

Priorización y análisis de problemas de salud con una mirada desde la equidad: experiencia en el nivel local en Venezuela

Approaches to determine priorities and to analyze problems of health with a look from the equity: experience in the local level in Venezuela

Henny Heredia ¹
Elizabeth Artmann ²
Nora López ³
Julio Useche ³

Abstract *This article analyzes the application of the explanatory moment of the Strategic Situational Planning (SSP) and the Analysis of the Situation of Health (ASIS), as approaches that together, allow to prioritize with a look from the equity problems of health in the local level feasible of intervention. By using the case study developed in the parish Zuata of Aragua State, Venezuela, it can be observed the application of both approaches. The main actors of the above mentioned parish prioritized the low coverage of drinkable water, like a health problem. On having analyzed the problem, the following causes were selected to prepare the proposed action: scarce community participation, weakness of governmental plans, absence of political town-planning, inadequate administration of the public resources and lack of conscience in the rational use of water. At the end one concludes that the joint PES-ASIS allows to generate inputs that concretized for the actors in an action plan, they can contribute in the reduction of inequities. Also, the active participation of the actors allows to demonstrate the real problems of the population and to construct a plan of demands.*

Key words *Health planning and methods, Social inequity, Situational analysis, Strategic planning, Decision-making strategies, Local power*

Resumen *En este artículo se analiza la aplicación del momento explicativo de la Planificación Estratégica Situacional (PES) y el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), como enfoques que conjugados permiten priorizar con una mirada desde la equidad problemas de salud en el nivel local factibles de intervención. A través del estudio de un caso desarrollado en la parroquia Zuata del Estado Aragua, Venezuela, se presenta la aplicación de ambos enfoques. Los actores claves de dicha parroquia priorizaron la baja cobertura de agua potable, como problema de salud. Al analizar el problema se seleccionaron las siguientes causas claves para elaborar la propuesta de acción: escasa participación comunitaria, debilidad de planes gubernamentales, ausencia de políticas urbanísticas, inadecuada administración de los recursos públicos y poca conciencia en el uso racional del agua. Al final se concluye que la articulación PES-ASIS contribuye a generar insumos que concretizados por los actores en un plan de acción, pueden contribuir en la reducción de inequidades. Asimismo, la participación activa de los actores permite evidenciar los problemas reales de la población y construir un plan de demandas.*

Palabras clave *Planificación en salud/métodos, Inequidad social, Análisis de situación de salud, Planificación estratégica situacional, Toma de decisiones gerenciales, Poder local*

¹ Instituto de Altos Estudios en Salud Pública, Ministerio de Salud de Venezuela. Avenida Bermúdez Sur, Centro. 2102 Maracay Venezuela.

hennyuzhm@hotmail.com
² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

³ Ministerio del Poder Popular para la Salud, Corporación de Salud del Estado Aragua, Venezuela.

Introducción

Es un hecho reconocido que el nivel de salud está determinado por las condiciones de vida de las personas, familias y comunidades, y que tales condiciones están vinculadas al mismo tiempo con el grado de desarrollo y de participación de los actores de la sociedad civil, en el ámbito local¹⁻⁵.

En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999⁶ queda evidenciada dicha orientación, al establecerse que las políticas de salud además de garantizar el acceso a los servicios, deben contribuir a elevar la calidad de vida y el bienestar colectivo, teniendo en cuenta el principio de la equidad y priorizando la participación de los diferentes actores locales para alcanzar los objetivos propuestos.

Sin embargo, es necesaria una transformación en la estructura de los niveles de gestión, donde el fortalecimiento de los niveles locales sea el eje medular. Para ello, es fundamental el desarrollo de habilidades en la formulación y conducción de las estrategias que resuelvan los problemas locales prioritarios, donde las técnicas, enfoques e instrumentos a utilizar sean prácticos y sencillos, y que a su vez, permitan construir, analizar, interpretar y modificar de manera favorable y dinámica su situación de salud local¹.

Dos de los enfoques más utilizadas para priorizar y analizar problemas de salud, así como para diseñar y ejecutar planes de acción son la Planificación Estratégica Situacional (PES) y el Análisis de la Situación de Salud (ASIS).

La PES fue propuesta por Matus⁷, busca abarcar la complejidad de los procesos sociales y está basada en el análisis de problemas que requieren respuestas intersectoriales⁷⁻¹⁰. El principal objetivo de la PES es transformar las variables encontradas por los diferentes actores sociales en opciones para intervenir de manera eficiente y eficaz en la realidad, a partir de proyectos y planes de acción que contribuyan con el mejoramiento de la calidad de vida de la población¹⁰.

Por su parte, el ASIS propuesto por la OPS¹¹ es una herramienta que permite: (1) identificar problemas de salud; (2) dimensionar, caracterizar y medir las diferencias por inequidades sociales; (3) involucrar en la resolución de la problemática comunitaria, al sector salud, a la propia población, así como otros sectores (educación, cultura, deporte, economía y ambiente); y (4) ofrecer para el gestor los insumos que le permitan priorizar en el proceso de distribución equitativa de recursos^{1,12}.

En este sentido, el ASIS constituye un puente que busca conectar los procesos de salud y sus determinantes, la distribución equitativa y la propia búsqueda de equidad en salud, mediante la participación activa de los diversos actores sociales como factor clave para la interpretación de la realidad social. Los problemas prioritarios para intervención son definidos como un conjunto de necesidades de significado especial que envuelve un proceso complejo de negociaciones entre los diferentes actores involucrados¹²⁻¹⁴.

