

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

# EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN SALUD MATERNO-INFANTIL: GUÍA METODOLÓGICA Situational Diagnosis in Maternal and Child Health. Methodological Guide

Juan Matzumura Kasano,<sup>1</sup> Ronald Ayala Mendivil<sup>2</sup>,  
Gisella Aguilar Zavala,<sup>3</sup> Hugo Gutiérrez Crespo<sup>4</sup>

### **RESUMEN**

*Un elemento fundamental para la elaboración del Plan Estratégico Institucional es la realización de un adecuado diagnóstico situacional en salud. Este es un proceso que se realiza con la participación de la comunidad y permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, con el fin de identificar necesidades y prioridades en salud. El diagnóstico se realiza considerando tres momentos: análisis de la demanda, análisis de la oferta y el análisis FODA. Luego se establece una matriz de problemas prioritarios, a fin de determinar los problemas más álgidos de la comunidad. A partir de ello se plantean los objetivos estratégicos del Plan Local, que responden a la búsqueda de soluciones a los problemas priorizados. Se recomienda aplicar estos elementos como herramientas básicas para realizar un diagnóstico situacional que nos permita solucionar los principales problemas de salud de la comunidad y específicamente los de salud materno infantil.*

**Palabras clave:** diagnóstico de la situación en salud.

### **ABSTRACT**

*A key element for the development of the Strategic Institutional Plan is the achievement of an appropriated situational diagnosis in health. This is a process that is done with the participation of the community and allows us to characterize, measure and explain the health and illness profile of a population, with the aim to identify necessities and priorities in health. The diagnosis is done considering three moments: analysis of the demand, analysis of the supply and the SWOT analysis. After, it is established a matrix of priority issues with the aim to determine the most important problems of the community. From this are raised the strategic objectives of the Local Plan, that respond to the search for solutions to prioritized problems. It is recommended to apply these elements as basic tools to make a situational diagnosis that will show the solution to the main health problems in the community and specifically to the maternal and child health ones.*

**Palabras clave:** Diagnosis of Health Situation.

## INTRODUCCIÓN

En los servicios de salud actualmente existe la tendencia a determinar las actividades que se desean ejecutar a futuro y planificar con antelación la forma en que se pueden concatenar los recursos logísticos, económicos y humanos con la distribución requerida. Se parte de las necesidades y expectativas de la demanda, de la realidad regional y se la contrasta con la oferta local en los establecimientos de salud de

los diferentes niveles de complejidad. Para ello se elabora el documento en el que se plasma dicha proyección, constituyéndose el Plan Estratégico y el Plan Operativo Institucional. Un elemento fundamental para la elaboración de ambos planes es la realización de un adecuado diagnóstico situacional en salud.

## I. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD

Es un proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, con

- 1 Doctor en Medicina. Profesor Asociado de la Universidad de San Martín de Porres.
- 2 Médico Salubrista. Profesor Auxiliar de la UNMSM y Universidad Privada "Norbert Wiener".
- 3 Médico Jefe del Centro de Salud "José Boterín" – DISA I CALLAO
4. Licenciado en Obstetricia. Policlínico Peruano Japonés. Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia.

el fin de *identificar necesidades y prioridades en salud*, las cuales son de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias.

También permite la identificación y caracterización de los *diferentes estratos poblacionales* según sus condiciones de vida, así como de sus riesgos, y por lo tanto focalizar las acciones de salud sobre los grupos más vulnerables de la población. Por lo tanto, es una herramienta para el gobierno y la gestión sanitaria.

El diagnóstico o análisis de la situación de salud - A.S.I.S. se realiza para:

- identificar necesidades en salud.
- identificar factores condicionantes susceptibles de ser intervenidos.
- como identificación de las prioridades en salud permite luego orientar la planificación, la asignación de recursos y el presupuesto.

Se realiza considerando tres momentos:

- 1) **Análisis de la demanda:** la cual comprende el análisis de los registros de morbi-mortalidad e información demográfica, recolectada del establecimiento de salud, el censo comunitario y las visitas domiciliarias.

Es necesario determinar las necesidades reales de la demanda, aplicándose para ello la metodología del recojo de información a través de encuestas de enfoque de riesgo.

