

El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos

Health Situation Analysis of the Population in Latin America and the Caribbean, from 2000 to 2017. Reflections and challenges

Análises da situação da saúde populacional na América Latina e o Caribe, entre 2000 e 2017. Reflexões e desafios

Rocío López-Lara¹.

¹ Psicóloga, magíster en Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México. rociolopez02@uv.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7201-4135>

Recibido: 27/11/2017. Aprobado: 9/09/2018. Publicado: 20/10/2018

López-Lara R. El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2018;36(3):18-30. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v36n3a03

Resumen

Objetivo: Identificar la evolución teórico-metodológica del análisis de situación de salud (ASIS) en América Latina y el Caribe, y analizar los desafíos en su implementación. **Metodología:** Revisión narrativa a partir del estudio de trabajos de investigación, artículos de reflexión y manuales publicados en las bases de datos EBSCO, PubMed, Redalyc, Scielo y Lilacs, entre los años 2000 y 2017, relacionados con el análisis de la situación de salud a nivel poblacional. Se analizaron los 67 documentos seleccionados y se hizo comparación de contenidos de los ASIS realizados en la región. **Resultados:** Se encontró que las guías para orientar la implementación de los ASIS reproducen un modelo de diagnóstico de salud epidemiológico/administrativo, aunque algunas suscriben, como ejes del análisis, la perspectiva de género, de determinantes sociales, la intersectorialidad y la participación social; esto se refleja en el 90 % de los 19 informes gubernamentales recuperados. El 80 % de las 10 investigaciones originales recuperadas se identifican como estudios descriptivos, observacionales y transversales, con escasa actuación de los equipos de salud del primer nivel y mínima participación de las poblaciones y los representantes de otros sectores vinculados

con la salud. Las principales fuentes utilizadas son estadísticas demográficas y epidemiológicas oficiales, y una mínima proporción de los ASIS concluye en la generación de propuestas de actuación. **Conclusiones:** La implementación de los ASIS enfrenta, como desafíos, trascender la noción patológica y sectorial de la salud; incorporar indicadores de salud positiva, así como otros de inequidad en salud, que permitan una valoración amplia de la situación de salud poblacional, sus determinantes sociales y los gradientes de desigualdad en la expresión de la enfermedad y del acceso a servicios para su atención; articular, en su práctica, el método epidemiológico, con técnicas etnográficas y de participación social, para apoyar el análisis integral e interseccional de la salud; y capacitar a los equipos de salud, especialmente de primer nivel, para el desarrollo efectivo de estos estudios, con fines de monitoreo y comprensión de las tendencias y los diferenciales en la salud/enfermedad de los grupos poblacionales.

-----**Palabras clave:** diagnóstico de la situación de salud, colaboración intersectorial, determinantes sociales de la salud, participación social, planificación en salud.

Abstract

Objective: To identify the methodological-theoretical evolution of the Health Situation Analysis (HAS) in Latin America and the Caribbean, and analyze the challenges to implement it. **Methodology:** A narrative review based on research studies, reflective articles and manuals published in databases as EBSCO, PubMed, Redalyc, Scielo and Lilacs, from 2000 to 2017, related to the analysis of the population's health situation. 67 documents were chosen and analyzed and contents were compared with HAS conducted in the region. **Results:** The study found that the guidelines to direct the implementation of HAS reproduced an epidemiological/administrative health diagnosis model, many of which subscribe gender perspective, social determinants, intersectionality and social participation as their axis of analysis, which is demonstrated in 90 % of the 19 government reports recovered. 80 % of the 10 original research studies recovered were identified as descriptive, observational and cross-sectional studies, with little participation from first level Healthcare teams and minimum participation from populations and representatives of other

sectors linked to health. The main sources used were official demographic and epidemiological statistics, and a very small part of the HSA result in producing action proposals.

Conclusions: Implementing HSA represents challenges like transcending the pathological and sectorial notion of health, incorporating positive health indicators, as well as other health inequality indicators that allow a broader assessment of the population's health situation, their social determinants and the gradients of inequality expressed in diseases and access to health care services. Epidemiological methods with ethnographic and social participation techniques should be used in practice to support a comprehensive intersectional health analysis; and healthcare teams, particularly first level teams, should be trained to conduct effective studies to monitor and understand the trends and differentials in the health/diseases of population groups.

-----**Keywords:** health situation diagnosis, intersectoral collaboration, social health determinants, social participation, health planning

Resumo

Objetivo: Identificar a evolução teórico-metodológica da análise de situação da saúde (ASIS) na América Latina e o Caribe, e analisar os desafios na sua implementação. **Metodologia:** Revisão narrativa partindo do estudo de trabalhos de investigação, artigos de reflexão e manuais publicados nas bases de dados EBSCO, PubMed, Redalyc, Scielo e Lilacs, entre os anos 2000 e 2017, enlaçados com a análise da realidade da saúde no nível populacional. Se analisaram os 67 documentos escolhidos fazendo um versus de conteúdos dos ASIS compendiados na região. **Resultados:** Se encontrou que as instruções para indicar a implementação dos ASIS reproduz um modelo de diagnóstico de saúde epidemiológico/administrativo, ainda que algumas assinalam, como eixos da análise, a visão de género, de determinantes sociais, a plurissetorialidade e o envolvimento social; isto se reflete num 90 % dos 19 informes governamentais recuperados. Um 80 % das 10 investigações originais recuperadas se identificam como estudos descritivos, observacionais e na forma do viés, com escassa atuação dos corpos de saúde do primeiro nível e o mínimo envolvimento das populações e os líderes das

outras áreas vinculadas com a saúde. As principais fontes utilizadas são estatísticas demográficas e epidemiológicas oficiais, e uma mínima proporção dos ASIS concluem na geração de propostas de atuação. **Conclusões:** A implementação dos ASIS enfrenta, como desafios, transcender a noção patológica e setorial da saúde; incorporar indicadores de saúde positiva, assim como outros de inequidade em saúde, que permitam uma valoração ampla da situação de saúde populacional, os seus determinantes sociais e os ingredientes de desigualdade na expressão da doença e do acesso aos serviços para a sua atenção; articular, na sua prática, o método epidemiológico, com técnicas etnográficas e de participação social, para suportar a análise integral e interseccional da saúde; e capacitar aos times da saúde, especialmente aqueles de primeiro nível, para o desenvolvimento efetivo destes estudos, com fins de tamizado e compreensão dessas tendências e os diferenciais na saúde/doença dos grupos populacionais.

-----**Palavras chave:** diagnóstico da situação da saúde, colaboração plurissetorial, determinantes sociais da saúde, participação social, planificação em saúde

Introducción

Desde finales de la década de los noventa, el *análisis de situación de salud* (ASIS) es reconocido como una función y un campo de actuación sustantivo e indelegable de la autoridad sanitaria [1]. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo entiende como la ca-

pacidad del sistema de salud para evaluar la situación y las tendencias que muestra la salud de una población o grupos poblacionales específicos, lo que incluye identificar sus determinantes, las brechas de desigualdad en la exposición a los riesgos, a los daños y en el acceso a los servicios, así como reconocer los recursos extra-sectoriales que pueden participar en la promoción de

la salud y el mejoramiento de la calidad de vida. Esta evaluación amplia de la situación sanitaria constituye la primera función esencial de la salud pública y culmina con la comunicación de los resultados a autoridades públicas y ciudadanía [2]. La evaluación, interpretación y divulgación de la situación de salud poblacional es la base de las acciones públicas relacionadas con el bienestar de la población.

