprender a fondo el problema, sino para aplicar soluciones adecuadas al mismo.

La aplicación del estudio de caso comprende al menos los siguientes pasos¹¹:

1. La selección o definición del caso e identificación de las unidades de estudio

¹¹ Basado en documentos de métodos de investigación educativa.

Esta parte contempla la selección del caso para aplicar la investigación, y junto a esto está también la identificación de los ámbitos en los que es relevante el estudio, a quién dirigir o con qué personas clave puede aplicarse la investigación. También se deben trazar objetivos claros y viables para el desarrollo del estudio de caso, por ejemplo el análisis de un problema de salud concreto, aparición, recurrencia.

2. La elaboración de una lista de preguntas

Luego de haber identificado el ámbito a investigar –problema de investigación- bajo la perspectiva de estudio de caso, es necesario plantear un conjunto de preguntas para guiar la investigación. Las preguntas deben ser pertinentes al tema que motiva la investigación y deben estar orientadas para dar respuesta a las mismas preguntas o a otras que pudieran surgir en el proceso de investigación. La investigación implica el proceso que se describe a continuación.

3. Desarrollo de una investigación de corto alcance en torno a las preguntas clave

Este paso tiene relación con el proceso en el cual se genera la información necesaria para dar respuesta a las preguntas, es decir, es el desarrollo del estudio de caso, o lo que es igual, la comprensión a profundidad del tema o la problemática que motiva la investigación. Para que sea más comprensible, presentamos un ejemplo. En el ASIS - Diagnóstico Situacional de la Unidad de Salud que tiene base en la parroquia de Ambuquí se observa que una de las primeras causas de morbilidad en la población adulta es la presencia de anemia, enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades gastrointestinales y diarreicas.

El registro de la Unidad de Salud de Ambuquí, muestra que el problema de la anemia se presenta con mucha más fuerza en la población de afrodescendientes y de entre ellos una buena parte de los casos provienen de la comunidad de San Luis. Este es un panorama general de un problema de salud, de entre muchos otros que se presentan en la población de Ambuquí. Sin embargo, se puede ver mayor incidencia de esas enfermedades en la comunidad de San Luis. Esta situación se evidencia en un impacto concreto en la calidad de vida de los moradores de la comunidad.

Las particularidades de San Luis requieren una mayor comprensión de lo que está sucediendo en la población de afrodescendientes de San Luis. Aquí se aplica el estudio de caso, es decir, nos planteamos entender con más detalle, profundidad y de una manera delimitada lo que sucede en esa comunidad en relación con el problema de la anemia y de las enfermedades gastro intestinales y diarreicas.

Como se puede entender, esto requiere desarrollar una investigación con la aplicación del estudio de caso partiendo de la situación de salud de la población afrodescendiente de San Luis. En este caso, podemos hacernos varias preguntas de arranque de la investigación –estudio de caso- como, por ejemplo, ¿por qué se dan esas enfermedades especialmente en la población de San Luis?, ¿por qué se presenta de una manera característica la anemia en la población de afrodescendientes?, ¿qué hace que se presenten más casos entre los afrodescendientes de San Luis?, ¿cuál es la

situación general de la salud en San Luis?, ¿cómo está la situación alimentaria en la población?, ¿cómo está la situación de acceso a los servicios básicos –sanitarios- en la población de San Luis?, ¿por qué afecta menos la anemia a la población mestiza?, ¿qué hábitos o comportamientos de la población están incidiendo en esos problemas de salud?; etc.

La aplicación del estudio de caso implica desarrollar la investigación delimitada para dar respuestas a esas preguntas centrales. Esto requiere generar información a través de la aplicación, por ejemplo, de observación directa, de entrevistas, encuestas, de la realización de grupos focales, y del registro sistemático de lo que se observa en la comunidad en relación, por ejemplo, de los hábitos de alimentación, de comportamientos asociados a la alimentación, de saber cuál es la situación de la infraestructura sanitaria, abastecimiento de agua, de realizar entrevistas por separado a la población mestiza, con iguales preguntas para conocer sus diferencias y para saber lo que pasa con cada una de esas poblaciones en relación con el problema de salud.

4. El análisis de la información

El proceso de investigación se complementa con el registro y análisis de esa información para mejorar la comprensión del problema. Sí se aplica entrevistas, encuestas, se hace observación directa, se generará información. Esta información se procesa y analiza para entender las relaciones que hay entre esas morbilidades y la situación de salud de la población afrodescendiente de San Luis.

En el análisis es importante relacionar el conjunto de la investigación, por ejemplo, sí lo que produce la población es suficiente para su seguridad alimentaria o sí hay desgaste del suelo. Sí la disponibilidad de tierras es limitada y hay un cambio de la alimentación que impacta en la salud. Sí el trabajo desarrolla la población les obliga a consumir otro tipo de productos, sí hay problemas que se generan por el consumo local del agua, sí el problema afecta más a mujeres que a hombres afrodescendientes. Sí hay una diferencia en el consumo de alimentos en la población mestiza.

