

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

DEFINICIONES OPERATIVAS

Actor social: sujeto individual o colectivo que desde sus intereses detecta la capacidad de intervenir o influir en forma significativa en una población o situación o que cuenta con recursos de poder que lo hace estratégico en procesos de construcción comunitaria.

Comunidad: grupo social que habita un territorio, comparte valores, tradiciones e intereses comunes. Tiene el potencial y la capacidad de actuar sobre alguno de los determinantes intermediarios de la salud de sus miembros.

Decisor político: persona que por su función tiene el poder de decisión sobre alguna actividad o proyecto. También llamado “tomador de decisiones” o “responsable político”.

Equipo de gestión: profesionales y/o técnicos bajo mando del decisor político que están dedicados al desarrollo, ejecución, monitoreo y supervisión de actividades y proyectos. Cuentan con poder de decisión en el ámbito de sus funciones y bajo estrecha coordinación con el decisor político.

Equipo técnico: profesionales y/o técnicos en salud organizados para la realización de una tarea o logro de un objetivo, que no cuentan con poder de decisión. Están bajo mando directo del equipo de gestión o alguno de sus miembros.

Nivel local: ámbito territorial de un municipio, un distrito, una comunidad o un grupo de comunidades.

Per cápita: por persona o por individuo.

Territorio: porción de la superficie terrestre demarcada geográficamente que pertenece a un país, una región, un departamento, un municipio, un distrito, una comunidad, entre otros.

Vulnerabilidad territorial: característica que aproxima a la valoración de la vulnerabilidad social de una comunidad ubicada en determinado territorio.

CONCEPTOS BÁSICOS

Determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud señala que los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; resultan de la distribución -a nivel mundial y nacional- del poder, los ingresos (dinero), los bienes y los servicios (recursos), que interactúan en diferentes niveles e influyen en la salud individual -en el riesgo de enfermar o morir- y determinan el estado de salud de la población así como el predominio de algunas enfermedades con respecto a otras.

Los determinantes sociales de la salud se dividen en determinantes estructurales de las inequidades en salud y determinantes intermediarios de la salud. Bajo esta concepción, los determinantes estructurales están referidos al contexto socio-económico y político (gobernanza, políticas públicas, cultura y valores sociales) así como a la posición socioeconómica determinada por la cadena educación-ocupación-empleo e influenciada por la clase social, el género y la etnicidad.

El contexto socioeconómico y político, es decir, las acciones de gobierno y políticas del Estado condicionan la posición socioeconómica, así como la estratificación social -de acuerdo al género, etnicidad, educación, ocupación e ingreso- y definen los determinantes intermediarios de la salud (las circunstancias materiales en que vive la persona y sus comportamientos, además de los factores psicosociales presentes en su entorno).

En este grupo también se incluye al sistema de salud. Transversalmente a estos dos determinantes –estructurales e intermediarios- encontramos a la cohesión u organización social –redes, normas y valores que puede permitir -o no- a la comunidad poseer un alto nivel de influencia en la toma de decisiones sobre su estilo de vida y comportamiento, además de participar en el desarrollo de las políticas que afectan a su bienestar y calidad de vida.

Es importante tomar en cuenta que la identificación de los determinantes sociales es la base del trabajo intersectorial para hacer frente a problemas relacionados con la educación, alimentación, nutrición, déficit de servicios básicos, etc. Asimismo, son variables que permiten priorizar grupos vulnerables hacia los cuales conducir de manera especial las intervenciones en salud.

Desigualdad e inequidad en salud

Las desigualdades en salud son aquellas diferencias que devienen de las variaciones biológicas naturales, aquellas que son resultado de conductas dañinas adoptadas por libre decisión o aquellas que resultan de la adopción de ventajas transitorias en salud en un grupo de individuos, siempre que los demás grupos también tengan los demás medios para hacerlo. En cambio, las inequidades en salud no tienen la misma explicación.

Son diferencias innecesarias y evitables pero que, además, se consideran injustas, producto de conductas dañinas para la salud que no dependen de la libre decisión del individuo, o de la exposición a riesgos laborales e inadecuadas condiciones de vida, o del limitado acceso o baja calidad en los servicios de salud u otros servicios básicos, o de la posición social que ocupan

los individuos. Es decir, producto de su desventaja social o posición relativa en la jerarquía social como resultante de los determinantes estructurales de las inequidades en salud.

En otras palabras, la inequidad en salud es la experiencia de peor salud o mayores riesgos sanitarios que tienen los grupos sociales en peores condiciones económicas o sociales -como los pobres, las minorías raciales/étnicas, o grupos definidos por la condición de discapacidad, orientación sexual o identidad de género, entre otros- a diferencia de sus contrapartes que están en mejores condiciones.