Según Bergonzoli¹ *existe un consenso general de aceptar que, en cada uno de los diferentes niveles de gestión, existen datos en cantidad y calidad suficientes para aplicar un proceso de análisis que facilite la toma de decisiones*. Sin embargo, son pocos los mecanismos para la conversión de esos datos en información y conocimientos necesarios para apoyar la planificación de los servicios de salud y la distribución de recursos en forma estratégica y equitativa, Venezuela no escapa de esa realidad.

En tal sentido, la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela en el año 2002¹⁵, diseñó el instrumento de Identificación y Representación de Necesidades Sociales, basado en el momento explicativo de la PES propuesto por Matus⁷⁻⁹ y en el ASIS con la finalidad de valorar y priorizar los problemas de salud, buscando respuestas óptimas y oportunas para la población¹⁵.

En este artículo se analiza el momento explicativo de la PES y el ASIS como enfoques que aplicados de forma integrada se potencian para la identificación, selección, priorización y análisis de problemas de salud factibles de intervención, a través del estudio de caso realizado en la parroquia Zuata del Estado Aragua en Venezuela. Ambos enfoques a pesar de ser parte de un mismo proceso no siempre son aplicados de manera conjugada, posiblemente porque la PES originalmente no fue diseñada para el área de salud o porque el ASIS en ocasiones es reducido a un simple diagnóstico de salud, a ser utilizado por el área de epidemiología.

Se destaca la importancia de la articulación de los dos enfoques para la promoción de cambios en la gestión en salud, a través del desarrollo de habilidades en la formulación y conducción de estrategias para el enfrentamiento de los problemas locales prioritarios, donde la participación ciudadana constituye un elemento clave y fundamental para la interpretación de la realidad.

Descripción de los enfoques: PES y ASIS

La PES surge en América Latina en 1970, desarrollada por Carlos Matus, Ministro de la Economía durante el gobierno de Allende (1970-1973). Originalmente la PES fue diseñada para trabajar en el nivel central, pero ésta puede ser aplicada en otros niveles (regional, municipal o local). Tiene como objetivo principal construir y aplicar planes de intervención eficaces y eficientes, con la participación de los actores vinculados a la problemática estudiada, partiendo de la concepción que los problemas son construidos socialmente, es decir, la realidad es una construcción social histórica¹⁰.

El enfoque de la PES abarca la complejidad de los procesos sociales y está basado en el análisis de problemas mal estructurados o complejos, como la mayoría de los problemas de salud que no tienen una solución normativa y que requieren respuestas intersectoriales¹⁰. Matus propone cuatro momentos para desarrollar la PES: el explicativo, el normativo, el estratégico y el táctico-operacional.

En el momento explicativo los actores claves seleccionan y analizan los problemas sobre los cuales se pretende intervenir. Se constituye en un recorte explicativo de la realidad, como ésta fue, es y tiende a ser. Matus propone una explicación situacional que reconoce la existencia de otros actores con capacidad de explicar y planificar, así como la no evidencia de un diagnóstico de la realidad único, riguroso y objetivo⁷⁻⁹.

El marco para la explicación situacional estará dado por la adopción de un espacio institucional específico, sea general (espacio del gobierno central), particular (espacio estatal o regional), o singular (espacio local o distrital). Según Rivera¹⁶, las reglas de la producción social, las capacidades de acción y los actores están en función del espacio, por tanto un mismo problema puede ser explicado de manera diferente. Por ejemplo, el problema del “déficit en la distribución de medicamentos” puede ser explicado de forma diferente por el Ministro de Salud, en comparación con el Director Regional de Salud o con un médico que atiende en un consultorio popular o ambulatorio.

Todo este proceso de análisis demanda la participación de actores conocedores de la realidad social la cual estamos estudiando. En nuestro caso, el análisis se efectuó en el nivel local, para esto fue necesario contar con la participación de los moradores de las localidades de la parroquia Zuata, especialistas en la realidad cotidiana (ciu-

dadanos, consejos comunales, consejos de salud, equipo de educación, equipo de salud, entre otros). Esta característica potencia el proceso, porque incentiva el análisis conjunto de los problemas, la formulación de sus posibles respuestas y el compromiso de todos los actores, contribuyendo con la democratización del conocimiento y con la redistribución del poder.

Matus⁷ también destaca la importancia de entender en primera instancia la situación inicial, ya que es el punto de partida para el cálculo de la acción futura y también señala que en la práctica la situación presente implica la selección de un conjunto de problemas relevantes, al considerar su viabilidad como referencia cuando se está en un proceso de intervención. En este sentido, la explicación de la situación no se limita a una fecha específica en el inicio del proceso de planificación y siempre es retomada en los otros momentos del método.

En el momento normativo se diseña el plan de acción; en el estratégico se construye la viabilidad del plan; y en el táctico-operacional se aplica y evalúa el plan diseñado. En este trabajo priorizamos el momento explicativo sin detallar los otros, porque la discusión principal está centrada en la priorización y análisis de los problemas de salud con una mirada desde la equidad, pues consideramos que para el diseño de cualquier plan de acción, la selección y estudio del problema son fundamentales, de lo contrario es posible que no se obtengan los resultados esperados o que se construyan respuestas que reproducen la inequidad.

Otro de los enfoques utilizados para la selección y análisis de problemas es el ASIS. En 1992, la OPS propuso la utilización del término ASIS¹¹, considerándolo uno de los procesos que conforman la vigilancia en salud pública¹, a través del cual se caracteriza, mide y explica el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Asimismo, el ASIS facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto¹¹.