#### A) Censo comunitario:

Se ejecutará el censo comunitario de la zona seleccionada en coordinación con el establecimiento de salud. Se aplicará la *encuesta de hogares* a toda la jurisdicción seleccionada. Se elaborará el mapa de sectorización de familias con riesgos, debiendo ejecutarse el análisis de la situación de salud y la identificación de las prioridades de las intervenciones de salud. Se realizará en una o más fechas de acuerdo con los requerimientos en coordinación con el establecimiento de salud y las organizaciones sociales de base (OSB) participantes.

Luego, se realizará la sectorización, la cual debe demarcar los límites por conglomerados, según manzanas, cuadras, blocks, etc. de la comunidad elegida. Posteriormente se distribuirá al personal de salud y al personal de las organizaciones sociales de base para el trabajo comunitario en conjunto, quienes serán responsables de la realización del censo comunitario y de las visitas domiciliarias posteriores.

#### Instrucciones para la encuesta:

- Ser preciso y neutral al solicitar y registrar las respuestas.
- Escribir las respuestas en forma legible y completa.
- No presionar al encuestado ni tampoco sugerirle las respuestas.
- Estar preparado, conocer los instrumentos de recopilación de información.
- Repetir una pregunta si el encuestado no la comprende.
- Tratar de no parecer superior, ni más inteligente.
- No ser impaciente frente a personas que física o mentalmente se hallan incapacitadas para hacerlo, por problemas de salud u otros.
- No compartir la información obtenida con otros, guardar confidencialidad.
- Al iniciar la encuesta presentarse correctamente y al terminar agradecer la colaboración y despedirse de manera cortés.

Se confeccionará una base de datos con la información recogida, en los paquetes estadísticos Excel, SPSS, etc., de la cual puedan obtenerse tablas y gráficos que ilustren cada una de las variables recogidas en la encuesta. Luego se procede a la interpretación de los resultados mediante discusión grupal, haciendo una descripción breve de cada hallazgo, resaltando los problemas más álgidos detectados en la aplicación de la encuesta. Se

enunciarán las conclusiones pertinentes luego del análisis realizado. Se procederá a seleccionar las familias de más alto riesgo que puedan ser visitadas por el personal de salud, usando tarjetas de actividades familiares (TAF) diseñadas para tal fin.

## B) La visita domiciliaria (VD)

### B.1. Definición y objetivos:

Se puede definir como una estrategia, un instrumento o una acción.

- Como **ESTRATEGIA**, el ámbito que ocupa es el de diagnóstico e intervención del trabajo extramural en aquellas familias que por su condición de alto riesgo no acceden a los servicios de salud, permitiéndonos brindarle un servicio preferencial a poblaciones en riesgo. Considera a la familia como una unidad básica en la sociedad en los diferentes escenarios sociales, políticos, epidemiológicos y geográficos de nuestro país.
- Como **INSTRUMENTO**, facilita la accesibilidad de nuestros servicios de salud, aumenta la cobertura y hace sostenibles las acciones de salud en una localización geográfica determinada, permitiendo disminuir inequidades en salud y captar y/o seguir a los usuarios de un servicio de salud.
- Como **ACCIÓN**, se desarrolla fundamentalmente a nivel de la promoción y prevención que realiza el personal de salud en el domicilio familiar, no dejando por ello de accionar a nivel de la recuperación y rehabilitación de las familias en alto riesgo.

### Objetivo general de las visitas domiciliarias:

Lograr **FAMILIAS** que acrediten los criterios para ser consideradas **PROTEGIDAS**.

**Objetivos específicos:** fortalecer el trabajo extramural de los servicios de salud a través de una intervención familiar que brinde un servicio preferencial a las poblaciones en riesgo.

- a) Facilitar el acceso a las familias que por su condición de alto riesgo no acceden a los servicios de salud.
- b) Ampliar la cobertura de atención integral que brinda el establecimiento de salud.
- c) Promover estilos de vida saludables y prevenir complicaciones mayores y sus externalidades una vez ocurridos los daños.
- d) Investigar la situación sanitaria de la familia y su entorno, asegurando la continuidad de las acciones de salud.