El escuchar las entrevistas con personas clave poniendo atención a las partes explicativas de las entrevistas, combinando con los datos procesados de las encuestas, y de la observación directa posibilita analizar en profundidad esos datos que, procesados y analizados adecuadamente, darán luces para comprender a mayor profundidad el problema y dar respuestas a las preguntas que nos hicimos. Las respuestas son una parte fundamental del camino para proponer soluciones con la misma población y otros actores sociales clave que intervienen en la problemática.

5. La presentación de los resultados de la aplicación del estudio de caso

La aplicación del estudio de caso -investigación- arroja información consistente para comprender el problema de la comunidad de San Luis. Esta tarea demanda que la información este organizada en torno al estudio de caso, y a las preguntas centrales

que nos hicimos para comprender el problema de salud y sus relaciones causales. Esto requiere la preparación de un documento –informe- corto en el que se explique el problema y los hallazgos centrados en la problemática de estudio circunscrito al caso de San Luis y la población de afrodescendientes.

ANEXO 2: EJEMPLO DE ANÁLISIS DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD - DSS

El análisis de los determinantes sociales de la salud parte de la base del diagnóstico situacional, ya que en él se registran los datos generales y los específicos relacionados con las variables socioculturales y de salud encontradas en el medio. En base a esto se hace un ejercicio de identificación de los aspectos que están incidiendo en la salud de la población. Para esto es necesario tomar en cuenta el concepto estándar de las Determinantes Sociales de la Salud:

“Las determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (6)

En el Modelo de Atención Integral de Salud, las DSS se definen como “el conjunto de variables que tienen el potencial para generar protección o daño, es decir, son condiciones que determinan la salud. Son un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determina los niveles de salud de los individuos y comunidades”. En estas determinantes está el contexto socioeconómico y político, la posición socio económica, los determinantes intermedios, determinantes medio ambientales (MSP, MAIS, 2013: 40-42). Ese conjunto de factores tienen que ser analizados en perspectiva de las DSS, es decir, identificando las causas de fondo que impactan negativamente la salud de la población, lo cual busca, entre otras cosas, reducir las inequidades, y tomar en cuenta las causas DSS para plantear soluciones viables y sustentadas. El análisis de las DSS puede resumirse en los siguientes resultados: análisis y comprensión de la realidad local, mejorar las condiciones de vida cotidianas, trabajo para reducir las inequidades, y finalmente la medición y análisis del cambio que se da a partir de la gestión de las DSS. Para comprender de mejor manera esto, veamos un ejemplo de análisis de las DSS:

La aplicación del ASIS – Diagnóstico Situacional en el área donde funciona el establecimiento de Salud de la parroquia rural Imantag, en Cotacachi¹² evidencia el siguiente perfil general de la población:

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PARROQUIA

- La población se ubica a 20 minutos en bus de la ciudad de Cotacachi.

¹² Zona 1, Distrito 10D03 Cotacachi, Circuito Imantag.

- Imantag está distribuida en diez comunidades dispersas de tamaño variable. En la parte urbana de la parroquia, se asienta la mayor parte de la población mestiza, pero también hay presencia de indígenas.
- La mayor parte de la población es indígena Kichwa – Natabuela (3.942) y mestizos (959).
- Son bilingües, aunque en la población adulta y adulta mayor predomina el uso del idioma kichwa.
- Como miembros de la cultura Kichwa Andina tienen una visión particular de la enfermedad, identifican al menos 10 enfermedades que tienen una etiología tradicional y estas son: el mal aire, espanto, mal de ojo, mal hecho o mal del caballo, kuichik, hualambario, aya sikashka, urku japishka, atsingo, allpa inis, etc. Cada una de estas enfermedades tiene su propia explicación e intervención para dar solución al problema de salud.
- En la parroquia hay varios actores de la medicina ancestral (tradicional) como limpiadores del mal aire, curadores de espanto, parteras, yachaks, (shamanes), fregadores, etc.
- La población indígena y mestiza practica la medicina ancestral y dentro de esta tienen un conocimiento importante de las planteas medicinales y los rituales curativos. Estos conceptos tradicionales de la enfermedad se cruzan o coexisten con las enfermedades presentes en el perfil epidemiológico local, y que se tratan en la unidad de salud.
- Esta doble concepción, entre otros factores, suele incidir en el comportamiento de la población, por ejemplo, en el tiempo que se toman antes de acceder a los servicios de salud.
- Esta parroquia, históricamente, ha estado rodeada de haciendas con grandes extensiones de tierra donde trabaja buena parte de la población indígena y mestiza. Las familias indígenas que viven en sus comunidades poseen pequeñas parcelas de tierra que se ha fragmentado con el pasar del tiempo por el crecimiento de los miembros del hogar y el reparto de herencias.
- La población de esta parroquia depende económicamente de la actividad agrícola, el jornal agrícola, de la construcción, y actividades varias de servicio. La falta de fuentes de empleo en la parroquia, presiona para que, especialmente la población joven, migre a Quito y otras ciudades. Esta migración es constante en el tiempo. Se observa cambios en el comportamiento de los jóvenes que trabajan fuera de la comunidad.
- En la población se menciona que uno de los principales problemas sociales es la migración por razones económicas, violencia, consumo de alcohol y otras drogas, así como también la formación de pandillas juveniles.