Para la OPS, dentro de los principales propósitos del ASIS destacan: (1) definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y evaluación de su pertinencia; (2) formulación de estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento; y (3) construcción de escenarios prospectivos en salud¹¹.

Los ASIS se pueden clasificar dependiendo del análisis efectuado en: (a) *ASIS de tendencias: tienen como propósito identificar y determinar las condiciones de cambios en los procesos de salud-enfermedad de una población, usualmente de mediano y largo plazo; y (b) ASIS de coyuntura: responden a un contexto y situaciones definidas de corto plazo que permiten orientar cursos de acción dependiendo de condiciones de viabilidad y factibilidad de la coyuntura política existente*¹¹.

También los ASIS se pueden clasificar según el criterio de la información utilizada, en:

– ASIS Institucional: permiten conocer la caracterización de las comunidades por ciclos de vida, a través de las informaciones adquiridas en las instituciones prestadoras de servicios de salud, como por ejemplo, el comportamiento de la natalidad y de la mortalidad. Acciones e intervenciones, basadas en este tipo de ASIS deben permitir modificar de alguna forma la realidad encontrada, así como, contribuir en la operacionalización de las políticas de salud¹².

– ASIS Comunitario: los problemas son organizados y jerarquizados desde la perspectiva de los actores locales de la comunidad. Permite conocer la situación de salud de la población, y los determinantes que intervienen en su producción, utilizando la información proveniente de las comunidades como, por ejemplo, los problemas priorizados a través de los comités de salud. La importancia de este tipo de ASIS está en la mediación entre las necesidades de salud y su reconocimiento como problema por la comunidad.

– ASIS Integral: considera las dos dimensiones anteriores, donde se da lo que algunos autores¹⁷⁻²² denominan “encuentro de saberes”, porque combina la información disponible en las instituciones de salud con la participación de los actores claves de la comunidad y la información que ellos poseen. En otras palabras, el ASIS es el abordaje de un problema de salud tomando en cuenta todos los determinantes que intervienen en su producción, sean o no competencia del sector salud, así como los puntos de vista que tienen los actores sociales que observan el problema²³.

Según Castellano² el ASIS permite la construcción de escenarios de la salud de una población y sus posibles tendencias desde la perspectiva de las decisiones sobre intervenciones de Salud Pública, reconociendo la incertidumbre y la complejidad de la situación estudiada.

Cabe destacar, que a pesar de que el ASIS está íntimamente vinculado con los procesos de la PES y de decisión política en los diferentes niveles², en la práctica no necesariamente son aplicados de

forma integral y en ocasiones son vistos como enfoques fragmentados o desconectados que responden a intereses diferentes, el ASIS como herramienta de la epidemiología y la PES como parte de la gestión, cuando en su esencia son parte de un mismo proceso, y utilizados de forma conjugada permiten dar una mirada más equitativa a la situación de salud de las poblaciones^{2,24}.

Instrumento de identificación y representación de necesidades sociales

El Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela (MPPS), al desarrollar el Instrumento de Identificación y Representación de Necesidades Sociales en el año 2002 vinculó explícitamente algunas estrategias propuestas por el ASIS al momento explicativo de la PES, por ser dos enfoques que se potencializan para identificar y priorizar problemas de salud¹⁵.

Los objetivos del instrumento según el MPPS son: (1) identificar las inequidades en los territorios sociales como espacios pertinentes de intervención; (2) direccionar la oferta de los servicios de salud, llevando en cuenta la demanda-necesidades sentidas por la población mediante el proceso de análisis de los problemas; (3) facilitar la búsqueda de soluciones que tengan impacto en los problemas priorizados, a través de la identificación de sus causas determinantes, conforme a los resultados del Flujograma Situacional; (4) alcanzar una mejor redistribución del poder y de la riqueza, mediante la aplicación de proyectos de promoción para el desarrollo de autonomía¹⁵.

El proceso de representación de las necesidades sociales se inicia con la identificación de un tema de estudio para la problematización de la situación, en el marco de los derechos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. A partir de este principio rector se construye el Flujograma Situacional (propuesto por Matus⁷) donde se representa la multifactorialidad inmersa en la génesis de cada uno de los principales descriptores de los problemas seleccionados.

Posteriormente, a través de técnicas cuantitativas (Matriz de Impacto Cruzado y Plano Cartesiano), son seleccionadas las causas claves o los nudos críticos para la intervención. En la representación de la realidad se da espacio para la participación de los grupos comunitarios organizados (consejos locales de planificación, comités de salud, consejos comunales), así como los representantes de otros sectores que manejan recur-

tos críticos (educación, transporte, ambiente). En el instrumento es fundamental la incorporación de las comunidades en el proceso de planificación y en la toma de decisiones.

Con la finalidad de sistematizar la participación de los diferentes actores en el proceso de problematización, son utilizadas técnicas cualitativas que permiten analizar la percepción sobre la situación social y de salud de aquellos grupos. Por ejemplo, lluvia de ideas, grupos focales, reuniones de trabajo con grupos de discusión, entre otros. En paralelo, se considera la información producida desde el ASIS (datos cuantitativos) que se registran en las instituciones gubernamentales o no, que sirvan como argumento para sustentar y validar los problemas analizados con la población¹⁵.

A partir del instrumento desarrollado por el MPPS, en los años 2003 y 2004 se efectuaron pruebas piloto en diferentes estados del país, en las cuales se aplicaron ambos enfoques (PES y ASIS) de manera integrada. Una vez validado el instrumento a nivel nacional, en el estado Aragua se continuaron generando experiencias de planificación estratégica situacional en el nivel local, incorporándole estrategias del ASIS, una de ellas fue la desarrollada en la parroquia Zuata del estado Aragua en el año 2004, la cual utilizaremos como referencia en este artículo.