El ASIS representa una capacidad institucional básica en todo sistema sanitario, indispensable para el monitoreo, la vigilancia y la inteligencia epidemiológica, entendida esta última como un proceso estratégico de análisis de información multidimensional, con fines de proyección y toma de decisiones en políticas de salud [3]. Constituye también una competencia profesional del personal involucrado en los diferentes niveles de atención a la salud, desde el local hasta el nacional. Su adecuado funcionamiento requiere consensos sobre sus fines, enfoques y métodos; demanda articulaciones oportunas y efectivas con otros procesos sanitarios, especialmente los vinculados con la planificación, la gestión y la administración de la respuesta institucional respecto a las demandas en salud, y obliga a procesos de formación, asesoría y seguimiento del personal, para garantizar su correcta implementación.

Más allá de su referencia como una función esencial de la salud pública, los ASIS poblacionales constituyen estudios socioepidemiológicos complejos, que permiten identificar, describir y comprender las interacciones entre ambientes, determinantes estructurales, condiciones y modos de vida en la construcción social de la salud. Su nivel de análisis es el poblacional y pueden desarrollarse en los ámbitos local, regional, estatal, nacional y global. También se han descrito como estrategias científicas para la focalización y la planificación de servicios e intervenciones de salud. Pueden diseñarse como estudios de caso o como estudios comparativos entre grupos poblacionales, incluso con diferente nivel de agregación. Se llevan a cabo como respuesta a emergencias sanitarias, o en forma planificada, para analizar sistemáticamente las tendencias de situaciones de salud prioritarias [4].

Algunos especialistas reconocen dificultades operativas y para la enseñanza de los ASIS. Respecto a su implementación, aún es limitada la participación de otros sectores sociales distintos al de salud; lo mismo sucede con el personal de las unidades administrativas de salud, para quienes no parece ser una tarea prioritaria. En consecuencia, es escasa la articulación entre los niveles locales y regionales. Además, la recuperación de sus resultados para la planificación de acciones sanitarias compete con los intereses de las agendas políticas [5].

El desarrollo de estos estudios en las unidades de salud se dificulta por la falta de una metodología estandarizada para su realización y por las deficiencias en las

fuentes de información oficial; también, por la alta rotación de personal en las unidades médicas y la insuficiente capacitación sobre el ASIS durante los estudios de pregrado [6]. En países como Cuba, la enseñanza del ASIS se incorporó como parte de las disciplinas sociomédicas; sin embargo, se reconoce la necesidad de actualizar sus contenidos e implementar una evaluación rigurosa del proceso educativo, que contribuya a la adecuada preparación de los profesionales de la salud [7].

Esto coincide con lo observado en los servicios de salud de Veracruz, México, donde, bajo el nombre de “diagnósticos de salud” (DS), se desarrollan estudios descriptivos, con orientación de riesgos y daños. Por lo general, se circunscriben al ámbito de las unidades médicas de primer nivel; el personal responsable los asume como una carga administrativa poco útil, sin conexión directa con la planificación de los servicios e insumos de salud; se realizan en forma rutinaria y sin participación de la población [8]. Los DS suelen concentrarse en la descripción del estado de salud/enfermedad de la población en el momento presente, sin profundizar en las tendencias de la salud poblacional a lo largo del tiempo, ni en los comportamientos estacionales o en los elementos contextuales que pueden relacionarse con los cambios en salud. Al ser ejercicios locales, tampoco analizan comparativamente la situación entre poblaciones, y pocas veces desagregan sus datos por gradientes sociales en salud, como la ubicación territorial o la clase social basada en la ocupación, el género o la identidad étnica.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es explorar la evolución teórico-metodológica del ASIS en América Latina y el Caribe y, con base en las evidencias de su práctica, analizar los desafíos en su implementación, a fin de contribuir a su posicionamiento como proceso técnico indispensable para la conducción, la gestión y la toma de decisiones en salud en todos los niveles y sectores del sistema sanitario, especialmente en el primer nivel de atención.

Metodología

Revisión narrativa a partir de búsqueda de trabajos de investigación, artículos de reflexión y manuales relacionados con el ASIS poblacional. Se consultaron cinco bases de datos de acceso abierto especializadas en ciencias de la salud: EBSCO, PubMed, Redalyc, Scielo y Lilacs, utilizando como términos de búsqueda, en inglés y español, “análisis de situación de salud”, “ASIS”, “diagnóstico de salud poblacional”, todos relacionados con “América Latina y el Caribe”. La búsqueda tuvo una cobertura regional para incluir países conocidos por sus avances en el tema, como Cuba, Colombia o Ecuador, y detectar experiencias de otros países de la región.

Se establecieron límites de búsqueda de carácter temporal (publicados en el período del 2000 al 2017,

para recuperar la producción posterior a la delimitación del ASIS como una función esencial de la salud pública), de idioma (español o inglés), disponibilidad (texto completo de acceso libre en línea) y tipo de texto (artículo de revista, reporte de caso, revisión sistemática, documentos gubernamentales). Se omitieron las secciones “Cartas al editor” y “Editorial”, y las tesis (estas últimas, en cuanto el lugar del ASIS en la producción académica en ciencias de la salud podría ameritar una investigación específica).

Para la revisión de documentos, se seleccionaron los que fueran útiles para describir la evolución teórico-metodológica del ASIS, y los que permitieran analizar los ejes y las variables contemplados en la implementación de aquellos, así como los que presentaran resultados de algunos ASIS en la región. Finalmente, se identificaron desafíos para el fortalecimiento de su implementación.

Resultados

Se recuperaron 127 trabajos, publicados en el periodo delimitado; se eliminaron los repetidos y aquellos cuyo contenido no correspondía directamente con el propósito de la revisión narrativa. De estos, se seleccionaron 67 documentos, de los cuales 25 fueron artículos de reflexión (37,31 %), 19 informes gubernamentales (28,36 %), 13 guías o manuales para elaborar ASIS (19,40 %) y 10 investigaciones originales (14,93 %).

La mayor producción proviene de Cuba, con 21 textos, que representan el 31,34 % del total de los documentos seleccionados, principalmente artículos de reflexión o investigaciones sobre su enseñanza, y de Perú, con 20 documentos, que representan el 29,86 %; además, se identificaron 10 textos de Colombia (14,92 %), 4 de Venezuela (5,97 %), 3 de México (4,47 %), 2 de Ecuador, Panamá y Brasil, cada uno representando el 2,98 % del total seleccionado. El resto de los trabajos fueron experiencias únicas de Argentina, República Dominicana y Honduras, representando el 1,5 % cada caso.

Para la revisión se utilizaron estas fuentes identificadas, además de algunas fuentes clásicas en el tema del ASIS, como complemento de la revisión histórica del tema.

Origen y evolución de los ASIS

El interés por el estudio del estado de salud poblacional es muy antiguo; el análisis de los patrones de expresión de la salud y la enfermedad de las poblaciones, así como las causas que los explican, se formalizó con los trabajos de la epidemiología moderna a principios del siglo XX [9]. Algunas referencias señalan que el término “diagnóstico de salud” apareció en 1976, en un texto ruso de higiene social y salud pública, coordinado por Serenko y Ermakov [10], aunque ya en 1955, Jeremy N. Morris señalaba, entre los usos de la epidemiología, el diagnóstico

comunitario de la salud y la descripción de la naturaleza, el tamaño relativo y la distribución de los problemas de salud presentes en las poblaciones, en función de la edad, el sexo, la raza o el estado socioeconómico [11].