DATOS ESPECÍFICOS DE LA POBLACIÓN

Los datos censales de Imantag muestran lo siguiente: población total de la parroquia es de 4.941 habitantes; de estos 2.517 son mujeres y 2,424 hombres. En la parroquia Imantag hay un 94% de pobreza por necesidades básicas insatisfechas, y afecta de manera similar a hombres y

mujeres. El analfabetismo en la parroquia es del 32,9%, y el analfabetismo funcional, es decir, de las personas que saben leer y escribir pero sin capacidad de comprensión es del 44,5% y afecta en más medida a las mujeres (hombres 37,2% - mujeres el 51,7%).

El acceso a los servicios de saneamiento es muy limitado ya que solo el 9,3% del conjunto de viviendas cuenta con ese acceso, y se concentra en la cabecera urbana de la parroquia. El abastecimiento de agua es uno de los factores más críticos ya que únicamente el 20,6% de las viviendas tiene agua entubada proveniente de la red pública. El 58,1% de la población consume agua segura, el porcentaje resto tiene ese déficit. El 30,3% de las viviendas de la parroquia tienen acceso al alcantarillado.

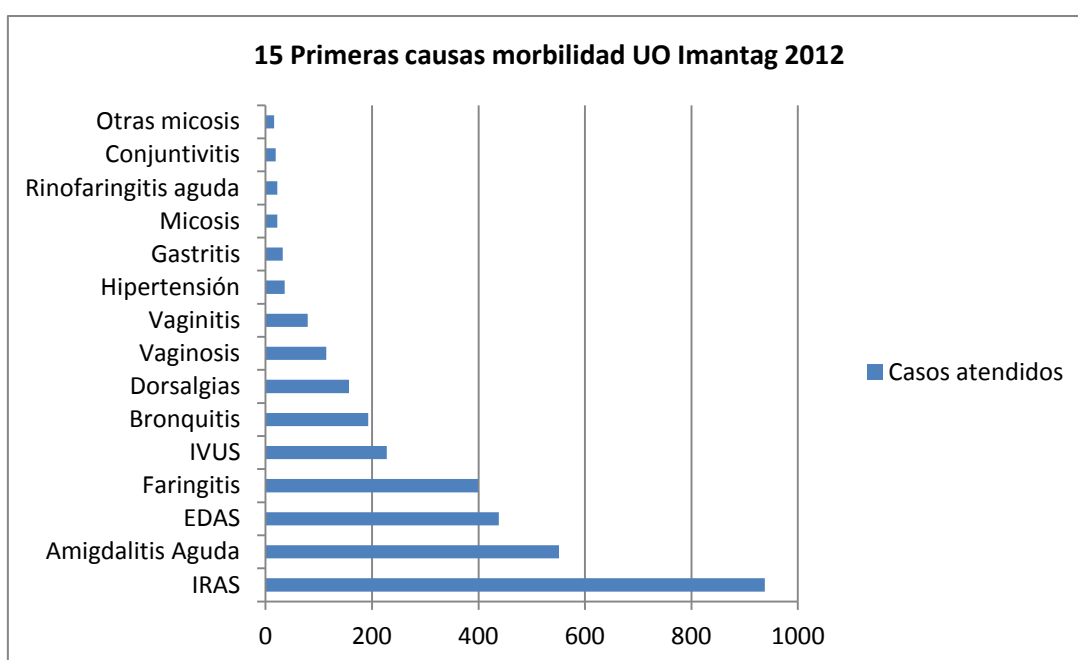
Otro de los problemas que se presentan en el medio, es la ocupación del espacio habitacional ya que en cada vivienda hay una ocupación por cuarto de 2,6 personas en promedio; siendo uno de los promedios más altos en la provincia de Imbabura junto con la parroquia Chugá en Pimampiro. El hacinamiento en Imantag es el más alto del cantón Cotacachi, ya que corresponde al 47,2% frente al 28,8% del promedio en el cantón.

La población de esta parroquia tiene por actividad principal las actividades agrícolas, el jornal, el trabajo en la construcción, y diversas actividades de servicios que provienen de actividades que se desarrollan en las grandes ciudades. La poca dinamización económica de Imantag, expulsa un número importante de habitantes. A pesar de esto, en la parroquia hay una alta tasa de dependencia (personas menores de 15 años y mayores de 65 años) ya que la misma incide en el 93% siendo una de las más altas tasas de dependencia de la Zona 1.

Es importante, también, indicar que parte del trabajo agrícola lo hacen en plantaciones y haciendas bajo la modalidad de jornal. En las plantaciones hay una alta exposición de riesgo por el uso de agroquímicos tóxicos, especialmente en los cultivos florícolas. La necesidad económica de los hogares, especialmente indígenas, hace que el 2,1% de los niños en edad escolar trabajen y estudien, y el 7,2% de ellos trabajan y no estudian. En general, los diversos indicadores reflejan desigualdades, y esta situación afecta más a las mujeres que a los hombres. El análisis de los DSS, precisamente, toma en cuenta las condiciones de desigualdad y plantea el trabajo en reducir o eliminar esas inequidades. Por otra parte, es necesario subrayar y tomar en cuenta que las inequidades que se han observado tienen un impacto en la salud de la población.