Unidad de análisis y actores claves

De las 50 parroquias del Estado Aragua, Zuata fue seleccionada por ser una de las parroquias urbano-rurales del municipio "José Félix Ribas", caracterizada por grandes debilidades en materia de desarrollo, generadas entre otras razones por el crecimiento sin planificación urbanística y las demandas habitacionales del sector. Además de ser una parroquia situada en los suburbios, distante de la ciudad de La Victoria, donde se encuentran la mayoría de los recursos sociales, económicos y políticos del municipio, para el momento del estudio era una de las prioridades de la Corporación de Salud del Estado Aragua.

Se consideraron actores claves: aquellos que dominan recursos críticos; aquellos que están afectados por los problemas presentes en la parroquia, conformándose un total de seis grupos de actores claves de la parroquia Zuata: (1) presidente de la Junta Parroquial; (2) comités de salud; (3) consejos de locales de planificación; (4) moradores de las localidades de la parroquia; (5) equipo de la dirección municipal de salud; (6)

directores de las instituciones educativas de la parroquia. En total participaron 50 actores claves vinculados a la parroquia Zuata los cuales procesaron los problemas a través de reuniones de trabajo.

Estrategias para priorizar y analizar problemas

Identificación y selección de los problemas

El primer aspecto abordado fue la definición y priorización de los problemas que más afectaban a la población de la parroquia Zuata. En la primera reunión de trabajo con la participación de los actores claves de la parroquia, a través de la técnica "lluvia de ideas" los diferentes actores identificaron y seleccionaron los principales problemas de salud más importantes para ellos. Cada uno de los problemas fue relacionado con los artículos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que no se estaban cumpliendo integralmente (Tabla 1).

La discusión sobre lo que cada actor consideraba como problema de su localidad se efectuó de forma abierta, buscando el entendimiento entre las diversas opiniones y fuertemente fundamentada en la argumentación²⁵. Como se trataba de discutir sobre lo que cada actor padecía, éstos sentían un dominio sobre el asunto que les permitía aceptar o rebatir los argumentos de otros actores, inclusive cuando quienes manifestaban una opinión contraria eran actores que manejaban recursos críticos (por ejemplo: autoridades de salud).

De igual forma, la participación de los diferentes grupos de actores evidenció que desde el sector salud se atienden las consecuencias de la mayor parte de los problemas identificados, es decir, que un problema de salud no se restringe a padecer o no una enfermedad, por ejemplo, las deficiencias en la red de cloacas o en la distribución de agua potable, pueden generar en la población enfermedades (diarreas, enfermedades de la piel, entre otros), pero éstas en sí mismas no son el problema, este punto fue ampliamente debatido en la reunión de trabajo.

También, muchos de los actores claves conocían los artículos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y manifestaron la importancia de analizar los problemas vinculándolos a los derechos que no se están cumpliendo de forma integral, donde cada uno de esos derechos representa un ámbito de necesidades esen-

ciales para el desarrollo pleno de los ciudadanos en todas las esferas de la vida que, respetados en su conjunto, significan calidad de vida²⁶.

Posteriormente, se priorizó cual de los problemas identificados por el colectivo sería analizado a profundidad, utilizando los siguientes cri-

Tabla 1. Priorización de los problemas y su relación con los artículos constitucionales no cumplidos integralmente, parroquia Zuata, municipio “José Félix Ribas”, estado Aragua, año 2005.

Nº	Problemas sociales	Ponderación final	Artículos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela
1	Colapso del cementerio	11	75: Protección a la familia 83: Derecho a la salud 84: Derecho a la promoción de la salud
2	Falta de ambulancia	8	83: Derecho a la salud 84: Derecho a la promoción de la salud
3	Deficiencias en la red de cloacas	9	75: Derecho a protección de la familia 83: Derecho a la salud 84: Derecho a la promoción de la salud 86: Derecho a la seguridad social 117: Derecho a servicios de calidad 127: Derecho a un ambiente seguro
4	Falta de servicios de salud las 24 horas	6	75: Derecho a protección de la familia 76: Derecho a la maternidad y a los servicios de maternidad 83: Derecho a la salud 84: Derecho a la promoción de la salud 86: Derecho a la seguridad social
5	Deficiencias en la distribución de agua potable	12	75: Derecho a protección de la familia 83: Derecho a la salud 84: Derecho a la promoción de la salud 117: Derecho a servicios de calidad 122: Derecho a la salud de indígenas
6	Falta de vialidad al municipio Zamora y otros (Casupito)	10	83: Derecho a la salud 117: Derecho a servicios de calidad 128: Derecho a ordenación del territorio
7	Falta de canalización y elevado de quebrada blanca	4	84: Derecho a la promoción de la salud 87: Derecho al trabajo 117: Derecho a servicios de calidad
8	Deficiente funcionamiento de las escuelas de San José y Zuata	10	78: Derecho de los niños 102: Derecho a la educación 103: Derecho a educación de calidad
9	Deficiente transporte público y vialidad	12	83: Derecho a la salud 113: Prohibición de monopolios 117: Derecho a servicios de calidad
10	Falta de planes de contingencia (gestión de riesgos)	6	75: Derecho a protección de la familia 84: Derecho a la promoción de la salud 86: Derecho a la seguridad social
11	Discriminación de los adultos mayores	9	80: Derecho a respeto a la tercera edad 84: Derecho a la promoción de la salud
12	Viviendas inadecuadas	8	82: Derecho a la vivienda adecuada 84: Derecho a la promoción de la salud
13	Insuficiente alumbrado público	9	75: Derecho a protección de la familia 83: Derecho a la salud 84: Derecho a la promoción de la salud