Martínez [12] identifica, en los trabajos de Morris y en los posteriores de Blum, Lalonde y Dever, importantes aportes conceptuales al estudio de la situación de salud poblacional, así como de sus factores explicativos [12]. Para Morris [11], procesos sociales como el incremento en la inserción laboral de las mujeres, el cambio en los consumos alimenticios por su industrialización, la urbanización de la vida, la exposición a contaminantes o la medicalización de la atención, actúan como determinantes de la distribución y de las tendencias históricas de la salud y la enfermedad en los diferentes grupos poblacionales, y cuyos impactos en salud son diferenciados según edad, sexo, raza o clase social; mientras que la propuesta de Dever [13] se mantiene cercana al enfoque de factores de riesgo asociados a las enfermedades (herencia genética, patrones de consumo, riesgos laborales y recreativos), desde los cuales se puede explicar la causalidad individual y se puede organizar la planificación en salud, pero sin profundizar en los procesos que participan en la expresión, evolución y distribución poblacional de las enfermedades.

De esta manera, el estudio epidemiológico de las necesidades y los problemas de salud poblacional, así como la determinación de prioridades, se posicionaron como pasos previos a la toma de decisiones y la planificación para la salud.

Posteriormente, surgieron tres enfoques para la determinación de necesidades: el análisis de indicadores sociales y de salud, el uso de encuestas, y la búsqueda de consensos entre profesionales y no profesionales [13]. En la década de los setenta se diseminó el *método de planificación de salud*, creado en Venezuela, en el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), en coordinación con la OPS; este método concibe el diagnóstico de salud como la primera etapa del proceso de planificación sanitaria, y fija, como criterios para su análisis, la magnitud, la trascendencia y la vulnerabilidad de los daños, a fin de determinar los problemas prioritarios hacia cuya atención se deben distribuir los recursos y servicios [14].

En el mismo sentido, desde mediados de los años cincuenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS comenzaron a generar informes periódicos sobre la situación sanitaria de los países, a partir de cuatro categorías de indicadores: 1) demográficos, 2) socioeconómicos, 3) morbilidad y mortalidad, 4) recursos y cobertura en servicios de salud [15]. Fue tal el impacto de estas medidas como estimadores de la situación sanitaria de la población, que hoy se siguen utilizando de forma generalizada.

En 1978, la “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud” llamó a los gobiernos a proteger

y promover la salud de todas las personas, a partir de una atención sanitaria universal, accesible, de calidad y socialmente corresponsable [16]. De acuerdo con esto, Cuba intensificó la implementación del diagnóstico de la situación de salud mediante los policlínicos y los servicios de medicina familiar [17]. En las siguientes dos décadas, especialistas y ministerios de salud de países como Cuba, Venezuela, Ecuador y Perú participarían en el fortalecimiento del andamiaje teórico y metodológico de esta acción sanitaria.

La visión cubana y la epidemiología crítica latinoamericana posicionaron un concepto de *salud* como construcción social, multideterminada por las condiciones de vida y trabajo, así como por los procesos de reproducción y de estratificación social. Esta determinación sociohistórica de la salud, en razón del proceso de reproducción social, postula que las personas y los colectivos no eligen libremente las condiciones en que viven, pues les son impuestas por la estructura y el modelo social del cual forman parte y en el que desempeñan un papel y una posición social; sin embargo, no se trata de un determinismo biológico, mecánico y reduccionista, sino de un proceso dialéctico entre la situación individual y la colectiva [18].

Martínez [12] explica cómo, a partir de las influencias teóricas de Laurell, Breihl, Granda y Castellanos, el sistema de salud cubano implementó, durante los años ochenta, el ASIS según condiciones de vida, una propuesta que planteaba que el perfil de salud y enfermedad de un colectivo humano se reproduce socialmente, a la par que se producen y reproducen las condiciones de vida, las necesidades, los problemas y las formas de respuesta a ellos [12].

Las *condiciones de vida* son un conjunto de *procesos dinámicos e interaccionales* que caracterizan y reproducen la forma en que cada grupo poblacional participa en la producción, la distribución y el consumo de bienes y servicios sociales, incluidos aquellos relacionados con la salud. Lejos de la idea positivista del concepto, estas condiciones de vida actúan como un mediador entre la organización sociopolítica de la sociedad y la situación de salud de la población [19 pp. 86-87] y se reconocen como cuatro grandes dimensiones:

1. *Procesos predominantemente biológicos, con expresión colectiva*: estructura poblacional por edad, estado inmunitario colectivo, características biológicas protectoras o de riesgo para ciertas enfermedades transmisibles o degenerativas.
2. *Procesos predominantemente ecológicos, con expresión residencial y laboral del grupo poblacional*: condiciones de saneamiento básico, características climáticas y ambientales en los entornos donde las poblaciones viven y trabajan.
3. *Procesos sociales reproductivos de las formas de conciencia y de conducta*: valores y modos de represen-

tación social de la realidad de salud; comportamientos individuales (estilos de vida) y colectivos (modos de vida) relacionados con la salud, constituidos ambos a través de procesos de reproducción social.

4. *Procesos predominantemente económicos*: formas de producción, distribución y consumo de bienes y servicios en cada grupo social.

En la década de los noventa, la OPS propuso un nuevo término para los estudios de vigilancia de la salud, el “análisis de situación de salud”, definido como el proceso analítico-sintético que permite “caracterizar, medir y explicar el perfil de salud/enfermedad de una población y sus determinantes, que facilita la identificación de necesidades y prioridades, la identificación de intervenciones, programas apropiados y la evaluación de su impacto” [4]. Esta propuesta, con enfoque procesal, multidimensional y explicativo, pretendió sustituir al diagnóstico descriptivo, de orientación biomédica y sectorial, que se generalizaba, aun a pesar de los desarrollos críticos en algunos países de la región.

En 1998, la OPS retomó los esfuerzos del Comité Ejecutivo de la OMS por desarrollar el concepto de las *funciones esenciales de la salud pública* y ubicó al ASIS como la primera de esas funciones [1]. Un año después, creó el “Programa Especial de Análisis de Salud”, destinado a fortalecer la capacidad de los países para generar, analizar, difundir y utilizar información que les permitiera evaluar la situación de salud poblacional, vigilar sus tendencias y cambios, identificar las inequidades relacionadas, utilizar esta información epidemiológica para definir políticas y programas de salud, y, finalmente, aunque no menos importante, evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias [20]. Se sumaba, así, la perspectiva de inequidades en salud.

Unos años más tarde, a partir de la definición de salud como producto social, Gustavo Bergonzoli incorporó el enfoque sistémico al ASIS, y planteaba que las dinámicas y los cambios en uno de los subsistemas impactan en los demás y, por lo tanto, en los resultados de salud poblacional. Bergonzoli propuso un análisis integral y dinámico de la salud, que distinguiera condiciones de vida, factores de riesgo, daños a la salud y respuesta social organizada, sumando, además, a los indicadores negativos tradicionales, otros de carácter positivo y, especialmente, aquellos que permitieran medir las brechas y las inequidades en salud, como una forma de distinguir la estratificación de la salud por razones sociales [21].