En el análisis de las determinantes sociales de la salud, precisamente, requiere relacionar el contexto antes descrito de la población, en este ejemplo, de Imantag, con el perfil de las enfermedades que se presentan en el medio y que son registradas por la unidad de salud. En el período 2010-2012 se registra el siguiente cuadro de enfermedades comunes en el medio y según los casos atendidos este es el siguiente perfil: enfermedades asociadas al aparato respiratorio (3.720), enfermedades del aparato digestivo (736), enfermedades del aparato reproductor de las mujeres (573), enfermedades de las vías urinarias (320), enfermedades neuromusculares (272), peso bajo (178), dermatitis por exposición a agentes químicos (56), anemia (42), micosis (38), hipertensión (36), gastritis (32) y conjuntivitis (19).

Específicamente en el 2012 las causas de morbilidad son las siguientes:



Fuente: MSP, Departamento de Estadística, Área 3. Cotacachi, 2013¹³

Este perfil se muestra constante en la población de la parroquia Imantag, porque visto desde el conjunto de los datos las causas de morbilidad son similares para los años 2010 al 2012. Entre otras causas de consulta están las derivadas por problemas de violencia física, y aunque esto no aparece en los datos presentados, ya que se pierden en la categoría de otras, tiene un peso importante en el medio por la recurrencia y por el impacto social que tienen estos problemas en el medio. Esta información, por otra parte, está subregistrada porque no todos los casos pasan por la atención médica, y no todos son expuestos o denunciados.

Aunque las enfermedades que vemos en este ejemplo de Imantag son comunes y generalizadas a nivel nacional, en lo local adquieren otro sentido porque se conecta de diferentes modos con los problemas existentes en el medio. Esta conexión se puede ver relacionando las morbilidades con el contexto social. Veamos esta conexión con un ejemplo:

Enfermedades	Análisis de las causas
Enfermedades asociadas al aparato digestivo (EDAS)	Esta es la segunda causa de morbilidad, e igualmente, a pesar de ser generalizada no solo para este caso, en Imantag tiene una fuerte relación con la dotación de servicios básicos. Los servicios de saneamiento básicos solo tienen el 9,3% de la población. El acceso al

¹³ Todos los datos deben citarse, es decir escribir la fuente de información tal como está en cuadro del ejemplo y además de ser el caso poner el nombre de la persona que lo realizó.

	abastecimiento de agua potable cubre únicamente al 20,6% de las viviendas de la parroquia. El 30,3% de las viviendas tiene acceso a la red de alcantarillado, el porcentaje restante no.
--	--

En este ejemplo, vemos algunas de las relaciones causales entre los problemas específicos de salud y el contexto social. En el medio, como se ve, hay otras enfermedades que aunque no tienen el peso que estas dos primeras causas, tienen un trasfondo social significativo, por ejemplo, las enfermedades ginecológicas, la dermatitis por exposición a agentes químicos, la anemia, la hipertensión, etc. que podría analizarse en perspectiva de entender las determinantes sociales que están actuando en estos problemas de salud.

En el análisis de determinantes sociales, los datos estadísticos -cuantitativos- se enlazan con otro tipo de información que se relacionan con problemas concretos de la cotidianidad de los habitantes de esta parroquia; uno de ellos es las consultas por causa de violencia física que aunque no aparecen en esta estadística están presentes e inciden en la salud de esta parroquia. Para el año 2011 se reporta la atención de 5 casos por agresión física, y en el 2012, 17 casos por esa misma razón.

DATOS CUALITATIVOS

Los problemas concretos de salud detectados en la unidad, se conectan con un contexto más amplio que puede ser visto a través de un testimonio directo y que revela otras dimensiones sociales de la salud, que es un elemento de análisis de las DSS:

“Carmen S., una mujer indígena de 32 años oriunda de la parroquia de Imantag, del cantón Cotacachi, perdió hace 8 meses, a su primer hijo, Diego de 16 años. El adolescente trabajaba en una molienda ubicada en la comunidad de Hoja Blanca, del cantón Urcuquí. Junto con tres compañeros de trabajo salieron en busca del asno, para movilizar el molino, pero no se percataron de la crecida del río Ambí y fueron arrastrados por la corriente. Carmen es madre soltera y su economía familiar dependía en un 80% de su primogénito. Sus otros dos hijos aún estudian y evita que su hijo menor deje el colegio por falta de dinero.

Ella dobla su jornada con los bordados y regresó a cultivar su pequeña parcela con el fin de vender lo que obtiene de la cosecha, en el mercado de Cotacachi, para que le alcance sus ingresos para mantener a su familia. Vive en una casa prestada por sus hermanos. “Mi hijo me ayudaba a educar a los otros...”