Fuente: Primera reunión con los representantes de los territorios sociales de la parroquia Zuata, municipio “José Félix Ribas”, estado Aragua, año 2005.

terios propuestos por Matus⁷⁻⁹: (1) el valor técnico y político de los problemas para el actor que planifica (o para la cúpula directiva de su organización), para las fuerzas sociales que lo apoyan y para la población que representan; (2) los recursos (políticos, económicos, cognitivos y organizativos); (3) el nivel de gobernabilidad; (4) el costo de postergación política, el costo económico y el impacto de intervención; y (5) la posibilidad y oportunidad de enfrentarlos con éxito, que depende también del valor permanente y coyuntural que tales problemas tienen para otros actores oponentes y de la ponderación de peso y fuerza de éstos oponentes.

Así, resultaron como priorizados: deficiencias en la distribución de agua potable; deficiente transporte público y vialidad en pésimo estado. Después de una ardua discusión el segundo problema fue descartado, porque el gobierno municipal ya había aprobado el financiamiento para la solución del mismo, por consiguiente, se acordó analizar sólo el primero. Los otros problemas quedaron en el archivo de problemas de los actores.

Un aspecto importante fue la participación de dos de los investigadores como mediadores en la discusión, porque al tener una mirada desde fuera podían aportar elementos para facilitar la discusión, así como servir de puente entre los conocimientos de la comunidad y del equipo de salud, intentando construir las respuestas con el colectivo desde el encuentro de saberes.

Análisis del problema

Una vez seleccionado el problema “deficiencias en la distribución de agua potable”, se procedió a analizarlo en la segunda reunión de trabajo a través de la construcción del Flujograma Situacional (basado en la Teoría de Producción Social de Matus), donde se definieron: (1) las manifestaciones que mejor describen el problema, expresándolo en forma de indicadores o descriptores; (2) las consecuencias del problema; (3) la cadena lógica multicausal entre las consecuencias, descriptores y causas del problema analizado.

En el Flujograma Situacional para cada uno de los descriptores se establecieron las causas más próximas al problema (Fenoproducción), las intermediarias (Fenoestructura) y finalmente las más estructurales (Genoestructura), diseñando la red de causalidad, con los tres niveles de determinación. Con la finalidad de ayudar en la comprensión, se diseñaron tarjetas de colores para cada nivel y el colectivo describió de forma general cada causa.

El proceso de construcción del Flujograma Situacional exigió de tiempo, dada la complejidad del instrumento y del número de actores que participaron de la discusión, además de la necesidad de llegar a acuerdos. A pesar de esto, los actores comprendieron la lógica de la producción social y su importancia para aproximarnos a la realidad.

El Flujograma Situacional permitió identificar las relaciones entre las causas y de éstas con el problema, reconociendo el grado de mayor poder de determinación y el grado de gobernabilidad de los actores sobre las causas. Para el análisis del problema “deficiencias en la distribución de agua potable” el Flujograma quedó conformado por un total de 20 causas, donde fue fundamental la explicación intersectorial, es lo que Matus denomina problema estratégico, porque está interrelacionado con otros^{7,8,10}.

En cuanto a los descriptores o indicadores (cuantitativos o cualitativos) que expresan las características o síntomas del problema, la fuente de información principal que se utilizó fueron los registros del Sistema de Información del Modelo de Atención Integral (SISMAI), por ser una fuente de datos confiable y considerando que de la descripción de los problemas se obtendrían los indicadores que serían utilizados para evaluar acciones sobre los mismos, es decir, de una descripción del problema bien sustentada dependerá el diseño y la evaluación del plan de acción.

Paralelo a la descripción de los problemas se construyó el ASIS de la parroquia Zuata, caracterizándose las localidades que la conforman a partir del análisis de indicadores: demográficos y factores de riesgo por ciclos de vida; comportamiento de la natalidad, morbilidad y mortalidad; factores determinantes de la salud; y capacidades de respuestas del sistema de salud.

Para el problema “deficiencias en la distribución de agua potable”, el descriptor utilizado fue: 70% de las localidades de la parroquia Zuata carecen del vital líquido y en todos los sectores existe racionamiento. Las consecuencias de este problema destacadas por los actores y confirmadas con los resultados del ASIS fueron: el aumento de las enfermedades hídricas (diarreas y dermatitis); las huelgas por falta de agua; la disminución del presupuesto familiar; y el retraso en las actividades sociales, económicas y educativas.

El ASIS sustenta dicha problemática, al confirmarse que dentro de los riesgos psicosociales y ambientales a los que está expuesta la población de menores de 19 años de Zuata que consultó los servicios de salud durante el año 2004 (9609-

100%) un 53% afirmaron consumir agua no potable y un 12% señaló que no tenía agua intradomiliaria. Asimismo, la morbilidad predominante en la parroquia Zuata para ese mismo período, indica que el sector salud atiende las consecuencias del problema “deficiencias en la distribución de agua potable”, al presentarse un 61% de los casos por enfermedades hídricas y dérmicas (rinofaringitis, diarreas, amigdalitis aguda, piodermitis, helmintiasis y otitis aguda)²⁷.