Propósitos y directrices del análisis de situación de salud

En 1999, la OPS identificó, como propósito de los ASIS, apoyar a las autoridades sanitarias en: 1) “la definición de necesidades, prioridades y políticas en salud, y la evaluación de su pertinencia”; 2) “la formulación de estrategias de promoción, prevención y control de

daños a la salud, y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento”; y 3) “la construcción de escenarios prospectivos de salud” (p. 1). Este propósito se fincó en una concepción del ASIS como proceso integrador de diversos análisis que permitieran identificar y comprender “las complejas relaciones de determinación y condicionamiento” (p. 1) entre elementos históricos, geográficos, demográficos, sociales, económicos, culturales, políticos y epidemiológicos, y el perfil de salud/enfermedad de una población [4].

En los siguientes años, se mantuvo el consenso de que el propósito de los ASIS es caracterizar y medir el perfil de salud y enfermedad de una población, a partir de comprender causas asociadas a su producción y determinantes de su distribución, además de identificar inequidades, necesidades y prioridades en salud, para orientar la toma de decisiones y la planificación de medidas sectoriales e intersectoriales, e incrementar la pertinencia de la respuesta institucional ante problemáticas de salud, en contextos y grupos poblacionales específicos [12,22].

Es nuestra opinión que la delimitación de los propósitos del ASIS transita por la clarificación de las directrices que debieran regirle, pues son estas las que dotarán de significado e intencionalidad a esos propósitos. En ese sentido, la revisión de textos sobre el desarrollo conceptual y metodológico de los ASIS permitió identificar la presencia recurrente de los siguientes atributos o *directrices*:

1. *Carácter científico/analítico*. El ASIS se entiende como un ejercicio complejo de investigación en salud pública; una manera de pensar y actuar acorde con la orientación de la inteligencia epidemiológica, que integra fuentes de información de diversa naturaleza, realiza análisis multidimensionales, y permite la predicción y la proyección de la acción sanitaria [23]. La implementación del ASIS requiere pensamiento analítico y manejo de metodologías para la investigación epidemiológica [24] y social que garanticen la obtención de información válida y confiable, así como su transformación en conocimiento socialmente pertinente.
2. *Participación social*. Tan importante es que el ASIS genere datos válidos y confiables convertidos en conocimiento epidemiológico, como que sea producto y, a la vez, favorezca procesos de participación social [10]. Las estrategias de consulta democrática e involucramiento de la población en la planificación y la gestión de la acción sanitaria operan como un elemento dinamizador e integrador de la base social respecto a la problemática de salud, siendo además mecanismo clave para promover el protagonismo y el *empoderamiento* de la población [25], entendido este último como la transformación de su relación con su salud y la concienciación sobre la existencia de sus derechos sociales [26].

3. *Intersectorialidad*. Un ASIS con perspectiva integral reconoce la construcción social de la misma y, por lo tanto, debe actuar como un ejercicio de coordinación intersectorial. La complejidad y la multidimensionalidad de las situaciones relacionadas con la salud y con la calidad de vida requieren del involucramiento de instituciones que representen a diversos sectores públicos y sociales, a fin de que colaboren en el análisis y actúen de forma sistémica y articulada sobre las problemáticas de mayor prioridad o impacto social. La intersectorialidad contribuye a la descentralización y a la sostenibilidad de todo proyecto surgido de un análisis situacional colaborativo [27].

4. *Determinantes sociales e inequidades en salud*. El reconocimiento de la salud como una construcción social y como derecho humano ha favorecido la evolución desde modelos explicativos de la enfermedad lineales y seccionales, hacia modos de explicación crítica, que reconocen la historicidad y la determinación social de las formas como las personas viven, trabajan, interactúan, participan, cuidan de sí, enferman y se atienden. Esta evolución conceptual requiere, en la práctica de la salud pública, transitar de los indicadores de salud/enfermedad asumidos como atributos individuales (por ejemplo, sexo biológico, edad, peso o escolaridad de un sujeto o población en estudio) y su correlato explicativo como factores de riesgo, hacia un análisis de determinación social, donde se considere que una categoría como el “género” interactúa interseccionalmente con otras categorías sociales — como la “raza”, la “etnia”, la “posición social” o el “territorio social”—, para moldear y condicionar diferenciadamente los resultados en salud en cada grupo poblacional [28].

El enfoque de determinantes sociales está directamente relacionado con el análisis de las inequidades en salud, de modo que un ASIS que atienda a esta orientación explorará las desventajas en materia sanitaria, debidas a los diferenciales sistemáticos entre sectores o grupos sociales; las brechas y los gradientes de salud, surgidos por esos diferenciales entre grupos; las barreras de acceso a servicios de salud, y las limitaciones de la población para participar en la gestión y la evaluación de esos servicios [29].

Diseño e implementación del análisis de situación de salud

Se encontró que las directrices que los especialistas y organismos de salud señalan para el ASIS, fueron retomadas en alguna medida por los ministerios de salud en manuales y documentos técnicos que orientan su implementación. En todos los textos recuperados durante esta revisión documental, se asume el ASIS como un proceso que requiere del método epidemiológico y

el sociológico para el conocimiento integral de la situación de salud poblacional. También retoman, en grado variable, la participación social durante la indagación, el análisis y la planificación. En este aspecto, se destaca el modelo ecuatoriano [30], que asigna un papel vital y permanente a la participación activa de la población y sus representantes, mientras que en otros países solo se establece la participación pasiva de la comunidad, mediante la proporción de información y la recepción de resultados.

La perspectiva de determinantes e inequidades sociales está declarada como intención en los manuales de Perú [31, 32], República Dominicana [33], Venezuela [34], Colombia [35] y Ecuador [30], aunque no se incorpora en la indagación, el análisis y la planificación de respuestas a las situaciones de salud. Respecto a la inter-

sectorialidad, aun cuando todos los países la enuncian, está ausente del proceso descrito y sugerido; solo los modelos colombiano [35], ecuatoriano [30] y panameño [36] señalan momentos y mecanismos para favorecer la participación intersectorial.

Respecto al desarrollo del ASIS, la revisión mostró que, en todos los casos, se le concibe como un proceso que inicia con la indagación documental y de campo, continúa con la definición de prioridades y concluye con la elaboración de un plan. Nuevamente, solo Ecuador describe, como paso previo a la recolección de información, la identificación de actores sociales y sus redes, además de prever el seguimiento y la evaluación de los planes; esto último también lo considera el modelo de República Dominicana (véase tabla 1).