La historia de Carmen es similar a la del 94% de familias que se encuentran en situación de pobreza en la parroquia y donde los adolescentes no terminan la escuela para ir a trabajar en labores de alto riesgo como son las moliendas, la construcción, la fabricación de ladrillos.

Estas familias están integradas por 8 y 9 hijos y la mayoría de ellos quieren cumplir los 14 años para salir de sus casas y buscar trabajo en Ibarra, Quito o Guayaquil. En estas ciudades se

emplean en oficios de alto riesgo o en la venta de frutas. Las pandillas sumado a la pobreza y mendicidad, otro problema que enfrenta la parroquia. En la parroquia se conforman pandillas, que se integra por adolescentes de 13 y 15 años, quienes a la falta de espacios se refugian –en esas agrupaciones y en adicciones de alcohol y drogas-.

Con respecto a los jóvenes, lamentó que por la pobreza hagan que emigren a las ciudades capitales y abandonen las tierras. “Son las mujeres y las personas de la tercera edad, quienes se quedan y los terrenos no son aprovechados porque no hay fuerza laboral”, expresó.”¹⁴

Lo expresado por la entrevistada, muestra otra dimensión de la realidad que complementa las cifras estadísticas y los casos atendidos en la unidad de salud donde se evidencia las diferentes morbilidades existentes en el medio.

Entre los datos cuantitativos, los documentales, y lo testimonial que se recoge en la entrevista, se puede identificar los principales problemas sociales en la parroquia de Imantag, tal como se puede apreciar en el recuadro de abajo:

Pobreza por NBI en gran porcentaje de la población 94%
Déficit de servicios de saneamiento básico.
Problemas de salud asociados al consumo de agua (EDAs segunda causa de morbilidad)
Bajo nivel de escolaridad en la parroquia promedio 6.0 años, Mujeres 5.6 / Hombres 6.3
Falta de fuentes de trabajo
Trabajo dependiente de la producción de las haciendas, plantaciones o criaderos.
Trabajo agrícola en condición de precariedad – uso de agroquímicos (pesticidas)
Reducción espacios propios para cultivar – parcelación de la tierra (crecimiento demográfico)
Cultivos propios para subsistencia y venta en el mercado (desbalance)
Escases de mano de obra familiar -cambio en la forma tradicional de organización del trabajo-
Problemas de acceso a agua de riego y acceso a agua segura para el consumo.
Importante migración hacia las ciudades grandes en la población joven.
Formación de pandillas juveniles violentas (Cobras, Cotoles, Solitarios, Colmenas, etc)
Violencia sexual y violencia de género (violaciones frecuentes / agresión a mujeres)
Consumo de alcohol y drogas entre jóvenes
Cambios culturales en el estrato de la población de jóvenes indígenas –pérdida del kichwa-
Hacinamiento
Trabajo infantil
Presencia importante de discapacidades (105 en toda la parroquia)
Contaminación ambiental en quebradas por depósito de residuos contaminantes
Inadecuado manejo de los residuos sólidos (se vierte en las quebradas)
Uso de pesticidas y manejo inadecuado de los desechos peligrosos.
En las comunidades alejadas, dificultad de acceso, etc, etc.

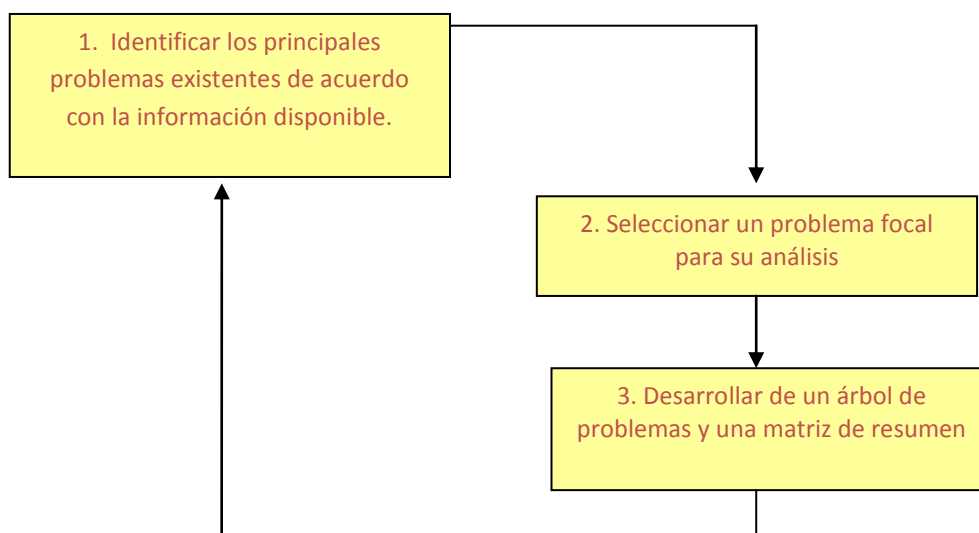
El análisis de las DSS se plantea entender las causas que están motivando esos problemas para dar la respectiva respuesta y solución desde las diferentes instancias y actores sociales, y parte de un proceso que puede darse en tres etapas definidas partiendo de la identificación del

¹⁴ Fuente: entrevista publicada en internet sobre la situación de la parroquia de Imantag.

problema a través del diagnóstico situacional y de la priorización del mismo. En el esquema de abajo se presenta los pasos fundamentales para el análisis e incidencia en las DSS.