### Criterios de selección familiar:

El factor principal de selección familiar es el de ser una familia de alto riesgo.

Otros criterios adicionales son:

- Familias con un integrante que es usuario del establecimiento que necesita seguimiento y/o no acude a la cita.
- Situaciones sanitarias particulares en las que se requiera la presencia del personal de salud en el domicilio familiar.
- Otras áreas prioritarias dependiendo de las características sanitarias locales.

### B.2. Planeamiento de una visita domiciliaria integral:

La etapa de planeamiento comprende:

a) Recojo de Información de familias de alto riesgo a través de: reportes de programas de salud (tuberculosis, desnutrición infantil, EDA, neumonías, adolescentes embarazadas, ETS/SIDA, entre otros), el programa de salud local y la ficha de identificación de familias.

b) Ubicación geográfica de las viviendas con un croquis o mapa de la comunidad para ubicar exactamente a la familia que se va a visitar. De no existir un croquis de la comunidad en el establecimiento de salud se debe confeccionar con ayuda del personal del Centro. En el croquis se debe identificar la ubicación exacta de las organizaciones de base (clubes de madres y vasos de leche, colegios e instituciones más importantes).

c) Establecer un cronograma de visitas domiciliarias, como un instrumento de programación de las visitas domiciliarias a realizar semanalmente. En esta PROGRAMACIÓN de las visitas domiciliarias se debe tener en claro qué familias se visitarán, el tiempo a emplear, los integrantes del equipo que realizarán las visitas.

### B.3. Coordinación de una visita domiciliaria:

- Coordinación previa entre el establecimiento de salud y las autoridades locales para garantizar el desarrollo del censo comunitario y la intervención a través de las visitas domiciliarias, que contribuirán a la elaboración del plan local, que identificará a las familias de alto riesgo. La participación de la comunidad para las acciones de salud es un punto clave con el que se cuenta al trabajar en una comunidad. Su respaldo no sólo nos fortalece sino que nos permite realizar un mejor trabajo cada semana.

- Además, se debe averiguar qué información demográfica y de salud existe en el lugar de trabajo. Verificar si existe un croquis o mapa para sectorizar el trabajo del grupo, o si anteriormente ha sido realizado un “censo comunal” (si no lo hay, se puede plantear la posibilidad de realizar encuestas para un conocimiento de la situación de salud y de las prácticas clave, conjuntamente con el establecimiento de salud y de ser posible el gobierno local o instituciones privadas, como ONG que pueden trabajar en la localidad). Además, es necesario determinar el punto de vista del establecimiento de salud sobre la problemática que ellos priorizan y que servirá de insumo para la discusión de los resultados encontrados en la intervención.

- Preparar materiales, insumos y registros para la visita domiciliaria (VD). Se debe consultar con el personal del establecimiento encargado de realizar las VD si la visita debe ser realizada con mandil blanco o no (el personal nos orientará cómo se estila realizar la VD en la comunidad en la cual vamos a realizar este trabajo extramural). Se puede utilizar el material de AIEPI comunitario para realizar las respectivas acciones de orientación a las familias de alto riesgo. Se recomienda utilizar sólo un registro de apuntes y las hojas/fichas: Tarjeta de Actividades Familiares – T.A.F. de la visita domiciliaria.

### B.4. Ejecución de una visita domiciliaria

#### B.4.1 Primer contacto con la familia

Es una de las etapas más importantes de la VD; es el primer contacto y acercamiento sobre el cual tanto el poblador como el personal de salud quedarán impresionados para el resto de las semanas de trabajo. El personal de salud deberá identificarse ante la familia. Antes de proceder a desarrollar las actividades programadas en la VD se debe tener el consentimiento del responsable de la familia o de quien haga sus veces en ese momento, así como sugerencias relacionadas a temas a ser tratados en las visitas posteriores.

El trato debe ser amable, dispuesto a la orientación y al alivio de la enfermedad que presenta la familia, con una fuerte preparación en la actitud médica ante una persona enferma, su vida privada, sus necesidades y el aspecto humano. Con la familia se debe establecer el mejor horario de visita para las próximas semanas de desarrollo del trabajo programado. Luego de haber hecho contacto con las familias, se evaluarán los resultados cualitativos del diagnóstico familiar de necesidades en salud.