Enfermedad y muerte

Son el impacto visible de complejas interacciones de los procesos sociales, ambientales y económicos, entre otros, que tienen como resultado una serie de necesidades o carencias sobre la salud de un individuo o grupo de individuos. Dicho impacto puede ser medido y estudiado a través de indicadores (enfoque cuantitativo) o dimensiones (enfoque cualitativo) de enfermedad y muerte contextualizados en un espacio geográfico y poblacional.

Estos indicadores tienen la ventaja de ser fáciles de medir y analizar por el equipo de salud e implican un impacto visible, medible y estudiado de una serie de necesidades que actúan sobre la salud del individuo, aunque muchos tienen la desventaja de no poder ser aplicados a poblaciones pequeñas.

Enfoque local

Es una forma de abordaje de los problemas con impacto sanitario que ocurren en la población. El análisis de estos problemas se realiza en unidades poblacionales pequeñas donde las personas tienen contacto con los determinantes sociales de la salud. De esta forma es más fácil ajustar los planes a las personas, utilizando los conocimientos y las contribuciones de éstas, así como de los actores sociales de la comunidad. Son varias las ventajas que nos proporciona este enfoque, entre ellas:

- Las personas serán más entusiastas si el plan es visto por ellos mismos, por lo que desearán, y querrán participar más en su implementación y monitorización.
- Se obtendrá el conocimiento in situ de los problemas y las mejores propuestas locales.
- Los planes estarán relacionados con los recursos como con los problemas socioeconómicos locales.
- La mejor información se alimentará hacia arriba a niveles más altos de planificación.

Sin embargo, podemos encontrarnos con algunos problemas, como:

- Los intereses locales no son iguales a los intereses regionales o nacionales.
- Existen dificultades para integrar planes locales en un marco más amplio.
- Los limitados conocimientos técnicos a nivel local hacen que los equipos técnicos regionales hagan una gran inversión de tiempo y trabajen en lugares muy alejados.
- Los esfuerzos locales podrían fracasar por falta del soporte del nivel más alto o incluso la obstrucción.

Enfoque participativo, comunitario y social

El enfoque participativo permite a las personas organizar sus actividades con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida y aprender de su propia experiencia, atendiendo a valores y

finés compartidos. De esta forma, intervienen estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas.

Desde Alma Ata (1978), se señala que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Pero, además, se exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud en grado máximo, sacando el mayor provecho posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles.

En otras palabras, el Estado debe brindar la asistencia sanitaria esencial, entendida como lo fundamental y no solo elemental, mientras que la comunidad debe participar en la toma de decisiones durante la planificación, ejecución y control de las acciones de salud. Ambas acciones buscan alcanzar la equidad sanitaria teniendo como pre-requisitos: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad (Ottawa, 1986).

La participación comunitaria está estrechamente ligada al empoderamiento ciudadano. Es decir, a procesos sociales a través de los cuales los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con el bienestar personal y social gracias a que expresan sus necesidades, intervienen en la identificación de los problemas de salud u otros problemas afines y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural con el objetivo de diseñar, poner en práctica y evaluar las soluciones que respondan a estos, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y de la comunidad.

Esta participación social en la cogestión de salud debe ser entendida como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, así como formular y negociar sus propuestas que logren mejorar la calidad de vida y el desarrollo de la salud de una manera deliberada, democrática y concertada aprovechando las ventajas que les proporciona el entorno en cuanto a bienes, servicios y recursos.

El enfoque participativo, comunitario y social, además, permite:

- Incorporar los problemas con impacto sanitario de los grupos excluidos para combatir la pobreza y pobreza extrema (inclusión social).
- Incluir problemas y necesidades de alto valor para la población que han pasado desapercibidas a las observaciones de los equipos de salud (valor público).
- Compartir el control en la priorización, asignación de recursos e implementación de las iniciativas de desarrollo que afectan a su comunidad (control).
- Asegurar que los recursos del Estado se transformen en productos que respondan a lo esperado por los ciudadanos destinatarios (legitimidad).
- Contribuir al conocimiento en detalle de las políticas, estrategias, programas y proyectos (rendición social de cuentas).