Esa interrelación entre los problemas percibidos por la población y la información disponible en las instituciones de salud (ASIS integral), generó insumos fundamentales para evitar el riesgo de la ceguera situacional, sobre la cual Matus⁷ llama la atención, proponiendo utilizar varias miradas que se complementen, para llegar a obtener un conocimiento más amplio sobre las causas del problema. Es aquí donde el ASIS toma importancia porque permite a los actores sustentar mejor la situación problema, utilizando la información producida por los servicios de salud como insumos claves en las discusiones, tanto para hacer una priorización y análisis de los problemas con una mirada más equitativa, como para sustentar con datos los problemas manifestados por los sujetos de la investigación, gene-

rando así una explicación situacional de los problemas seleccionados, que va más allá de un simple diagnóstico.

Selección de los nudos críticos

De las 20 causas fue necesario seleccionar algunas como nudos críticos centro de la intervención. Para esto se utilizó la Matriz de Impacto Cruzado y de Asuntos Claves (MIC-MAC) y el Plano Cartesiano (Gráfico 1). Después estos resultados se contrastaron con la Matriz de Valoración de Matus¹, para finalmente llegar a un acuerdo sobre las causas a enfrentar.

En la tercera y cuarta reunión de trabajo, con la participación de los diferentes actores claves se construyó la MIC-MAC, que permitió conocer el grado de influencia que poseen las diferentes causas entre sí, se obtuvo un valor para jerarquizar las causas e identificar sus interrelaciones de acuerdo con los niveles de motricidad y dependencia. Se efectuó un ensayo con una de las causas, para que los actores comprendieran el proceso de construcción de la matriz.

Después, a partir de los valores recogidos en la MIC-MAC, fue construido el Plano Cartesiano en el cual se muestra en un eje de coordenadas

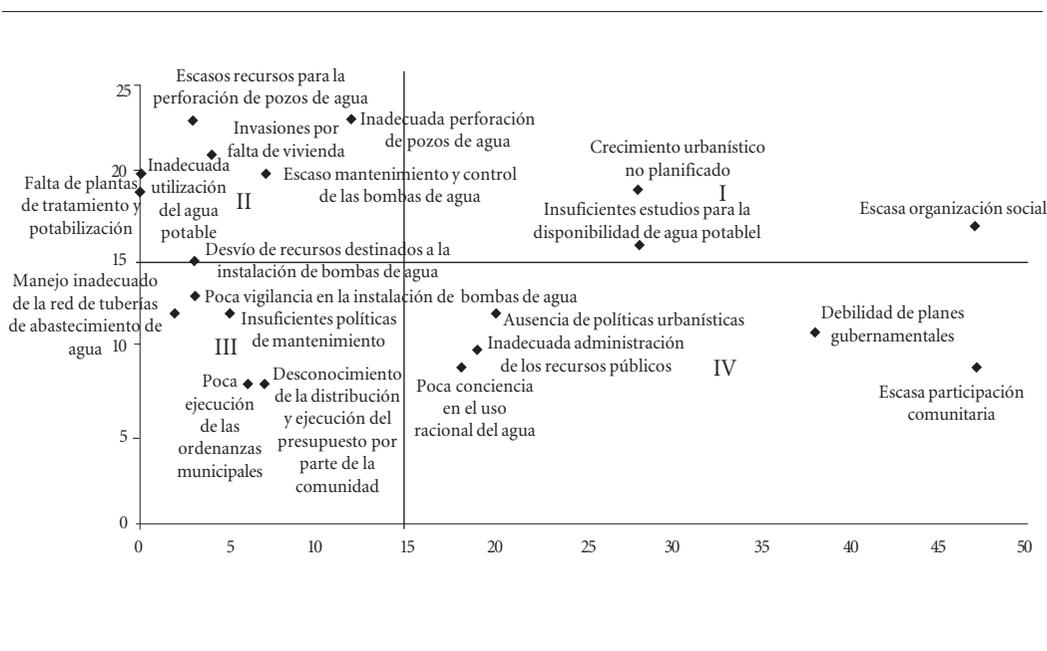


Gráfico 1. Plano cartesiano problema “deficiencias en la distribución de agua potable”, parroquia Zuata, municipio “José Félix Ribas”, estado Aragua, año 2005.

Fuente: Suma activa y pasiva de la Matriz MIC-MAC construida en la segunda reunión con representantes de los territorios sociales de la parroquia Zuata, año 2005.

la motricidad y la dependencia de las causas entre sí, para de esta forma, definir los nudos críticos o causas claves¹⁵. Es de resaltar, que la Matriz MIC-MAC y el Plano Cartesiano, son técnicas que incorporó al momento explicativo de la PES, el MPPS para el análisis de los problemas.

Los resultados del Plano Cartesiano fueron validados con los actores de la parroquia Zuata en la quinta oficina de trabajo, donde para la selección de los nudos críticos también se consideró la noción de espacio de gobernabilidad propuesto por Matus⁷, que consiste en colocar las causas correctamente dentro y fuera del espacio de gobernabilidad del actor, ya que las causas que están bajo el control del actor, son colocadas en el espacio de gobernabilidad de éste. La distribución de las causas del problema “deficiencias en la distribución de agua potable” por cada cuadrante, quedó configurada de la siguiente forma:

– *Cuadrante I (que representa alta motricidad y alta dependencia)*, escasa organización social, insuficientes estudios para la disponibilidad de agua potable, crecimiento urbanístico no planificado;

– *Cuadrante II (baja motricidad y alta dependencia)*, inadecuada perforación de pozos de agua, escasos recursos para la perforación de pozos de agua, invasiones por falta de vivienda, inadecuada utilización del agua potable, falta de plantas de tratamiento y potabilización, escaso mantenimiento y control de las bombas de agua, desvío de recursos destinados a la instalación de bombas de agua;