#### **B.4.2 Diagnóstico de necesidades de salud**

Se entiende así al establecer si la familia es controlada, no controlada o protegida y, por tanto, qué actividades se deben realizar con ella para tener una familia protegida.

1) Una familia no controlada es aquella en la que los miembros de la familia no han recibido atención de salud, sobretodo la referida a las actividades

preventivo promocionales o han iniciado el evento de salud pero no han acudido a recibir las atenciones que se les programaron en el centro de salud, por abandono de un tratamiento o un determinado programa a seguir.

2) Una familia controlada es una familia que aún no ha alcanzado los objetivos sanitarios propuestos pero ha comenzado a recibir orientación al respecto.

3) Una familia protegida es la que ha alcanzado los objetivos sanitarios propuestos.

#### **B.4.3 Intervención familiar**

Se visitarán a cada una de las familias designadas, distribuyendo el tiempo con la elaboración del informe preliminar de intervención comunitaria.

#### **B.4.4 Llenado de registros**

Se pueden usar tarjetas de actividades familiares - T.A.F. que debe ser llenada durante las visitas y diseñadas para tal fin.

#### **B.4.5) Término de la visita**

Al terminar la visita debe aprovecharse para realizar algunas preguntas para asegurarse que la familia ha comprendido el mensaje dado; asimismo despedirse, confirmar la hora aproximada y los temas a tratar en la próxima visita. Hay que recordar que se debe respetar la disponibilidad del tiempo de la familia, pues son ellos quienes finalmente dirán la mejor hora para realizar la próxima visita domiciliaria. Se debe regresar al establecimiento de salud para concluir las actividades, verificando el seguimiento de las familias en el

mapa de la comunidad. Se debe reportar algún dato diferente obtenido por nuestra VD a lo reportado por el paciente en los registros del establecimiento de salud.

#### B.5) Evaluación de la visita domiciliaria

La evaluación de la VD se hará al final de la programación realizada, la cual buscará reforzar, modificar o cambiar las estrategias de intervención en las familias de una jurisdicción determinada, analizar los efectos que está alcanzando nuestra intervención y conocer los resultados y logros al final del período de intervención. De preferencia se debe contar con indicadores que nos permitan determinar si la acción se está realizando en óptimas condiciones. Para ello debemos tener tres tipos de indicadores.

Indicadores de la VD:

##### B.5.1 Indicadores de estructura

- Porcentaje de visitas domiciliarias del total de actividades extramurales. En promedio deberían ser, en el establecimiento, aproximadamente un 40%.

##### B.5.2) Indicadores de los procesos que se llevan a cabo en la implementación de la VD institucional:

- Porcentaje de actividades realizadas con el objetivo de buscar la identificación de signos de peligro. Toda visita debe tener como mínimo una actividad tendiente a identificar signos de peligro.
- Porcentaje de actividades realizadas con el objetivo de buscar el conocimiento de factores de protección y las medidas preventivas. Toda visita

debe tener como mínimo una actividad tendiente a buscar el conocimiento de factores de protección y las medidas preventivas.

##### B.5.3 Indicadores de resultado

- Porcentaje de familias protegidas del total de familias asignadas.

#### C) Análisis de los registros de morbi-mortalidad e información demográfica

Se sugiere que se realice la recolección de la información, considerando lo siguiente:

##### C.1. Territorio

###### C.1.1 Aspectos geográficos

Características políticas:

- Ubicación.
- Límites.
- Distritos, localidades, barrios que incluye (sectores).
- Superficie por área urbana, rural, áreas ocupadas.
- Referentes espaciales (microrregionalización u otros si existieran).
- Nombre de la autoridad política de la jurisdicción (alcalde u otros).
- Formas de tenencia de propiedad del suelo (legitimación de las áreas ocupadas).
- *Historia de los barrios, fechas de constitución como tales, formas de ocupación.*

Características físicas:

- Sólo se justifica si el ámbito elegido es alejado de zonas urbanas, como provincias fuera de Lima.
- Topografía.
- Hidrografía.
- Clima y meteorología.
- Temperatura media anual.
- Precipitación pluvial anual.