Equidad en salud

La equidad es inherente a toda idea, planeamiento y acción de política. Es, por tanto, planteada como principio y objetivo de las políticas económicas y sociales. La equidad debe

permitir a todos y todas, como punto de partida, contar con ciertas “libertades básicas” o “bienes primarios sociales” (Rawls, 1988) o “capacidades” humanas y lograr una justicia distributiva capaz de brindar igualdad de “oportunidades” para desarrollar esas capacidades (Amartya Sen, 1998) que permitan el acceso a la educación, a los servicios de salud, a la nutrición, al crédito, al empleo, a la justicia, entre otros.

La equidad en términos prácticos, es asegurar que los que no han tenido oportunidad la tengan, por ejemplo, de un mejor nivel de salud o de acceder a la atención de salud que necesitan.

El Estado está llamado a implementar acciones sobre los determinantes estructurales de las inequidades en salud y garantizar que la población reciba atención en función de sus necesidades (equidad de acceso y uso) y que contribuya en función de su capacidad de pago (equidad financiera) para disminuir las diferencias evitables e injustas que limitan el acceso, al mínimo posible, y lograr la equidad.

La equidad y la inclusión social son los principios orientadores del desarrollo. Son un medio y un conjunto de herramientas que fortalecen la gestión municipal y la participación democrática de los ciudadanos y ciudadanas en las decisiones que inciden y definen las condiciones de salud, además de la calidad de vida, respondiendo a las necesidades de la población.

Estado de salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho fundamental de todo ser humano -sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social- al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Asimismo, es un requisito para lograr la paz y la seguridad que depende de la más amplia cooperación de las personas y del Estado. En consecuencia, las desigualdades en salud constituyen un peligro común.

Si bien esta definición nos orienta hacia un ideal que debemos alcanzar, debe comprenderse que no sólo es la ausencia de enfermedad. Es un proceso complejo, biológico, social, singular, interdependiente, alejado del equilibrio, pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección (autodeterminación del individuo).

Priorización en salud

La finalidad de la planificación es formular propuestas a los decisores políticos sobre los objetivos de orden sanitario y los medios para alcanzarlos. Por consiguiente, el análisis de situación de salud -al ser una herramienta fundamental para la planificación en salud necesita incluir la determinación de prioridades que definan la orientación, la eficiencia y la equidad de las intervenciones sanitarias y, de esta forma, del propio sistema de salud.

Esto se logra seleccionando y ordenando jerárquicamente las necesidades de salud según su importancia o valor asignado por quienes las analizan, mediante un método sistematizado y objetivo que tenga en cuenta los recursos y la opinión de los usuarios para conseguir los mayores beneficios en salud. Priorizar es privilegiar una acción y postergar otra por razones fundamentadas.

El establecimiento de prioridades sanitarias para una determinada población es un proceso complejo que no depende exclusivamente de los servicios de salud y que incluye, además de los factores clínicos o epidemiológicos, las decisiones políticas, la situación económica y las demandas sociales, entre otros.

Es necesario que, en los procesos de priorización de los problemas con impacto sanitario, exista equilibrio en la participación y se cuente con la opinión de todos los actores sociales clave. Esto se logra con el adecuado conocimiento y aplicación de la metodología para la priorización.

Problema con impacto sanitario

Un problema con impacto sanitario no se refiere solamente a las causas de enfermedad y muerte sino también a los determinantes sociales que las condicionan. Es la existencia de algún grado de diferencia entre la realidad percibida y la realidad deseada y que tiene efectos directos o indirectos en la salud de una comunidad; es decir, entre lo que se ve que está sucediendo y lo que se cree que debería suceder. Sin embargo, esta percepción de la realidad puede variar de un observador a otro. Lo que es percibido como un problema por una persona puede no serlo para otra, debido a que depende de sus intereses, conocimientos y experiencias particulares.

Vulnerabilidad social

La vulnerabilidad social es una dimensión relativa. Todas las comunidades son vulnerables. Sin embargo, en función de las circunstancias socioeconómicas y culturales, esta vulnerabilidad será mayor o menor ante un tipo de evento crítico. Este tipo de vulnerabilidad es el resultado de los impactos provocados por el patrón de desarrollo vigente pero también expresa la incapacidad de los grupos más débiles de la sociedad para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de ellos.

Frecuentemente se relaciona la condición de pobreza de la gente con vulnerabilidad, pues queda claro que la pobreza -en cualquiera de sus manifestaciones (condiciones de vida precarias, necesidades básicas insatisfechas, ingresos insuficientes para el consumo básico)- constituye un factor de desventaja social. Sin embargo, la insuficiencia de ingresos que caracteriza a la pobreza no es la única explicación de la inseguridad e indefensión que caracterizan a la vulnerabilidad social. Por ejemplo, los trabajadores urbanos, al tener empleos precarios, podrían estar más expuestos a la vulnerabilidad social aun cuando no estén bajo la línea de pobreza.