Tabla 1. Elementos del proceso del ASIS, según guías publicadas en países de América Latina y el Caribe*

País	Proceso
Colombia [35]	Contextualización Orientación: definición del proceso, fuentes de información y métodos de análisis Aplicación: caracterización territorial y demográfica, abordaje de los efectos de salud y sus determinantes, priorización de los efectos de salud (con participación de actores sociales) Divulgación: difusión del ASIS entre actores del sector salud y otros sectores
Ecuador [30]	Primera fase: producción del diagnóstico situacional (presentación ante la comunidad, revisión documental, mapa de actores, encuesta, entrevistas, observación) Segunda fase: conformación del Comité Local de Salud Tercera fase: socialización del diagnóstico situacional, identificación de problemas y prioridades con actores locales, elaboración participativa de un plan local de salud Cuarta fase: implementación, acompañamiento y seguimiento del plan Quinta fase: actualización del diagnóstico
Panamá [36]	Identificación del contexto Identificación de demanda y necesidades de servicios Caracterización de oferta de servicios y satisfacción del usuario Identificación de actores y red social Proyección de la red, planificación y presupuestación
Perú [31,32]	Análisis del entorno Análisis de determinantes sociales de la salud Análisis de problemas de salud: recopilación cuantitativa y cualitativa de información Priorización de problemas con impacto sanitario Priorización de territorios vulnerables: priorización técnica por parte del equipo de salud responsable y socialización con actores sociales Propuesta de líneas de acción para atender problemas
República Dominicana [33]	Fase 1. Análisis general de determinantes y estado de salud Fase 2. Análisis de vulnerabilidad de los territorios y del estado de salud Fase 3. Priorización de problemas de salud, territorios e intervenciones Fase 4. Vinculación del ASIS con procesos de toma de decisiones Fase 5. Monitoreo de planes y políticas de salud
Venezuela [34]	Recolección de información cuantitativa y cualitativa Priorización de necesidades de salud Elaboración de resumen ejecutivo del ASIS Elaboración y socialización de un plan de acción

* Información proveniente de 7 de las 13 guías recuperadas. En los casos en que un país tenía más de una, se omitieron las versiones más antiguas.

Con relación al contenido del ASIS y de su informe, la mayoría de las guías recuperadas proponen una estructura, variables e indicadores semejantes. Los componentes que están presentes en todos los casos se relacionan con: 1) aspectos socioeconómicos y demográficos, 2) indicadores de mortalidad, morbilidad y riesgo, y 3) servicios de salud. Las guías de Venezuela y Ecuador han incorporado variables culturales, históricas y políticas, como elemen-

tos que participan en la construcción social de la salud. La mayoría de las guías recomiendan realizar los análisis desde una perspectiva de determinantes sociales de salud, pero esto no se concreta en los indicadores reportados. El instructivo de Ecuador incorpora, como novedad, la identificación de factores protectores, a través de inventarios de redes de apoyo, organizaciones sociales y actividades protectoras de la salud (véase tabla 2).

Tabla 2. Componentes del ASIS, según guías publicadas en seis países de América Latina y el Caribe

País	Componentes
Colombia [35]	Caracterización de contextos territorial y demográfico Abordaje de efectos en salud y sus determinantes: mortalidad, morbilidad, discapacidad, determinantes sociales intermedios de salud (condiciones de vida y trabajo, disponibilidad de alimentos, factores conductuales, psicológicos y culturales, servicios y cobertura en salud) y estructurales de inequidades en salud (ingresos, educación, estratos sociales, ocupación, etnia) Priorización de efectos en salud
Ecuador [30]	Contexto general: caracterización geográfico-histórica de la población (ámbito geográfico, histórico, socioambiental, factores protectores) Caracterización demográfica, económica y sociocultural de la población (incluye descripción de conocimientos y sistemas médicos locales o tradicionales) Estado de la situación social: problemáticas sociales, factores protectores Caracterización del perfil de salud-enfermedad: morbilidad, mortalidad, discapacidad y factores protectores Oferta de servicios de salud y de protección social (incluido acceso, participación y ejercicio de derechos, programas gubernamentales y proyectos locales)
Panamá [36]	Indicadores demográficos Aspectos económicos y sociales Condiciones de saneamiento básico Situación de salud (mortalidad, morbilidad) Capacidad instalada de establecimientos de salud, recursos humanos, cobertura de servicios
Perú [31,32]	Componente del entorno: características geográficas, demográficas, de organización social y presencia de riesgos Componente de los <i>determinantes sociales de la salud</i> : determinantes estructurales (características socioeconómicas, de vivienda, educativas, de trabajo, inversión del Estado), determinantes intermedios (características socioculturales y del sistema de salud, recursos, servicios y cobertura en salud, demandas de intervenciones sanitarias) Componente de problemas de salud (morbilidad y mortalidad)
República Dominicana [33]	Determinantes de la salud: ecosistema, determinantes demográficos y socioeconómicos, políticos y relacionados con el sistema de salud Estado de salud: estado general de salud, morbilidad, mortalidad
Venezuela [34]	Componente <i>factores condicionantes de la salud</i> : aspectos geográficos, históricos, culturales, económicos, políticos, sociales y demográficos Componente <i>salud-enfermedad</i> : mortalidad, morbilidad y discapacidad Componente <i>respuesta social a los eventos de salud</i> : establecimientos de salud, recursos humanos, indicadores hospitalarios, servicios de salud, programas de salud

Se recuperaron 19 informes oficiales de ASIS regionales, de los cuales 13 provenían de Perú [37-41],* 4 de Colombia [42-45] y un ejemplar de Panamá [46] y México [47]. En todos los casos, los responsables de la elaboración fueron oficinas centrales o distritales de salud y epidemiología, y solo el informe del ASIS realizado en el departamento de Chocó (Colombia) [43] menciona la colaboración de equipos municipales de salud.

En estos informes se observan, como únicas fuentes, los censos nacionales y los registros epidemiológicos o de cobertura de atención.

Aunque las guías de Perú y Colombia prevén, en su estructura y contenido, los determinantes sociales de la salud, en los informes son interpretados como factores socioeconómicos y de cobertura de servicios.

* Se presentan referencias bibliográficas de los últimos cinco informes de ASIS de Perú, aunque se revisaron los trece recuperados.

La estructura de los informes de Perú evoluciona progresivamente, pues en el 2008 incluye la priorización de problemas [38]; en el 2012, las brechas de desigualdad [40], y en el 2015, la sección de propuestas o aportes para la gestión [40]. Solo los informes del pueblo matsigenka (Perú) [37] y del departamento de Chocó (Colombia) [43] incluyeron información sobre la cosmovisión local de la salud, los signos y síndromes construidos culturalmente, la percepción de la población sobre sus problemas, además de presentar los patrones de mortalidad y morbilidad por sexo, residencia y ciclo de vida.

La revisión de publicaciones originales sobre ASIS hechas a nivel local en países de la región muestra variantes en la implementación, en razón del contexto y de los objetivos de cada caso. De los diez artículos seleccionados, el 30 % de esos ASIS se realizó en Colombia [48-50], el 20 % en México [51,52], y el resto en Perú [53], Cuba [54], Argentina [55], Brasil [56] y Honduras [57]. Predominan los ASIS en población general, aunque cuatro de las investigaciones se enfocaron a un grupo poblacional específico (infantil, usuarios de una unidad médica, pacientes con una patología en particular). La mayoría de estos ASIS fueron llevados a cabo por personal de universidades y departamentos centrales de salud, investigadores ajenos a la comunidad y a las unidades de salud local; en cuatro estudios participaron equipos de estudiantes de pre o posgrado, como parte de su formación en la práctica [48,51,52,56].

El 80 % de los estudios son señalados como descriptivos, observacionales y transversales [48-54,57], lo que coincide con la presentación cuantitativa de sus resultados. El ASIS argentino [55] siguió el método de análisis rápido y planificación participativa, y el brasileño [56], la metodología de la Universidad de Mato Grosso del Sur. En todos los casos se utilizó encuesta familiar y el 60 % lo complementó con entrevistas cualitativas a informantes claves, grupos de discusión, asambleas comunitarias, observación etnográfica o investigación documental [50,52,53,55,57]. Cinco estudios realizaron muestreo probabilístico [48,50,52,54,55] uno implementó un censo [51] y en tres casos no se precisa esta información muestral [49,56,57].