### C.1.2 Aspectos ambientales

#### Características ecológicas

- Fuentes de contaminación ambiental.
- Riesgos de desastres (factores asociados con la posibilidad de desastres).

#### Infraestructura de saneamiento

- Sistemas de agua rurales y urbanos.
- Porcentaje de viviendas con conexión por red de agua potable.
- Porcentaje de viviendas con conexión a luz eléctrica.
- Disposición de excretas: por alcantarillado, por pozos sépticos.
- Sistemas de recojo de basuras.
- Sistemas de control de alimentos (industrial y de expendio).

### C.1.3 Equipamiento social

#### Características de la infraestructura habitacional

- o *Características de las viviendas: materiales de construcción.*
- o Régimen de tenencia de la vivienda: propia, alquilada, otros.
- o Tipo de habitación: unifamiliar, u otros.

#### Características de la infraestructura cultural

##### *-Agrupaciones y asociaciones culturales, clubes deportivos. Asociaciones juveniles.*

- Presencia de organizaciones sociales de base: clubes de madres, comedores populares, vaso de leche, otros. Grados de centralización y/o representaciones distritales.
- Cines, teatros.
- Parques y centros deportivos.

#### Características de la infraestructura de transporte

##### *-Vías de comunicación (autopistas, carreteras, caminos u otros).*

- Medios de transporte habitual, recorridos, tiempos, medios de transporte público disponibles.

#### Características de la infraestructura educacional

- Establecimientos públicos y privados según tipo de enseñanza (pre-escolares, secundaria, técnica u otros).

## C.2. Población

### C.2.1 Aspectos demográficos

#### Características de la población

- o Población total, (con necesidades básicas satisfechas o insatisfechas, cualquier información que permita tener idea de la población más necesitada, buscando estratificar a la población de acuerdo con las necesidades).
- o Población por área rural y urbana.
- o Población por edad y sexo.

#### C.2.1.2 Estadísticas vitales

- o Natalidad.
- o Mortalidad general por causas.
- o Mortalidad infantil por causas.
- o Mortalidad neonatal por causas.
- o Mortalidad materna.
- o Morbilidad por demanda.

### C.2.2 Aspectos socio económicos

#### Características educacionales

- Porcentaje de analfabetismo.
- o Porcentaje de deserción escolar.

#### C.2.2.2 Características económicas

- o Porcentaje de población ocupada en labores industriales.
- o Porcentaje de población ocupada en actividades económicas terciarias (servicios).

- 
- Tasa de desempleo.
- Tasa de subempleo.
- Trabajo familiar.
- Trabajo no remunerado.
- Trabajo sin vínculo formal con el empleador.

#### C.2.3 Aspectos epidemiológicos

Riesgos de salud (identificando el grupo o conjunto de población de más riesgo)

- Riesgos viales.
- Riesgos domiciliarios.
- Riesgos laborales.
- Violencia familiar y/o social.
- Hábitos o costumbres potencialmente dañinos a la salud.
- Pobreza crítica.

#### C.2.4 Participación social

- Identificación de actores sociales.
- Representaciones formales de los actores (asociaciones, sindicatos y otros).

#### C.2.5 Accesibilidad

- Geográfica: tiempos de demora para llegar al establecimiento.
- Económica: los pobladores pueden sufragar costos de atención.
- Cultural: grados de confianza para acudir al establecimiento.
- Administrativa: los horarios de atención facilitan el acceso a los servicios.

- 2) **Análisis de la oferta:** en la cual se realiza la descripción de la estructura, procesos y productos del establecimiento de servicios de cuidados de atención primaria de salud.

La oferta es la capacidad de respuesta por las instituciones frente a problemas de salud de la comunidad.

#### Gestión de servicios

Funcionamiento de equipos técnicos  
Planificación  
Supervisión y evaluación  
Vigilancia epidemiológica

#### Recursos financieros

Ingresos

#### Recursos humanos

Disponibilidad de recursos humanos.  
Disponibilidad de horas totales por habitante.  
Productividad por establecimiento y por tipo de personas.

#### Recursos logísticos

Materiales e insumos por servicios

#### Infraestructura y equipamiento

Inventario de mobiliario y equipos.