La vulnerabilidad social supone la exposición de una comunidad a tres tipos de eventos: a) exposición a riesgos o eventos críticos; b) falta de capacidad para afrontarlos; y c) sufrir consecuencias graves a causa de ellos, así como una recuperación lenta o limitada.

Esta condición de vulnerabilidad también se puede reconocer utilizando criterios como: la existencia de algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal (grupos “en riesgo social”), el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo o condición étnica) que se supone les origina riesgos o problemas comunes.

También es importante saber que la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad no es lo mismo que sus necesidades. Estas últimas tienen un carácter inmediato, mientras que la vulnerabilidad viene marcada por factores de más largo plazo, muchos de ellos estructurales.

EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD LOCAL (ASIS)

Durante mucho tiempo la salud se definió como la ausencia de enfermedades e invalidez; sin embargo, este concepto fue dejado de lado por su negativismo y fue reemplazado por el de estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad (OMS, 1946); pero, al no tener una forma de medir el bienestar este concepto se hace poco aplicable.

Un concepto moderno de la salud es el que la define como “la capacidad y el derecho individual y colectivo de la realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permite a todos participar ampliamente de los beneficios del desarrollo” (Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública de Río de Janeiro, 1994).

Este redimensionamiento de la definición de la salud modifica el concepto del análisis de situación de salud local. Debido a que las nuevas definiciones apuestan por la mejor comprensión de la salud de la población de un determinado ámbito territorial, con el fin de enfrentar los problemas con mejores intervenciones apoyándose en técnicas provenientes de varias ciencias, el análisis de situación de salud local integra la Epidemiología, Estadística, Geografía, Ecología y Sociología, entre otras disciplinas, que permitan un buen diagnóstico y análisis, además de aportar técnicas para la priorización y toma de decisiones en salud pública por parte de los decisores políticos de los gobiernos locales, la sociedad civil organizada y las instituciones públicas y privadas involucradas.

Definición de ASIS

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

Análisis es el proceso de aplicar sistemáticamente la lógica -así como las técnicas estadísticas y epidemiológicas- para interpretar, comparar, categorizar y resumir datos reunidos con el fin de llegar a conclusiones.

La situación de salud es la aproximación objetiva a la realidad en la que se encuentra una comunidad en relación a su salud. Es el resultado de las interacciones de las personas con su medio ambiente, así como de todas las acciones realizadas por el Estado y la comunidad con el propósito de proporcionar salud a toda la población en un territorio.

El **análisis de situación de salud (ASIS)**, es un proceso que permite describir (caracterizar y medir) y analizar (explicar) la situación con respecto al estado de salud y sus determinantes sociales (incluye los servicios de salud y aquellos que no son competencia del sector salud) en una población de un espacio geográfico claramente definido, con el fin de identificar necesidades y establecer prioridades en salud, proponer las líneas de acción para su atención y control; considerando los puntos de vista de los diversos actores sociales que observan el problema.

El ASIS permite que, los grupos de riesgo, luego de ser identificados, puedan ser investigados con mayor precisión, con el fin de llegar a un análisis más profundo sobre las causas de los problemas de salud y sus determinantes sociales.

En este marco, el análisis de situación de salud (ASIS) local, está orientado a analizar los eventos con impacto sanitario del nivel local, es decir, del municipio o el distrito, según sea el caso, así como a la vulnerabilidad de las comunidades que se asientan en estos ámbitos geográficos. No está referido al ámbito territorial de una red o microred, salvo que estos ámbitos coincidan con un distrito o municipio. Tampoco está referido a un establecimiento de salud.

Durante este proceso de análisis, además del enfoque local, debe incluirse el enfoque participativo, el enfoque comunitario y el enfoque social. Estos enfoques nos ayudarán a conocer la realidad concreta, los diferentes actores implicados (individuales, grupales, institucionales, etc.), sus antecedentes, las relaciones entre actores y sus recursos, así como los contextos donde ocurren las interacciones (geográficos, relacionales, culturales, económicos, estéticos, espirituales, etc.).

Importancia del ASIS

El análisis de situación de salud local identifica los problemas con impacto sanitario en un distrito o un municipio y permite establecer sus tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y sus determinantes sociales, además de evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud.