Los elementos explorados en la situación de salud corresponden a los componentes básicos descritos por los modelos de ASIS: factores demográficos, socioeconómicos, daños a la salud, y servicios sociales y de salud. Los reportes presentan análisis de información por grupos de edad y en algunos casos por sexo [50,51,57], pero ninguno de los estudios analiza las desigualdades por algún estratificador social como el género, la posición social o la distribución territorial. No se identificó trabajo intersectorial en alguna de las publicaciones; la participación de la comunidad fue principalmente como informante, y solo dos [55,56] de estos diez estudios re-

portan la priorización de necesidades y la generación de propuestas con representantes de la comunidad.

Discusión

Las descripciones que los organismos y especialistas académicos hacen de los ASIS permiten distinguir tres niveles de definición de estos:

1. En el plano de la estructura organizacional, como una función esencial del sistema sanitario centrada en el monitoreo, la vigilancia y el control de la salud poblacional [2].
2. En el plano estratégico, como un proceso para la generación de información científica, actualizada y útil para la gestión y la planificación de las acciones en salud [4].
3. En el plano operativo, como una investigación socioepidemiológica compleja, que permite, a los profesionales de los diversos niveles sanitarios, evaluar las necesidades de salud de la población atendida [4,21].

De estas tres visiones, es la segunda la que en su mayoría suscriben las guías gubernamentales para la implementación de los ASIS, y aunque esas guías pugnan por fortalecer las capacidades técnicas de los equipos de salud para la realización de estos estudios, no se encontraron publicaciones que mostraran la conducción de este proceso por parte de las unidades de salud locales.

En guías e informes de ASIS gubernamentales predomina un modelo de estudio sectorial, epidemiológico, de nivel estatal o departamental, basado en censos y registros administrativos, sin uso de métodos cualitativos que ayuden a la comprensión de las situaciones de salud. Persiste, en ellos, la noción negativa de “situación de salud”, perfilada a partir de patologías, déficits e indicadores del daño y el riesgo, más que de bienestar y factores protectores; no se ha logrado incorporar lo que, en nuestra opinión, es una urgente necesidad conceptual y metodológica en estos estudios, el enfoque salutogénico [58] y de activos en salud [59], para generar indicadores de salud positiva, bienestar, calidad de vida y capital social, y así posicionar dimensiones no patológicas del proceso salud/enfermedad, dentro de los ejercicios de monitoreo y análisis, que permitan, a las unidades sanitarias, contar con información útil para la construcción de acciones de promoción de la salud y de fortalecimiento de las capacidades de autoatención de las poblaciones.

El propósito institucional de instalar los ASIS como estrategias recurrentes y efectivas en la gestión y la planificación de las acciones de salud, en todos los niveles de atención —con especial énfasis en el local—, enfrenta importantes dificultades conceptuales y operativas. En un plano teórico-metodológico, falta articular la conceptualización social del proceso salud/enfermedad, con el

diseño de nuevos indicadores y mecanismos de análisis epidemiológico e interseccional, que permita reconocer y comprender la compleja interacción de los determinantes sociales de la salud [60]; por ejemplo, explicar la acción del sistema de género (en intersección con otros determinantes, como la etnia o la posición social) en la construcción de brechas de desigualdad, y gradientes en la expresión de la situación de salud y condiciones de vida de personas y grupos específicos dentro de una misma población [61,62]. Como muestra de esto, ninguno de los informes gubernamentales o reportes de investigación original refirió un análisis de las necesidades de salud a partir de los roles sociales del género; tampoco presentaron brechas de género en indicadores sociales o epidemiológicos, e incluso tienden a confundir la incorporación de este enfoque con la desagregación por sexo de los datos demográficos o epidemiológicos. Solo algunos evidenciaron resultados diferenciados por sexo [37,43,50,51,57].

Otras dificultades que los países enfrentan para consolidar los ASIS radican en la misma instrumentación, pues se observa, en los documentos revisados, mínima colaboración entre unidades o equipos de salud de los niveles locales y departamentales, lo que coincide con lo encontrado por otros estudios [6]. Los ASIS realizados por ministerios de salud se basan en fuentes documentales oficiales y no incluyen exploración de fuentes primarias en comunidad, lo que elimina la posibilidad de incorporar la participación comunitaria o la perspectiva intersectorial; esta solo se observó en estudios efectuados con fines académicos [52,56]. Se infiere que estas limitaciones operativas deben tener implicaciones directas en la utilidad del proceso para la generación de decisiones y propuestas de acción socialmente pertinentes y acordes con la naturaleza compleja del origen de las necesidades sanitarias.

El estudio tuvo dos limitaciones, relacionadas con el acceso a los documentos: 1) la búsqueda en revistas indizadas deja fuera la producción académica y gubernamental que no se publica (literatura gris) o que solo accede a revistas de alcance local; 2) la restricción del período de publicación pudo afectar la inclusión de trabajos realizados en la década de los noventa, que procuraban trascender el análisis descriptivo de la morbilidad e incorporaban la participación social.

Conclusiones

En las últimas tres décadas, el ASIS ha sido postulado como una función básica del sistema sanitario, como una modalidad de investigación aplicada y como una herramienta para la planificación estratégica de la tarea en salud. En un sentido histórico, la conceptualización

del ASIS es resultado de la evolución de los primeros diagnósticos de salud poblacional —de orientación biomédica y funcionalidad esencialmente clínico/administrativa—, hacia una forma de investigación socioepidemiológica que pretende analizar, de manera integrada, la salud de la población, sus condiciones de vida y los procesos sociales que la determinan.

En el nivel teórico, el ASIS ha incorporado, como perspectiva analítica, el enfoque de determinantes sociales y las inequidades en salud, y como orientación metodológica, la gestión de la participación de integrantes de la sociedad en todo el proceso de recuperación y análisis de la información, priorización de problemáticas, y definición e implementación de planes de acción; sin embargo, estas visiones, sostenidas por especialistas y organismos de salud, no se concretan en los ASIS recuperados, provenientes de diez países de América Latina y el Caribe, durante el período 2010 a 2017.

En este sentido, los sistemas sanitarios enfrentan *desafíos* para lograr la implementación efectiva del ASIS como herramienta de monitoreo, análisis y comprensión de las tendencias y diferenciales de la salud/enfermedad de los grupos poblacionales. Un primer desafío es trascender en el enfoque, en el diseño y en la práctica la noción patológica y sectorial de la salud, para que el análisis deje de ser visto solo como la identificación de patologías de mayor prevalencia y sus factores de riesgo y, en consecuencia, como responsabilidad exclusiva del sector sanitario.

Un segundo desafío es concretar metodologías para el análisis integral de la salud, de sus determinantes y su expresión diferencial por razones como el género, la etnia, la posición social o la ubicación territorial. Esto se relaciona con la necesidad de proponer nuevos indicadores de salud positiva, así como indicadores de desigualdades e inequidades en salud. También requerirá implementar técnicas etnográficas y aplicar métodos de análisis interseccional y multinivel, que contribuyan, en conjunto, a superar el carácter lineal y descriptivo de los estudios tradicionales de salud poblacional.

En tercer lugar, aunque no menos importante, se ubica el desafío de desarrollar las capacidades teóricas, metodológicas y actitudinales del personal de salud, especialmente de quienes participan en el primer nivel de atención, para que el uso de esta herramienta sea una medida indispensable en la planificación de sus acciones, y en su trabajo coordinado con la comunidad y con otros sectores de la acción institucional.