Se sugiere realizar el análisis considerando lo siguiente:

#### 2.1 Infraestructura

- Identificación y ubicación de los mismos.
- Nivel de atención.
- Denominación del establecimiento.
- Localización.

2.2. **Servicios brindados:** especialidades básicas y sub-especialidades, consultas externas, hospitalización, emergencia, atención de partos, funcionamiento de laboratorio, rayos X, farmacia, banco de sangre y otros.

2.3. **Programas desarrollados:** sobretodo los maternos e infantiles.

2.4. **Coberturas poblacionales** por el establecimiento y por programas.

2.5. **Producción por establecimiento:** número de consultas por día, visitas domiciliarias.

2.6 **Sistemas de información:** enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, acciones de control, diagnósticos nutricionales en menores de cinco años.

2.7 **Acciones de promoción de la salud.**

3) **Análisis FODA:** Análisis de las principales fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

El FODA es el acrónimo de las FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES y AMENAZAS.

- FORTALEZA: aspecto positivo del medio interno de la institución.
- OPORTUNIDAD: aspecto positivo del medio externo de la institución.
- DEBILIDAD: aspecto negativo del medio interno de la institución.

- AMENAZA: aspecto negativo del medio externo de la institución. Se utiliza mediante la matriz de consistencia horizontal, la cual será completada utilizando la herramienta llamada lluvia de ideas

Tabla 1: Matriz de consistencia horizontal

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
1º	1º	1º	1º
2º	2º	2º	2º
3º	3º	3º	3º
4º	4º	4º	4º
...	...	...	...

### Matriz FODA

La finalidad de la MATRIZ DE CONSISTENCIA VERTICAL es la definición de estrategias. Para ello, una vez ordenada la matriz de consistencia horizontal, desde la mayor a la menor cualidad, se procede a realizar el cruce de la primera cualidad del INTORNO (FORTALEZA – DEBILIDAD), cada una con la primera cualidad del

ENTORNO (OPORTUNIDAD - AMENAZA), obteniéndose las siguientes estrategias:

- Cruce F-O: Potencialidades *(la estrategia más importante)*.
- Cruce F-A: Riesgos.
- Cruce D-O: Desafíos.
- Cruce D-A: Limitaciones.

Tabla 2: matriz de consistencia vertical

		EXTERNO - ENTORNO	
		OPORTUNIDADES	AMENAZAS
INTERNO - INTORNO	FORTALEZAS	F1O1 ...	F1A1 ...
	DEBILIDADES	POTENCIALIDADES D1O1 ...	RIESGOS D1A1 ...
		DESAFÍOS	LIMITACIONES

Luego de concluida esta etapa, estamos en condiciones de identificar claramente los principales problemas de la comunidad asignada.

**II) IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS PRIORITARIOS**

- Listar los principales problemas de salud de la comunidad, mediante el uso de la técnica *"lluvia de ideas"*, tratando de sintetizar diez problemas principales. Luego, someter dicho listado a la *matriz de identificación*

*prioritaria de problemas*, a fin de obtener los problemas más álgidos de la comunidad. A partir de ello, plantear los objetivos estratégicos del plan local, que respondan a la búsqueda de soluciones a los problemas prioritarios. Se identificará las prioridades sobre la base de los criterios siguientes: (OJO : El puntaje es de 0-4).