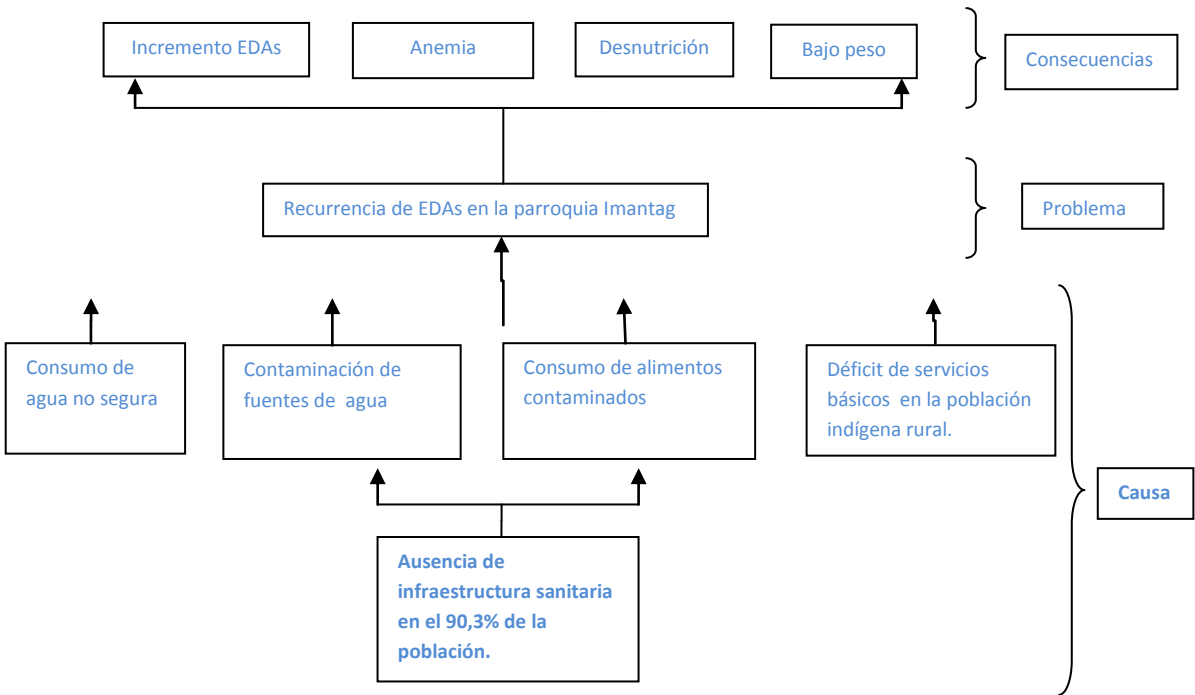


Para esto es necesario tomar en cuenta que junto con la identificación de los principales problemas y la priorización de los mismos que se hace en función de la perspectiva de la población. Junto a esto se hace la selección de un problema focal para el análisis y el desarrollo de un árbol de problemas, que es la herramienta que ayuda a comprender las raíces del problema, el eje de ese problema, sus ramificaciones, y consecuencias.



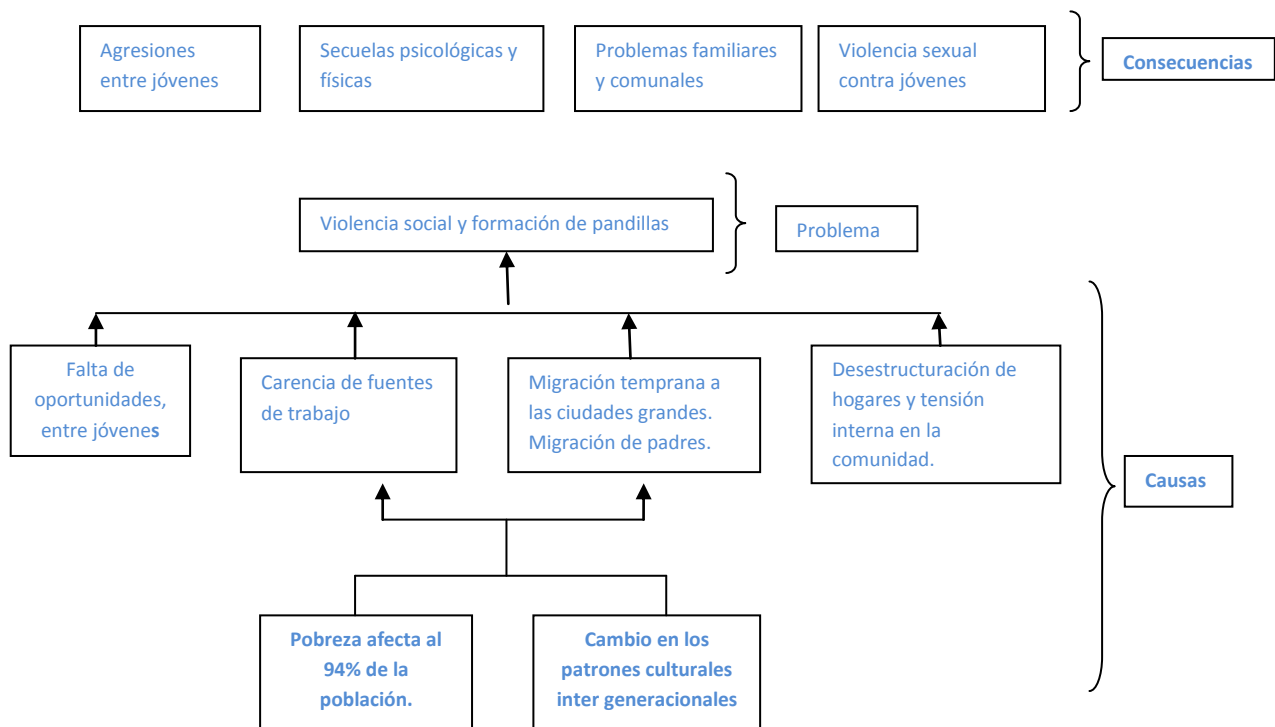
Para ejemplificar el análisis de DSS tomaremos el problema asociado a las enfermedades diarreicas agudas que son prevalentes en el medio y el problema de la violencia social, como ejemplos de relaciones directas e indirectas en salud.