Conflictos de interés

La autora declara no tener conflictos de interés en la preparación y en lo expuesto en el artículo.

Financiación

Este trabajo fue realizado con recursos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, México.

Declaración de responsabilidad

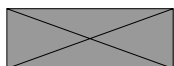
Se declara que los puntos de vista expresados son responsabilidad de la autora y no de la institución en la que trabaja.

Referencias

1. Feo O. La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [internet]. 2004 [citado 2017 oct. 3]; 22(9):61-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12021907.pdf>
2. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra C, Hanna W, Larriou M *et al.* Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Rev. Panam. Salud Pública* [internet]. 2000 [citado 2017 oct. 6]; 8(1/2):126-34. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>
3. Rodrigues-Júnior AL. A inteligência epidemiológica como modelo de organização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2012 [citado 2018 oct. 16]; 17(3):797-805. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300027
4. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico* [internet]. 1999 [citado 2017 oct. 3]; 20(3):1-3. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31849/BE_v20n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Palma-Pinedo H. El análisis de situación de salud regional: una contribución para la identificación de los determinantes sociales de la salud. *Rev. Peru. Epidemiol.* [internet]. 2014 [citado 2017 oct. 7]; 18(1):1-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677008.pdf>
6. Escobar-Díaz F, Castillo-Santana P, Rodríguez-Salazar N, Quintero-Cabezas C, Castañeda-Orjuela C. Experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del análisis de situación de salud, Colombia 2016. *Rev. Salud Pública*. [internet]. 2017 [citado 2018 may. 24]; 19(3):368-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42254536012>
7. Martínez S. Calidad del proceso de enseñanza del análisis de situación de salud en la carrera de Medicina. *Rev. Haban. de Cienc. Méd.* [internet]. 2013 [citado 2017 oct. 6]; 12(2):237-48. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_12_2_13/rhc11213.htm
8. Mota M, Magallón J, Barajas F, Luzania M. Sistematización de la cédula de microdiagnóstico para facilitar la elaboración del diagnóstico de salud comunitario. *UniverSalud*. [internet]. 2016 [citado 2018 ago. 21]; 12(24):17-24. Disponible en: <https://www.uv.mx/msp/files/2014/04/UniverSalud-24.pdf>
9. López-Moreno S, Garrido-Latorre F, Hernández-Ávila M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Púb. Mex.* [internet]. 2000 [citado 2017 oct. 26]; 42(2):133-43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642210>
10. García R, Ballbé A, Iglesia N. El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. *Educ. Méd. Super.* [internet]. 2015 [citado 2017 oct. 8]; 29(3):660-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v29n3/ems23315.pdf>
11. Morris JN. Uses of epidemiology. *Br. Med J*; 1955:395-401. Reprinted *Int J Epidemiol.* [internet]. 2007 [citado 2018 ago. 23]; 36(6):1165-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1980523/pdf/brmedj03220-0009.pdf>
12. Martínez S. Cap. I. Teoría y práctica. En: *Análisis de situación de salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. pp. 3-14.
13. Dever GE. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Maryland: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 1991.
14. Hilleboe H, Barkhuus A, Thomas W. *Métodos de planificación sanitaria nacional*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud; 1973.
15. Organización Panamericana de la Salud (ops). Análisis de la situación de salud y sus tendencias en las Américas por subregión, 1980-1998. *Boletín Epidemiológico* [internet]. 1999 [citado 2017 oct. 3]; 20(1):2-10. Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/Epidemiologico/BE_v20n1.pdf
16. Organización Mundial de la Salud (oms). Declaración Atención primaria de salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
17. Martínez S. Renovación del análisis de situación de salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. *Rev. Cub. Salud Pública* [internet]. 2013 [citado 2017 oct. 8]; 39(4):752-62. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n4/spu11413.pdf>
18. Breihl J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. [internet]. 2013 [citado 2017 oct. 15]; 31(Supl 1):S13-S27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028727002.pdf>
19. Astraín ME. Cap. VII Situación de salud según condiciones de vida. En: *Análisis de situación de salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. pp. 85-104.
20. Organización Panamericana de la Salud. Noticias. Creación del Programa Especial de Análisis de Salud (SHA). *Boletín Epidemiológico* [internet]. 1999 [citado 2017 oct. 16]; 20(1):15-16. Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/Epidemiologico/BE_v20n1.pdf
21. Bergonzoli G. Sala situacional. Instrumento para la vigilancia de salud pública. Guatemala: Instituto de Altos Estudios de Salud Pública; 2006. Disponible en: https://www.paho.org/ven/index.php?option=com_docman&view=download&alias=85-sala-situacional-instrumento-para-la-vigilancia-de-salud-publica&category_slug=sala-de-situacion&Itemid=466
22. Presno M, Fernández I, Cuesta L. Análisis de la situación de salud con enfoque de género. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* [internet]. 2014 [citado 2017 oct. 20]; 30(2):235-41. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n2/mgi09214.pdf>
23. Méndez T, Heredia H. Evolución internacional y nacional de las salas situacionales en salud. *Comunidad y Salud*. [internet]. 2012; 10(1):56-68. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/cs/v10n1/art08.pdf>
24. Dávila F, Gómez W, Hernández T. Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados. *Rev. Cub. Salud Pública* [internet]. 2009 [citado 2017 oct. 20]; 35(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21418513016>