Tabla 3: escala de prioridades

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
MAGNITUD <i>Volumen de la población afectada por el problema</i>	▪ LA MAYORÍA (MAS DE 60 %)	4
	▪ LA MITAD (40-60 %)	3
	▪ MENOS DE LA MITAD (20%-40%)	2
	▪ POCOS (5-20%)	1
	▪ MUY POCOS (MENOS DE 5 %)	0
TENDENCIA <i>Comportamiento del problema a través del tiempo</i>	▪ AMPLIAMENTE CRECIENTE	4
	▪ CRECIENTE	3
	▪ INESTABLE	2
	▪ ESTABLE	1
	▪ DECRECIENTE	0
RIESGO <i>Probabilidad de ocasionar daños</i>	▪ MUY ALTO	4
	▪ ALTO	3
	▪ MEDIO	2
	▪ BAJO	1
	▪ NINGUNO	0
CAPACIDAD DE INTERVENCIÓN <i>Posibilidades de la institución y financieras de solucionar los problemas</i>	I. <u>INSTITUCIONAL</u>	
	▪ MUY ALTA	4
	▪ ALTA	3
	▪ MEDIA	2
	▪ BAJA	1
	▪ NINGUNA	0
	II. <u>FINANCIERA</u>	
	▪ BAJO COSTO	4
	▪ MEDIANO COSTO	3
	▪ ALTO COSTO	2
▪ MUY ALTO COSTO	1	
▪ NO EXISTEN RECURSOS	0	
INTERÉS DE LA POBLACIÓN <i>Interés de los pobladores en solucionar el problema</i>	▪ MUY ALTO	4
	▪ ALTO	3
	▪ MEDIO	2
	▪ BAJO	1
	▪ MUY BAJO	0

- Cada problema debe ser sujeto al análisis de los cinco criterios arriba señalados y procederse a asignar un puntaje correspondiente, utilizando la matriz correspondiente. HACER QUE TODOS LOS ACTORES SOCIALES EMITAN SU VOTO. Para la votación, podemos solicitar que en

una tarjeta escriban números de 0 al 4, de tal forma que cuando se solicite hacer la votación, se haga SIMULTÁNEAMENTE en un mismo momento. Luego se procede a sumar y a anotar los resultados. Esto evita el sesgo al momento de la votación, que puede verse influido si se vota uno por uno.

- **Priorizar los problemas:** la resultante de la asignación de valores a cada problema analizado es un orden de prioridad de mayor a menor puntaje, que expresa una mayor a menor importancia. Si los resultados no fueran satisfactorios para el grupo, se puede intentar repetir nuevamente el proceso,

hasta que los problemas que resulten priorizados sean del interés de los participantes. Es también importante tener en cuenta el interés del grupo que prioriza, que expresa el componente subjetivo de la identificación de prioridades; en este caso, este criterio estaría representado por el componente último: interés de la población.

Tabla 4: ejemplo del uso de la matriz de identificación de problemas prioritarios

PROBLEMA	MAGNITUD	TENDENCIA	RIESGO	CRITERIOS		INTERÉS DE LA POBLACIÓN	TOTAL
				CAPACIDAD DE INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL	FINANCIERA		
1. Algunas personas no cuentan con el S.I.S	27	22	30	19	36	9	143
2. Falta de acceso al agua potable	35	32	35	23	7	11	143
3. Prostitución	28	21	27	18	15	10	119
4. Insuficientes actividades preventivas promocionales sobre lactancia materna.	31	29	29	21	24	19	153
5. La población femenina no tiene conocimiento suficiente sobre el cáncer de cuello uterino y no se realiza el PAP	36	27	31	22	35	15	165
6. Alta prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 05 años	32	29	32	24	16	17	150
7. Presencia de drogadicción y alcoholismo	33	30	25	15	19	13	135
8. Apoyo escaso en casos de violencia familiar, psicológica, física.	26	25	26	19	21	19	136
9. Alta prevalencia de la tuberculosis pulmonar	28	22	23	23	23	16	134
10. Trato inadecuado a la usuaria en el área de Obstetricia.	32	29	28	11	36	19	155

Tabla 5: listado de problemas priorizados

1. La población femenina no tiene conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y no se realiza el PAP.
2. Trato inadecuado a la usuaria en el área de Obstetricia.
3. Insuficientes actividades preventivas de promoción sobre lactancia materna.
4. Alta prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años.
5. Algunas personas no cuentan con el SIS.
6. Falta de acceso al agua potable.
7. Apoyo escaso en caso de violencia familiar, psicológica, física.
8. Presencia de drogadicción y alcoholismo.
9. Alta prevalencia de la tuberculosis pulmonar.
10. Prostitución.

## CONCLUSIONES

La metodología descrita permite concatenar los esfuerzos del personal de salud con los de la comunidad organizada, y establecer compromisos mutuos de trabajo en beneficio de la población general. Asimismo, contribuye al proceso de empoderamiento que deben tener los miembros de la comunidad, haciéndolos conductores de su propio destino. Se priorizan diferentes problemas enfocados en la salud de la madre, del niño y de todas las etapas de vida, inclusive los derivados de la gestión de los establecimientos de salud.