Ejemplo 1: Árbol de problemas enfermedades recurrentes asociadas a las EDAs



El problema	Causa raíz del problema	Relaciones causales (en salud)	Soluciones posibles
Recurrencia de EDAs en la parroquia de Imantag	Ausencia de infraestructura de saneamiento básico en el 90,3% de la población de la parroquia.	Consumo de agua no segura (contaminada) Consumo de alimentos contaminados. Mayor impacto en la población indígena rural de las EDAs Confunde síntomas diarreicos asociados a enfermedades de esquema nosológico tradicional.	Implementar la infraestructura sanitaria. Trabajo intersectorial. Trabajo comunitario. Proteger las fuentes de agua. Reforestar. Instalar infraestructura en comunidades indígenas. Trabajo intercultural en el manejo de las enfermedades diarreicas agudas.

Ejemplo 2: Árbol de problemas violencia social y formación de pandillas juveniles



El problema	Causas raíz del problema	Relaciones causales (en salud)	Soluciones posibles
Violencia social y formación de pandillas juveniles	El 94% de la población de Imantag, está afectada por la pobreza desde las Necesidades Básicas Insatisfechas	Agresiones con secuelas psicológicas. Agresiones con lesiones físicas. Agresiones sexuales dirigidas a mujeres de las comunidades. Embarazos precoces. Mayor exposición a las enfermedades presentes en el medio.	Dinamizar la economía local. Reducir la pobreza en la población. Abrir diferentes opciones productivas locales. Reducir la migración interna. Articularse intersectorialmente. Fortalecer los valores culturales. Introducir los

			enfoques de PS en el personal de salud.
--	--	--	---

De la elaboración de esta técnica en la que se junta el árbol de problemas con la matriz de relación causal y de identificación de soluciones posibles, se deriva el análisis del problema, en tanto se pueda describir y explicar los contenidos, sus dimensiones, la derivación que toma el problema y las relaciones causales, así como la identificación de las causas de fondo o “causas de las causas”, que se es la identificación de las determinantes sociales de la salud, es decir, las condiciones donde se genera, reproduce el problema pero también donde se puede dar respuesta y solución.

Los ejemplos presentados a través del caso de Imantag, permiten entender la lógica de la aplicación del ASIS – Diagnóstico Situacional, y de uso de las determinantes sociales de la salud como base para plantear soluciones a los problemas a través de la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud y de la dinamización de los procesos, estrategias y líneas de acción de la promoción de la salud

ANEXO 3: REFERENCIA PARA EL ENLACE Y ACCESO A BASES DE DATOS ESTADÍSTICOS

Instituto Nacional de Estadística y Censos / Portal estadísticas

<http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos / Sistema Integrado de Consultas / REDATAM

http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=104&Itemid=76

Ministerio de Salud Pública del Ecuador – GeoSalud

<http://geosalud.msp.gob.ec/Gui/indexZona.php?id=0>

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador - SIISE

<http://www.siise.gob.ec/siiseweb/>

Sistema Nacional de Información - SNI

<http://www.sni.gob.ec/web/guest;jsessionid=F4FF4F39D61C2E4A8CC847AAC191D42A>

ANEXO 4: FORMATO PARA PRESENTAR EL DOCUMENTO DEL ASIS – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Documento anexo en CD formato digital para vaciar la información del diagnóstico y el proceso.