– *Cuadrante III (baja motricidad y baja dependencia)*, poca vigilancia en la instalación de bombas de agua, manejo inadecuado de la red de tuberías de abastecimiento de agua, desconocimiento de la distribución y ejecución del presupuesto por parte de la comunidad, insuficientes políticas de mantenimiento, poca ejecución de las ordenanzas municipales;

– *Cuadrante IV (alta motricidad y baja dependencia)*, escasa participación comunitaria, debilidad de planes gubernamentales, ausencia de políticas urbanísticas, inadecuada administración de los recursos públicos y poca conciencia en el uso racional del agua; en este último cuadrante se encuentran las causas claves o nudos críticos del problema “deficiencias en la distribución de agua potable”, las cuales deben ser enfrentadas para solucionarlo a través de un plan de acción (Gráfico 1).

Una de las críticas que surgió en la parroquia Zuata al aplicar la PES y del ASIS, es que el espacio de gobernabilidad del actor central necesaria-

mente no se corresponde con el plan de demandas de los otros actores. Por consiguiente se requiere de la participación activa de los diversos actores ya que de esta forma se evidencian los problemas reales de la población, a través de un plano de demandas, que sería el insumo principal a ser utilizado en el espacio de gobernabilidad de los actores centrales.

Utilidad del ASIS en la PES

Como fue mencionado anteriormente, en paralelo a las reuniones de trabajo se construyó el ASIS Integral de la parroquia Zuata, donde además de considerarse la información socio-epidemiológica se aplicó una guía de observación directa en cada localidad, con el objetivo de compilar información sobre las condiciones de vida, incorporando variables económicas, sociales, ecológicas, de los servicios de salud y de participación social que generaron un indicador ponderado para estratificar las localidades por condiciones de vida²⁸; así como variables sobre las causas y consecuencias de los problemas seleccionados por actores claves.

La guía de observación era aplicada con el apoyo de uno de los moradores, quienes debían tener por lo menos 3 años viviendo en la localidad. Se obtuvieron las puntuaciones finales para cada localidad y se estratificaron de uno (mejor) a cuatro (peor) las condiciones de vida. La información recopilada permitió conocer cada una de 26 localidades que conformaban la parroquia Zuata para el momento del estudio, actualizar la información de la sala situacional del ambulatorio y validar con otros actores la información producida en las diferentes reuniones de trabajo.

Uno de los análisis efectuados, con los datos recopilados en el ASIS fue comparar las medias de la cobertura de agua potable, obteniéndose que tanto la F de Snedecor como la tendencia lineal no son estadísticamente significativas, indicando que el comportamiento es similar en los cuatro estratos, es decir, el problema es grave en todos los territorios sociales debido a la racionalización del vital líquido en la mayoría de éstos. De igual forma, existe una diferencia por inequidad intra-estrato según con el Coeficiente de Variación del estrato 4 (113,14) superior que los otros estratos, sugiriendo la priorización de las localidades del estrato 4 para iniciar la intervención (Gráfico 2).

En este caso, mismo no presentándose significancia estadística con los métodos utilizados, es importante considerar las inequidades existentes,

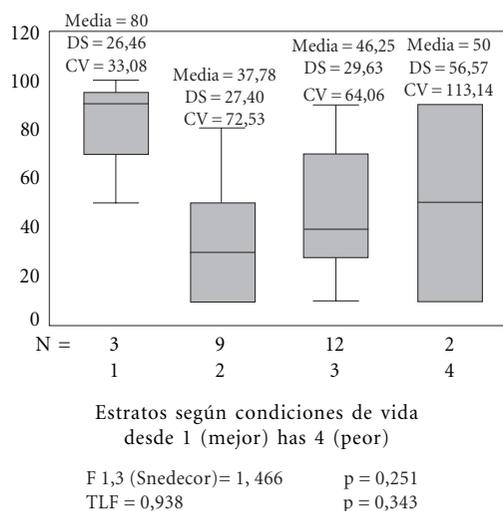


Gráfico 2. Cobertura de agua potable por estratos sociales según condiciones de vida, parroquia Zuata, municipio "José Félix Ribas", estado Aragua, año 2004.

Fuente: SISMAI y Guía de observación aplicada en la parroquia Zuata, municipio "José Félix Ribas", estado Aragua, año 2004.

a través de la discusión situacional en el contexto de la parroquia Zuata, sin olvidar que *las pruebas de significancia estadística permiten evaluar el efecto del azar sobre las variables en estudio, pero nunca decidir sobre las relaciones de causa efecto. Para ello se deben utilizar, además, otros criterios*¹.

Consideraciones finales

La PES combinada con el ASIS constituye una herramienta fundamental para el fortalecimiento del poder local en salud², permitiendo a través de un proceso de investigación-acción conjuntamente con las autoridades y las comunidades, identificar y buscar soluciones a algunos de los problemas existentes en la realidad social.

La experiencia desarrollada en la parroquia Zuata permitió utilizar la visión estratégica general al integrar la participación en la investigación de los actores de la comunidad de Zuata, con la información disponible en varios sistemas de información del sector salud. Al integrarse estas dos miradas, la de los actores claves y la de las

instituciones de salud, se evita hacer un abordaje de los problemas sólo desde la oferta pública fragmentada y al mismo tiempo se aumenta la potencia explicativa de los enfoques^{1,7,12,15}.