Los diferentes usuarios de este documento encontrarán en el ASIS local información de importancia para su quehacer diario y que listamos a continuación con el significado que tiene para cada uno de ellos:

- Para el decisor político. Es una herramienta que identifica los problemas de salud pública y su relación causal con los determinantes sociales de la salud, los prioriza y propone líneas de acción para combatirlos, identificando las poblaciones y los territorios más vulnerables para su intervención. Asimismo, contribuye a la toma de decisiones y generación de políticas públicas, así como en el monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones priorizadas por los decisores políticos.
- Para los equipos de gestión. Es la información base al inicio de un nuevo ciclo de planificación. Por otra parte, contiene información válida para respaldar las decisiones de los gerentes del nivel local, debido a que posee insumos necesarios para elaborar planes y presupuestos participativos locales, proyectos, convenios, acuerdos de gestión, investigaciones e intervenciones en salud.
- Para los equipos de salud. Es una necesidad imprescindible para la atención primaria de salud, especialmente para los equipos de salud, porque describe la magnitud y distribución de los problemas de salud y sus determinantes sociales. Sin esta información no será posible brindar una atención de salud planificada, con calidad y eficiencia.
- Para la comunidad y actores sociales. Es fuente de información para lograr que los recursos del Estado se orienten a la solución de sus problemas mediante la identificación de las desigualdades y el análisis de las inequidades en el estado de salud de la población.

El proceso de elaboración

Los equipos técnicos locales designados por las autoridades sanitarias del departamento serán los responsables de la conducción del proceso del ASIS local, supervisados por los responsables de las oficinas de Epidemiología. Estos equipos podrán estar integrados por

trabajadores de salud de los establecimientos, microredes y redes de salud. Asimismo, pueden participar representantes de otras instancias del sector salud y de otros sectores, así como representantes de la comunidad organizada.

Estos equipos realizarán las siguientes actividades para la elaboración del ASIS local (Figura 1):

1. Análisis del entorno, de los determinantes sociales de la salud y de los problemas de salud: Primero, se define la comunidad y/o territorio a analizar, así como su división o la agrupación de territorios o comunidades (es decir, municipio con sus distritos o distritos con sus comunidades) que también formarán parte del análisis. Luego, se selecciona y recopila información de las características geopolíticas, características demográficas y la presencia de riesgos, además de los indicadores de los determinantes sociales de la salud y de los problemas de salud de ese territorio, utilizando las metodologías que se explican más adelante, de acuerdo a su realidad. La información debe corresponder al territorio como a sus subdivisiones (anexos, caseríos, comités, etc.). Con esta información se hará el análisis puntual y de tendencia, utilizando los indicadores propuestos para el ASIS local. Finalmente, se debe identificar si existen otros problemas de salud de interés regional o nacional que no hayan sido tomados en cuenta.
2. Priorización de los problemas con impacto sanitario y los territorios vulnerables: Esta priorización comienza en gabinete, es decir, se hace con el equipo técnico responsable de la conducción del proceso de ASIS local en la comunidad y/o territorio seleccionado. Para ello, y con la información de la actividad descrita en el párrafo anterior, se procederá a priorizar utilizando la metodología propuesta en este documento técnico. Concluida esta tarea, los resultados se presentarán a la comunidad en una actividad en la que se convocará a los actores sociales, quienes podrán aportar otros problemas y establecer la lista final de problemas con impacto sanitario priorizados, así como los territorios vulnerables. Una vez obtenida esta lista, se procede a realizar el análisis integrado de los problemas que fueron considerados en ella.
3. Propuesta de líneas de acción para resolver los problemas con impacto sanitario priorizados: La actividad final del proceso es determinar, con los actores sociales, las líneas de acción para actuar sobre los problemas con impacto sanitario priorizados e identificar responsabilidades para su logro.