Se recomienda desarrollar y aplicar estos elementos como herramientas básicas para realizar un diagnóstico situacional, el cual nos permitirá conducir las acciones que promuevan la solución de los principales problemas de la comunidad en general, con énfasis en salud materno infantil.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ayala R. Plan Local de Salud 2004-2005 del C.S. Puerto Nuevo. Red Bonilla – La Punta. Callao: DISA I Callao; 2005. Ayala R. Plan Local de Salud 2006 de la Microrred C.S. Santa Fe. Red Bonilla – La Punta. Callao: DISA I Callao; 2006.
- 2) Ayala R. Plan Operativo Institucional 2001 del P.S. Alis – Yauyos. Cañete: SBS Cañete-Yauyos, DISA II Lima Sur; 2001. Medina J, Castro J y Col. Guía de Visita Domiciliaria. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
- 3) Medina J, Lobón I, Alarcón M. Plan Operativo Institucional. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud – MINSA. Lima: MINSA; 1998.
- 4) Medina J, Mini E, Castro J, Gutiérrez C, Ayala R. Guía de Prácticas. Curso Salud Comunitaria – UNMSM, Lima: UNMSM; 2003.
- 5) Medina J, Mini E, Castro J, Pastor A, Ayala R. Guía de Prácticas: Plan Operativo Institucional y Visitas domiciliarias Integrales. Curso Salud Comunitaria – UNMSM, Lima: UNMSM; 2004.
- 6) Medina J. y Col. Manual de Salud Comunitaria. UNMSM. Lima. UNMSM; 1999.
- 7) Mendoza P. y Robles L. El Planeamiento Estratégico en Salud. Lima: Facultad de Medicina UNMSM; 2000.
- 8) MINSA - Oficina General de Epidemiología. Programa de Especialización en Epidemiología de campo (PREC). Elementos de Planificación, programación y Gestión local. Primera Edición. Lima: MINSA; 1999.
- 9) MINSA – Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud- UPCH – B.I.D. Curso “Salud Colectiva” – Módulo III: Planificación – Programación. Lima: MINSA; 1996.
- 10) MINSA – Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Elementos complementarios para el Plan Operativo Institucional” Módulos de Gestión N°6. Curso de Gestión en las Redes de Establecimientos y Servicios de Salud. Lima; MINSA; 1999.
- 11) MINSA, Proyecto Salud y Nutrición Básica, University Research Co. U.N.M.S.M. Integración Gerencial. Módulo VIII – Diploma de Gerencia en Servicios de Salud. Lima: MINSA, 2000.

- 14) MINSA, Proyecto Salud y Nutrición Básica, University Research Co., U.N.M.S.M. Planificación y Programación Local con enfoque estratégico. Módulo III – Diploma de Gerencia en Servicios de Salud. Lima: MINSA; 1999.
- 15) MINSA. Guía Metodológica para la implementación de Comunidades Saludables. Lima: MINSA; 2005.
- 16) MINSA. Manual del Agente Comunitario de Salud-AIEPI. Lima: MINSA; 2005.
- 17) MINSA-DGPS. Libro comunal para la sierra (selva): Conociendo y mejorando las condiciones de vida en nuestra comunidad. Lima: MINSA; 2005.
- 18) Motta P. Manual sobre Tendencias Contemporáneas en la Gestión de la Salud. Washington: OPS; 1996.
- 19) Portella J; Hidalgo L; Chávez J. Manual de Planificación Estratégica. Lima: Instituto Materno Perinatal; 1998.
- 20) Región Junín. Plan Regional Concertado de Salud 2005-2012. Huancayo: Gobierno Regional de Junín; 2005.
- 21) U.N.M.S.M. Curso de Gestión en las Redes de Establecimientos y Servicios de Salud. Módulo I: Plan Operativo Institucional. Texto de Apoyo. Lima: UNMSM; 1998.

**Correspondencia electrónica:**  
jmatzumura@yahoo.com

Recepción del artículo: 06/04/08  
Aceptación de artículo: 25/05/08