ANEXO 5: FORMATO DEL ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD

COMITÉ LOCAL DE SALUD
ACTA CONSTITUTIVA DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD
NOMBRE DE LA COMUNIDAD O PARROQUIA (RURAL-URBANA)-DISTRITO-AREA DE SALUD-
UNIDAD OPERATIVA DE SALUD

En la Comunidad/Parroquia/Ciudad de ----- que pertenece a La Unidad Operativa----- del MSP del Distrito (nombre y número) ubicado en ----- a los ---- del mes de ----- de 20—siendo las ---- horas, los representantes de las organizaciones sociales vinculadas a la salud convocadas por el Ministerio de Salud, se constituyen en reunión para conformar el COMITÉ LOCAL DE SALUD ----- en el marco de la Constitución de la República y la Ley de Participación Ciudadana con el fin de garantizar los derechos a la salud y la participación en la gestión de la salud y en beneficio de las y los habitantes de -----

Una vez dado a conocer el procedimiento para la conformación del COMITÉ LOCAL DE SALUD - ----- sus coordinadores / directiva estará conformado por: (nombre y apellido de los integrantes) -----, -----, -----, -----, -----.

Es función de los Equipos de Atención Integral de Salud de la Unidad Operativa ----- acompañar y facilitar la gestión del COMITÉ LOCAL DE SALUD -----.

Es función de los integrantes del COMITÉ LOCAL DE SALUD ----- Participar en el Diagnóstico Situacional de Base del Territorio, Identificar y priorizar los problemas para la elaboración del Plan Local de Salud, negociar en los GADS y otras instituciones de su territorio la implementación del Plan Local de Salud, hacer control social de la gestión pública de salud en su territorio de acuerdo a los mecanismos definidos en la Ley de Participación Ciudadana.

Para constancia de lo acordado firman los/as integrantes del COMITÉ LOCAL DE SALUD _____:

Cargo:
Nombre:

Cargo
Nombre:

CC:
Nombre de la organización

Cargo:
Nombre:
CC:
Nombre de la organización

Cargo
Nombre:
CC:
Nombre de la organización

CC:
Nombre de la organización

Cargo
Nombre:
CC:
Nombre de la organización

Cargo
Nombre:
CC:
Nombre de la organización

ANEXO 6: FORMATO DE AGENDA PARA EL DESARROLLO DE LA SOCIALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, VALIDACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PLAN LOCAL DE SALUD.

Para preparar la agenda del taller se debe considerar ciertos factores:

- Tiempo aproximado de duración de la jornada (medio día, día completo) esto se define con las organizaciones (dirigentes, cabildos, etc.), esto dependerá de la disponibilidad del tiempo de los/las participantes, que tiene que ver con sus jornadas de trabajo, distancia del lugar de reunión, posibilidad de acceder a medios de transporte tanto para llegar al sitio de reunión como para retornar a su vivienda. Es preferible construir la agenda con los/las representantes comunitarios. Se debe tomar en cuenta los puntos principales que son:
 - La presentación sencilla de los principales resultados del diagnóstico, y la validación con la población de los datos que requieran esta actividad de confirmación con la comunidad.
 - Desarrollo del trabajo con el Comité Local de Salud del Plan Local de Salud.
- División del tiempo para cada actividad, se debe tomar en cuenta tiempos de descanso, de alimentación.
- Para la distribución de temas a tratar se debe preferir ubicar los de mayor complejidad al inicio de la actividad pues las personas están con mayor energía y disposición al trabajo. Si se realiza la actividad después de la jornada de trabajo, al finalizar la tarde y/o noche se iniciará con una actividad que permita lograr la atención de los/las

participantes, como por ejemplo, una dinámica, ejercicios físicos que contribuyan a disminuir la tensión del día de trabajo, etc.

Pasos	Contenido	Tiempo	Materiales	Método/técnica	Responsable	Observaciones
1	Bienvenida	15 min.		Exposición	Miembro EAIS	
2	Presentación de participantes	30 min	De acuerdo a la dinámica	Dinámica de presentación	Equipo EAIS	
3	Temas de la convocatoria: ej. Introducción al tema.	15 min	Infocus o papelote con la información	Exposición	Equipo de salud	
3.1	Presentación de diagnóstico situacional por partes	1 hora	Infocus , o exposición con apoyo de papelotes, gráficos, tarjetas	Exposición	Equipo de salud	
3.2	Construcción del Plan Local de Salud	3 horas	Infocus , o exposición con apoyo de papelotes, gráficos, tarjetas	Exposición	Miembros del Comité Local de Salud	

REFERENCIA

1. <http://www.paho.org/spanish/sha/bs993HSA.htm#def>
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitaria e Intercultural, Quito. MSP. 2013
3. Costales, Patricia, Cueva, Jorge. Manual de promoción de la salud, con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva. Corporación Utopía. (mimeo sin publicar)
4. Geilfus, Franz. 80 Herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo y evaluación. San José de Costa Rica. IICA. (sin año de referencia).
5. http://www.lai.fu-berlin.de/es/e-learning/projekte/frauen_konzepte/index.html
6. http://www.who.int/social_determinants/es/

Otras referencias de internet

<http://www.paho.org/spanish/sha/bs993HSA.htm#def>

http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf

www.inec.gob.ec - www.siise.gob.ec/siiseweb/

http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf

http://www.lai.fu-berlin.de/es/e-learning/projekte/frauen_konzepte/index.html