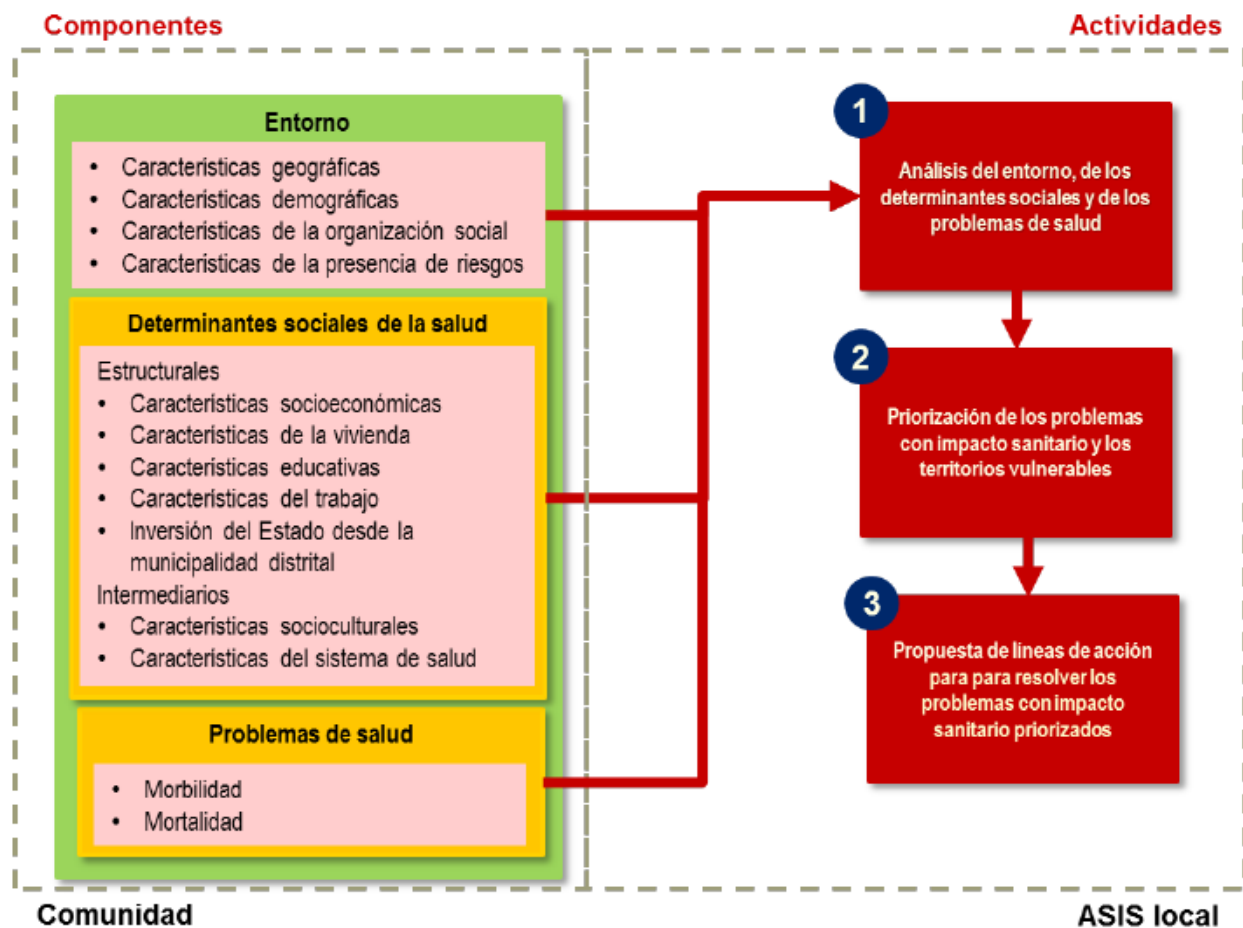


Figura 1: Componentes y actividades para la elaboración del análisis de situación de salud local

Cada una de estas actividades tiene tareas (ver Figura 2) que deberán ser coordinadas, organizadas y ejecutadas por el equipo técnico encargado de la elaboración. Sin embargo, para lograr el objetivo y cumplir las tareas es necesario que el trabajo sea:

- En equipo. Las competencias del capital humano en salud son diversas, por ello, es necesaria una distribución de las tareas según sus capacidades y experiencias. Esto asegura la oportunidad de entrega y mejora la calidad del producto en cada tarea.
- Coordinado con los actores sociales. Asegura la legitimidad del producto y la trascendencia en otros espacios de diálogo y negociación.
- Compartido con otros equipos técnicos. Dependiendo de las características del territorio (accesibilidad geográfica) y la población (número, dispersión y accesibilidad cultural), así como de la disponibilidad del capital humano en salud, será necesario el trabajo con equipos técnicos de otros ámbitos territoriales.



Figura 2: Tareas por cada actividad en la elaboración del análisis de situación de salud local

Componentes del ASIS local

1. Análisis del entorno. El nexo entre la salud humana y el ambiente ha sido reconocido desde hace mucho tiempo. Esto se debe a la interrelación dinámica de los factores ambientales con el individuo -generados por factores naturales o antropogénicos- que pueden influir de forma negativa favoreciendo las condiciones para la aparición de enfermedades infecciosas, cuando están relacionados con agentes biológicos, o de enfermedades no infecciosas, cuando se relacionan con agentes químicos o físicos, todos bajo condiciones sociales, económicas y conductuales determinadas. A continuación, se listan los contenidos principales a incluir en el análisis del entorno.
 - Características geográficas:
 - Ubicación y límites
 - Superficie territorial y conformación política
 - Organización territorial
 - Accidentes geográficos
 - Características demográficas
 - Población total, por sexo y por etapas de vida
 - Densidad poblacional
 - Población rural y urbana
 - Pirámide poblacional
 - Población menor de cinco años
 - Población gestante
 - Nacimientos