25. Oyola A. Metodología para el análisis de situación de salud local. Documento técnico. Lima, Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2015. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3399.pdf>
26. De Vos P, Malaise G, De Ceukelaire W, Pérez D, Lefevre P, Van der Stuyft P. Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. *Medicina Social* [internet]. 2009 [citado 2017 oct. 21]; 4(2):127-34. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/314>
27. Castell-Florit P. La intersectorialidad en la práctica social [internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. [citado 2017 oct. 19]. Disponible en: <http://www.ensap.sld.cu/sites/default/files/ carpetas/2016/Pastor/Castell%20Florit-serrate,%20Pastor.%20Intersectorialidad%20en%20la%20Pr%C3%A1ctica%20Social.pdf>
28. Díaz Z, Presno M. Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* [internet]. 2013 [citado 2017 oct. 20]; 29(2):228-33. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262707231_Enfoque_de_genero_en_el_analisis_de_la_situacion_de_salud_desde_la_perspectiva_de_las_determinantes_sociales_de_salud
29. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes e inequidades en salud. En: *Salud en las Américas* [internet]. Washington: OPS; 2012 [citado 2018 may. 18]. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58:health-determinants-and-inequalities&Itemid=165&lang=es
30. Ecuador, Ministerio de Salud. Instructivo para la elaboración del análisis situacional integral de salud. Diagnóstico situacional. Metodología de trabajo [internet]. Quito: Ministerio de Salud; 2014 [citado 2018 may. 16]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/AN%C3%81LISIS%20SITUACIONAL%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20FINAL.pdf>
31. Perú, Ministerio de Salud. Metodología para el análisis de situación de salud local. Documento técnico [internet]. Lima; 2011. [citado 2017 oct. 17]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1709.pdf>
32. Perú, Ministerio de Salud. Metodología para el análisis de situación de salud local. Documento técnico [internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2015 [citado 2018 ago. 23]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3399.pdf>
33. Vicuña M. Guía metodológica para el análisis de situación de salud. República Dominicana: Ministerio de Salud Pública; 2013.
34. Añez E, Dávila F, Gómez W, Hernández T, Reyes I, Talavera J. Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud. Maracay: Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"; 2010.
35. Colombia, Ministerio de Salud y protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales. 2.ª ed. [internet]. Bogotá: Minsalud; 2014 [citado 2018 may. 16]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>
36. Panamá, Ministerio de Salud. Guía para el análisis de situación de salud. Macro visión de salud [internet]. s. c.: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud; 2014 [citado 2018 may. 16]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/guiaanalissituacionsalud.pdf>
37. Ormaeche M, Barclay F, García P, Grajeda P. Análisis de situación de salud del pueblo matsigenka [internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2006 [citado 2018 may. 16]. Disponible en: <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Analisis-desituaciondesaluddelpuebloMatsigenka.pdf>
38. Baca-Herreros JG *et al.* Análisis de la situación de salud. Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar [internet]. Sicuani, Perú: Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar; 2008 [citado 2018 ago. 23]. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/asis_cce/asis%20cce%202008.pdf
39. Dirección de Salud IV Lima Este, Oficina de Epidemiología. Análisis de situación de salud 2011 [internet]. Lima: s. ed.; 2011 [citado 2018 may. 18]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_lima_este.pdf
40. Dirección Regional de Salud del Callao. Situación de salud región Callao 2012. Callao: s. ed.; 2013.
41. Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Dirección de Red de Salud Villa El Salvador-Lurin-Pachacamac-Pucusana. Análisis de la situación de salud. Lima: Ministerio de Salud; 2015.
42. Gobernación de Antioquia, Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia. Análisis de situación de salud. Antioquia 2010 [internet]. Medellín: s. ed.; 2012. [citado 2018 may. 17]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Antioquia-2010.pdf>
43. Gobernación de Chocó, Departamento Administrativo de Salud. Análisis de situación de salud (ASIS). Municipios fronterizos del Departamento de Chocó. Frontera con Panamá. [internet] Departamento Administrativo de Salud y Seguridad Social del Chocó; 2010. [citado 2018 may. 27]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Choco-2010.pdf>
44. Gobernación de la Guajira, Secretaría Departamental de Salud. Análisis de situación de salud (ASIS) del Departamento de La Guajira, 2011 [internet]. Rioacha. s. ed.; 2012. [citado 2018 may. 26]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-LaGuajira-2011.pdf>
45. Secretaría de Salud de Santander. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud [internet]. Municipio de Barrancabermeja: MinSalud; 2014 [citado 2017 oct. 24]. Disponible en: http://web.observatorio.co/publicaciones/Barrancabermeja_dg.pdf
46. Panamá, Ministerio de Salud, Departamento de Planificación. Análisis de situación de salud 2000-2016. Región Metropolitana de Salud. [internet] Panamá. s. ed.; 2017. [citado 2017 oct. 23]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/asis_de_la_region_metropolitana_de_salud_2000-2016.pdf
47. Secretaría de Salud, Departamento de Epidemiología. Diagnóstico de salud Tlaxcala [internet]. México: Secretaría de Salud; 2014. [citado 2018 may. 17]. Disponible en: https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2016/04/diagnostico-de-salud-del-estado-de-tlaxcala_2014_regiones_2.pdf
48. Ríos L, Álvarez A, Escobar J, Corrales D, Escobar M. Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, municipio de Santander de Quilichao, departamento del Cauca, Colombia, 1999-2000. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [internet]. 2002 [citado 2018 may. 26]; 20(2):35-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12020204.pdf>
49. Ramírez M, López M, Gavira D. Diagnóstico participativo de salud en usuarios de un programa de hipertensión arterial. *Invest. Educ. Enferm.* [internet]. 2006 [citado 2018 may. 24]; XXIV(1):16-25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215400011>

50. Hernández A, Gutiérrez M. Vulnerabilidad y exclusión: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá-Colombia, 2005. *Rev. Gerenc. Polít. Salud* [internet]. 2008 [citado 2018 may. 24]; 7(14):145-76. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/545/Resumenes/Resumen_54571407_1.pdf
51. Ponce M, Díaz B, Sánchez B, Garrido M, Lara T, León A de *et al.* Diagnóstico comunitario de la situación de salud de una población urbano marginada. *Vertientes* [internet]. 2005 [citado 2018 may. 25]; 8(1-2):31-40. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/32947/30197>
52. Arenas-Monreal L, Cortez-Lugo M, Parada-Toro I, Pacheco-Magaña L, Magaña-Valladares L. Diagnóstico de salud poblacional con enfoque de ecosalud. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2015 [citado 2018 may. 16]; 49:78. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/es_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005842.pdf
53. Tarqui-Mamani C, Vargas-Herrera J, Terreros-Martínez E, Torres W. Aproximación a la situación de salud de tres comunidades asháninkas de los ríos Tambo y Ene. *Rev Peru. Med. Exp. Salud Pública* [internet]. 2006 [citado 2018 may. 16]; 26(1):49-53. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n1/a10v26n1>
54. Ochoa D. Situación de salud bucal de 20 familias pertenecientes al Policlínico Docente Plaza 2014. *Rev. Haban. Cienc. Méd.* [internet]. 2016 [citado 2017 oct. 22]; 15(3):451-61. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n3/rhcm14316.pdf>
55. Weisbrot M, Segalini A, Burdisso N, Herrera A, Grande M, Rezzonico M. Análisis de situación integral de salud (ASIS) de la comunidad del barrio Santa María, Bajo Boulogne, partido de San Isidro. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires* [internet]. 2016 [citado 2018 may. 20]; 36(4):136-42. Disponible en: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/11637_ASIS_PDF.pdf
56. Zayas M, Alves A, Barbosa S, Magalhaes C. Implementación del análisis de la situación de salud en una unidad básica sanitaria de Brasil. *Medisan* [internet]. 2016 [citado 2018 may. 23]; 20(10):4091-5000. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
57. Reyes S, Zambrano L, Sánchez C, Sevilla C, Sierra E, Colindres J y cols. Análisis de situación de salud en la comunidad de La Cali, Santa Ana, Francisco Morazán. *Rev. Fac. Cienc. Méd.* [internet]. 2014 [citado 2018 may. 24]; 20-26. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281938167_ANALISIS_DE_SITUACION_DE_SALUD_EN_LA_COMUNIDAD_DE_LA_CALISANTA_ANA_FRANCISCO_MORAZAN
58. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev. Esp. Salud Pública* [internet]. 2011 [citado 2017 oct. 10]; 85(2):129-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/02_colaboracion1.pdf
59. Hernán M, Morgan A, Mena A, editores. Formación en salutogénesis y activos para la salud. *Escuela Andaluza de Salud Pública* [internet]. 2013 [citado 2017 oct. 10]. Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
60. Richardson LJ, Brown TH. (En)gendering racial disparities in health trajectories: A life course and intersectional analysis. *SSM Population Health* [internet]. 2016 [citado 2018 ago. 20]; 2:425-435. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.04.011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240637/pdf/main.pdf>
61. Colomer C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Editorial. *Rev. Esp. Salud Pública* [internet]. 2007 [citado 2018 ago. 23]; 81(2):91-93. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v81n2/editorial.pdf>
62. McCarthy L, Milne E, Waite N, Cooke M, Cook K, Chang F, *et al.* Sex and gender-based analysis in pharmacy practice research: A scoping review. *Res. Social Adm. Pharm.* [internet]. 2017 [citado 2018 ago. 18]; 13(6):1045-54. Disponible en: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S1551741116303394?via%3Dihub>



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
 Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>