De igual forma, a través del primer momento de la PES se determinaron las causas prioritarias a intervenir, vinculándolas con los derechos constitucionales, identificando cuales de éstos no estaban siendo garantizados de forma integral, para construir posibles líneas de acción a través de la formulación de proyectos de intervención.

Por otro lado, los nudos críticos seleccionados a partir de una discusión colectiva con los diferentes actores claves, permitieron diseñar un plan de acción intersectorial que diera respuestas a un problema de la población, que posiblemente no era prioridad en los planes de los actores que manejaban recursos críticos.

Otro punto importante, es que al seleccionarse los nudos críticos considerando la participación de los diversos actores, las acciones desarrolladas tendrán mayor aceptación y adhesión de éstos, ya que participaron de la discusión. Asimismo, las respuestas diseñadas serán más equitativas en la medida en que se utilice la información del ASIS, que establece claramente que las 26 localidades son diferentes entre sí y que para resolver el problema "deficiencias en la distribución de agua potable", con los escasos recursos existentes, será necesario priorizar aquellas que se encuentran en peores condiciones de vida, es decir, son más vulnerables.

Al combinarse el momento explicativo de la PES y el ASIS, ambos enfoques se potencializan y se aproximan de forma más precisa a la realidad social, incorporando una mirada más equitativa en la medida en la que se incluye la opinión de los actores que padecen los problemas y aquellos que manejan recursos críticos.

La aplicación de ambos enfoques de forma integral exige el compromiso de los diferentes actores desde el nivel central de gobierno hasta los actores locales, de esta forma es posible viabilizar el plan de intervención, situación que en estos momentos es factible en Venezuela por las políticas de participación que se están intentando desarrollar^{15,26}.

Finalmente, la articulación PES-ASIS contribuye a generar insumos que concretizados por los actores en un plan de acción, pueden contribuir en la reducción de inequidades. Asimismo, la participación activa de los actores permite evidenciar los problemas reales de la población y construir un plan de demandas más próximo de las necesidades sentidas por la población.

Colaboradores

H Heredia trabajó en la concepción, metodología y redacción del artículo; E Artmann en la concepción y redacción; N López en la metodología y análisis de los datos e interpretación de los datos; J Useche en la recolección y análisis de los datos e interpretación de los datos.

Referências

1. Bergonzoli G. *Sala situacional: instrumento para la Vigilancia de Salud Pública*. Maracay: Editora IA-ESP; 2006.
2. Castellano P. Análisis de la situación de salud de las poblaciones. In: Ferran MN, editor. *Vigilancia Epidemiológica*. Madrid: McGraw-Hill; 2004. p. 193-213.
3. Moreira M, Cruz O, Sucena, L. Um olhar sobre condições de vida: mortalidade de crianças e adolescentes residentes em Manguinhos. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):161-173.
4. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. *Meditando as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
5. Organización Mundial de la Salud y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. *Atención Primaria de Salud: Declaración de Alma Ata*; 1978. [accesado 2008 mar]. Disponible em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
6. Venezuela. *Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela*. Promulgada el 30 de diciembre de 1999. Caracas; 1999. [accesado 2008 mar]. Disponible em: <http://www.venezuela-oas.org/Constitucion%20de%20Venezuela.htm>
7. Matus C. *Política, planejamento & governo*. 2a ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 1996.
8. Matus C. *Adeus, senhor presidente: governantes governados*. São Paulo: Edições da Fundação de Desenvolvimento Administrativo (Fundap); 1997.
9. Matus C. Sobre la Teoría de las Macroorganizaciones. *Revista PES (Santafé de Bogotá)* 1994; 3:24-66.
10. Artmann E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local*. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.
11. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico* 1999; 20(3):1-16.
12. González A. Análisis de la situación de salud de la comunidad: su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Educ Med Super* 2006; 20(2):41-45.
13. Castellano P. *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales*. Madrid: McGraw-Hill; 1998.
14. Rivera F, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):355-365.
15. Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Identificación y representación de las necesidades sociales: módulo II*. Caracas: Ministerio de Salud; 2002.
16. Rivera F. *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.

17. Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(12):2637-2646.
18. Uzcátegui L. *La participación ciudadana en salud y la Constitución de 1999: ¿De la representatividad a la participación protagónica?* [tesis]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2006.
19. Traverso-Yepez M, Morais N. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):80-88.
20. Mattos R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1411-1416.
21. Nunes M, Trad L, Almeida B, Ramos C, Melo M. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1639-1646.
22. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saude Publica* 1996; 12(1):7-30.
23. Fernández E, González P. Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS). [acessado 2007 abr 23]. Disponível em: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/nueve.pdf>
24. Bergonzoli G, Diego V. *Rectoría y Vigilancia de la Salud*. San José, Costa Rica: OPS/OMS; 1994.
25. Habermas J. *Teoría de la Acción Comunicativa*. Madrid: Taurus; 1987.
26. Venezuela. *Ministerio de Salud: Plan Estratégico Social*. Caracas: Ministerio de Salud; 2002.
27. Venezuela. Aragua. Corporación de Salud del Estado Aragua (Corposalud-Aragua). *Sistema del Modelo de Atención Integral (SISMAI)*. Maracay: Corporación de Salud del Estado Aragua; 2005.
28. González E, Armas L, Llanes M, Borroto S, Sánchez L. Estratificación epidemiológica: conceptos básicos para guiar planes de intervención en salud. In: Bergonzoli G. *Sala situacional: instrumento para la Vigilancia de Salud Pública*. Maracay: Editora IA-ESP; 2006. p. 180-182.

Artigo apresentado em 12/06/2008

Aprovado em 24/10/2008

Versão final apresentada em 10/11/2008