- Defunciones
 - Esperanza de vida al nacer
 - Tasa bruta de natalidad
 - Tasa global de fecundidad
 - Tasa bruta de mortalidad
 - Características de la organización social
 - Medios de comunicación
 - Transporte: terrestre, aéreo y fluvial
 - Comunicación radial y televisiva (abierta y cerrada)
 - Telefonía y acceso a internet
 - Organización política local:
 - Autoridades locales
 - Entidades públicas y sus representantes
 - Actividades económicas, productivas y comerciales predominantes
 - Características de la presencia de riesgos
 - Riesgo de origen natural
 - Riesgo de origen antrópico
 - Riesgo de contaminación ambiental por actividades productivas y extractivas (época máxima contaminación durante el año, comunidades y población en riesgo y efectos directos o indirectos sobre la salud):
 - Fuentes, afluentes y efluentes de agua contaminada
 - Acumulación de relaves y residuos industriales
 - Zonas extractivas según formalización
 - Zonas de extracción y producción a cielo abierto
 - Zonas de emisión de gases industriales
2. Análisis de los determinantes sociales de la salud. A lo largo de la historia se han desarrollado modelos para explicar la relación entre los determinantes sociales de la salud y el estado de salud de la población. Teniendo en consideración estos modelos, el ASIS debe incluir el análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud, así como los determinantes intermediarios de la salud, que incluye al sistema de salud (respuesta organizada de la sociedad). Al hablar de este último nos referimos a aquel componente que Lalonde denomina sistema sanitario y que va desde la protección, promoción, prevención hasta el tratamiento-recuperación y rehabilitación de la salud. En el análisis de los determinantes sociales de la salud se deben incluir:
- Determinantes estructurales de las inequidades en salud
 - Características socio-económicas
 - Índice de desarrollo humano (IDH).
 - Población con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI).
 - Población en situación de pobreza y pobreza extrema.
 - Características de la vivienda:
 - Viviendas, según zona urbana y rural.
 - Hogares según tipo de vivienda, según zona urbana y rural:

- Hogares en viviendas, según zona urbana y rural:
 - Con alumbrado eléctrico de red pública.
 - Con electricidad y gas como la energía o combustible que más utiliza para cocinar.
 - Con material de madera, láminas asfálticas, vinílicos o similares, loseta, terrazos, cerámicos o similares, madera (entablado), cemento predominante en los pisos.
 - Con material de ladrillo, bloque de cemento, piedra o sillar con cal o cemento predominante en las paredes.
 - Con material de concreto armado o madera o tejas predominante en los techos.
- Hogares en viviendas según saneamiento básico, en zona urbana y rural:
 - Con abastecimiento de agua de red pública.
 - Con eliminación de excretas a red pública.
- Población urbana que vive en:
 - Vivienda no segura
 - Con baja calidad de la vivienda
 - Con área insuficiente para vivir
- Características educativas:
 - Instituciones educativas según nivel educativo básico, públicas y privadas.
 - Docentes por nivel educativo básico, por aula y por alumno, en instituciones educativas públicas y privadas.
 - Estudiantes matriculados por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas.
 - Estudiantes que aprueban exitosamente su año lectivo por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas.
 - Estudiantes que abandonan la institución educativa por diversas razones por nivel educativo básico, en instituciones educativas públicas y privadas.
 - Tasa de analfabetismo, según sexo y zona de residencia.
 - Años de escolaridad, según sexo y zona de residencia.
- Características del trabajo:
 - Población económicamente activa ocupada, según sexo.
 - Población económicamente activa ocupada adecuadamente empleada y subempleada.
 - Población económicamente activa ocupada según ramas de actividad.
 - Ingreso nominal promedio mensual de la población económicamente activa ocupada según ramas de actividad.
- Inversión del Estado desde la municipalidad distrital:

- Ejecución del presupuesto municipal del distrito.
- Inversión per cápita ejecutada por la municipalidad distrital.
- Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función salud.
- Inversión per cápita en la función salud ejecutada por la municipalidad distrital.
- Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función trabajo.
- Inversión per cápita en la función trabajo ejecutada por la municipalidad distrital.
- Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función saneamiento.
- Inversión per cápita en la función saneamiento ejecutada por la municipalidad distrital.
- Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función vivienda y desarrollo urbano.
- Inversión per cápita en la función vivienda y desarrollo urbano ejecutada por la municipalidad distrital.
- Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función educación.
- Inversión per cápita en la función educación ejecutada por la municipalidad distrital.
- Ejecución del presupuesto municipal del distrito para la función cultura y deporte.
- Inversión per cápita en la función cultura y deporte ejecutada por la municipalidad distrital.
- Determinantes intermediarios de la salud
 - Características socio-culturales:
 - Patrones religiosos: Principales fiestas religiosas o sociales que se celebran y los problemas de salud asociados o atribuibles a estas (antes, durante y después de ellas).
 - Hábitos, costumbres, estilos de vida.
 - Distribución de la población según tipo de lengua materna.
 - Características del sistema de salud en el territorio
 - Análisis de la oferta:
 - Establecimientos de salud, según tipo de prestador, categoría y tipo de administración.
 - Capital humano en salud (total y por profesión) disponibles según tipo de prestador y nivel de atención.
 - Unidades móviles disponibles, habilitadas y operativas, según tipo de prestador:
 - Para actividades generales.

- Para transporte de pacientes en emergencia según tipo.
 - Análisis demanda de intervenciones sanitarias:
 - Porcentaje de población afiliada: total, en menores de cinco años y gestantes.
 - Porcentaje de parejas protegidas.
 - Porcentaje de gestantes controladas.
 - Porcentaje de partos institucionales.
 - Cobertura de vacunación.
 - Deserción a la vacuna pentavalente en menores de un año.
 - Deserción a la vacuna contra neumococo en menores de un año.
 - Deserción a la vacuna contra la difteria, pertusis y tétano (DPT) en menores de cuatro años.
 - Menores de un año controlados en su crecimiento y desarrollo.
 - Sintomáticos respiratorios identificados.
 - Referencias realizadas por los servicios de salud del primer nivel de atención del ámbito territorial al segundo y tercer nivel de atención: en población general, en menores de cinco años y gestantes.
 - Satisfacción de usuario externo según prestador.
 - Población afiliada.
 - Otras de interés local.
- 3. Análisis de los problemas de salud. Describiremos y analizaremos las características de la morbilidad y la mortalidad en el territorio seleccionado, pero estos son estados y eventos finales del proceso salud-enfermedad.
 - Morbilidad:
 - Morbilidad en consulta externa por grupos
 - Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa: en población general, por sexo y por etapas de vida.
 - Diez primeras causas de morbilidad en población general en consulta externa.
 - Morbilidad en consulta externa según realidad del territorio: violencia, enfermedades relacionadas con la salud mental, complicaciones relacionadas con el embarazo, accidentes de tránsito, neoplasia maligna específica, malnutrición –por exceso o déficit-, por etapas de vida, en población económicamente activa, en mujeres en edad fértil, en mayores de 30 años, en niños menores de cinco y diez años, entre otras.
 - Mortalidad:
 - Mortalidad por grupos de edad
 - Tasa bruta de mortalidad

- Número de muertes maternas por año
 - Tasa de mortalidad infantil por año
 - Tasa de mortalidad neonatal por año
 - Diez primeras causas de mortalidad (tasa bruta) en población, por sexo y por etapas de vida.
 - Tasa bruta de mortalidad por causas específicas o grupos específicos
4. Priorización de los problemas con impacto sanitario. Este componente es de vital importancia en el ASIS local, debido a que resume el trabajo realizado por el equipo técnico junto con la comunidad. Todos los problemas identificados como prioritarios, en esta parte, son presentados con un análisis integral basado en las percepciones de los actores sociales clave y la evidencia científica en salud pública, que nos permita detectar los determinantes sociales de la salud que expliquen la presencia de los problemas en el territorio.
 5. Priorización de territorios vulnerables. La identificación de grupos vulnerables nos permite orientar mejor nuestros recursos para reducir las inequidades en salud. En este componente se presentan en forma ordenada a las comunidades (anexos, caseríos, comités, etc.) del distrito o los distritos del municipio, según su vulnerabilidad.
 6. Propuesta de líneas de acción. Establecer una ruta para resolver los problemas con impacto sanitario cierra el proceso analítico. Estas propuestas son el resultado de las recomendaciones que realizan los actores sociales clave para resolver estos problemas. Sin embargo, los equipos técnicos tienen la responsabilidad de buscar propuestas adicionales sustentadas con evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

- Oyola, A. Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local. Dirección General de Epidemiología. Perú. 2015.