



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Escobar-Díaz, Fabio A.; Castillo-Santana, Paula T.; Rodríguez-Salazar, Nohora; Quintero-Cabezas, Cindy J.; Castañeda-Orjuela, Carlos A.

Experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del análisis de situación de salud, Colombia 2016

Revista de Salud Pública, vol. 19, núm. 3, junio, 2017, pp. 368-373

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42254536012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del análisis de situación de salud, Colombia 2016

Experiences in construction, dissemination and use of the health situation analysis in Colombia 2016

Fabio A. Escobar-Díaz, Paula T. Castillo-Santana, Nohora Rodríguez-Salazar,
Cindy J. Quintero-Cabezas y Carlos A. Castañeda-Orjuela

Recibido 10 febrero 2016 / Enviado para modificación 12 septiembre 2016 / Aceptado 3 febrero 2017

RESUMEN

F.E.: Sociólogo. M.Sc. Salud Pública Ph.D. (C)
Salud Pública. Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia. fescobar@ins.gov.co

P.C.: Psicóloga. Especialista Epidemiología.
Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia.

pcastillo@ins.gov.co

N.R.: Trabajadora Social. Especialista Gerencia de Proyectos. Epidemióloga de Campo.
Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia.

nrodriguez@ins.gov.co

C.Q.: Socióloga. Observatorio Nacional de Salud - Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia. cjquintero@ins.gov.co

C.C.: MD. M.Sc. Economía. Observatorio Nacional de Salud-Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia. castanedao@ins.gov.co

Objetivo El Análisis de Situación de Salud (ASIS) es una metodología que se encuentra en implementación recientemente en Colombia. Este estudio buscó comprender la experiencia de construcción, divulgación y uso del ASIS para la toma de decisiones en algunas entidades territoriales (ET).

Métodos Entrevistas semiestructuradas a funcionarios de las entidades departamentales de salud; la información fue analizada de acuerdo a un conjunto de categorías establecidas previamente.

Resultados Las ET implementan el ASIS incorporando el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud; sin embargo, las capacidades técnicas, económicas y humanas son desiguales para la elaboración de este tipo de análisis; la participación intersectorial y social aún es débil y los resultados generados todavía no orientan la toma de decisiones a nivel territorial.

Conclusiones La metodología ASIS aspira a posicionarse como uno de los mecanismos oficiales para generar evidencia que oriente las políticas y la toma de decisiones en salud a nivel nacional, regional y local; existen desafíos a nivel económico, institucional y político para su consolidación como estrategia de útil en la planificación en salud. El ASIS es una metodología de gran relevancia para las ET y debe seguir fortaleciéndose su implementación.

Palabras Clave: Funciones esenciales de la salud pública, planificación en salud, sistemas de información en salud, formulación de políticas (*fuente: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective The Health Situation Analysis (ASIS in Spanish) is a methodology that has been implemented recently in Colombia. This study aims at understanding the experience of building, disseminating and using ASIS for decision-making in some territorial entities.

Methods Semistructured interviews were applied to officials of the departmental health entities. The information was analyzed according to a set of categories previously established.

Results The territorial entities implement ASIS by incorporating the Social Determinants of Health approach; however, the technical, economic and human capacities for the elaboration of this type of analysis are not equitable. Intersectoral and social participation is still weak and the results do not guide the decision making at territorial level yet.

Conclusions The ASIS methodology seeks to position itself as one of the official mechanisms to generate evidence that guides health policy and decision making at national, regional and local levels. There are economic, institutional and political challenges for its consolidation as a useful strategy in health planning. ASIS is a methodology of great relevance for the territorial entities and its implementation should be further strengthened.

Key Words: Health information management, health planning, policy making (*source: MeSH, NLM*).

En el contexto de las reformas sanitarias en diferentes países de América Latina a principios de los años noventa surgieron las Funciones Especiales en Salud Pública (FESP) como un conjunto de iniciativas promovidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que expresaban la reemergencia de la salud pública en el continente. Una de las FESP ha sido el monitoreo y el análisis de la situación en salud de la población, a través de la identificación de las tendencias, los determinantes y las desigualdades en salud a nivel de riesgos, daños y acceso a los servicios (1).

De esta forma se incorporaron los Análisis de Situación de Salud (ASIS), definidos como procesos analíticos y sintéticos para caracterizar, medir y explicar el perfil de salud y enfermedad de una población, sus daños y sus determinantes, y que facilitan la identificación de necesidades, prioridades e intervenciones y la evaluación de su impacto (2). La implementación del ASIS en Colombia comenzó desde el nuevo milenio con el fin de establecer y mantener un conocimiento actualizado e integral de la situación de salud (3), expidiéndose diferentes reglamentaciones (4,5) e incorporándose en los planes nacionales de salud pública (6,7). Adicionalmente, se han hecho esfuerzos por centralizar y consolidar los sistemas de información en salud a través del Sistema Integral de la Protección Social (SISPRO), el cual dispone de datos oficiales de gran importancia para desarrollar el ASIS (8).

Teniendo en cuenta el carácter descentralizado del país donde las (ET) como los departamentos, municipios y distritos tienen autonomía política y administrativa, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha elaborado algunas guías conceptuales y metodológicas para su implementación en las ET (9), quienes elaboran sus ASIS cada cuatro años y, además, deben actualizarlos anualmente (10). Además, en estas guías se ha vinculado el enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) como referente en la planeación territorial y las políticas de salud (11). Así, las ET han comenzado a desarrollar esta metodología con base en sus particularidades políticas, económicas, técnicas y humanas. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue comprender cómo ha sido la experiencia de algunas ET departamentales en la construcción, divulgación y uso del ASIS en la toma de decisiones en salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó la metodología de sistematización de experiencias, entendida como un proceso de reflexión sobre la vivencia de una acción o intervención para reconstruirla, comprender su sentido, explicar el saber que se genera y se acumula (12,13). Se realizaron entrevistas semies-

tructuradas, virtuales y presenciales, a los funcionarios responsables de la elaboración del ASIS en las Secretarías Departamentales de Salud (SDS), las cuales son las autoridades gubernamentales del sector en las ET.

Para encontrar heterogeneidad y diversidad frente a estas experiencias territoriales, se tomaron como criterios para la selección de las ET la región a la que pertenecen (Caribe, Centro-Oriente, Pacífico, Eje Cafetero, Centro-Sur y Llanos) y la categoría presupuestal (Especial, 1, 2, 3 y 4), determinada de acuerdo al tamaño poblacional y a sus ingresos económicos (14). Se obtuvo respuesta positiva de diez ET que pertenecían al menos a una de las categorías presupuestales y a una de las regiones colombianas. Siguiendo la legislación colombiana vigente, este estudio no generó riesgo para los participantes, dado que no hubo intervención o modificación de su conducta (15).

Las entrevistas se realizaron entre febrero y abril de 2016; con el consentimiento de los participantes, fueron registradas con grabadora digital, transcritas y analizadas mediante la lectura y codificación de fragmentos textuales de acuerdo a un conjunto de categorías definido por el equipo de investigación, los cuales respondían al objetivo principal de este estudio (Tabla 1). Los fragmentos textuales seleccionados se colocaron en una matriz elaborada en Microsoft Excel®.

Tabla 1. Esquema de categorías de análisis

Categoría	Subcategoría
Construcción	Concepto
	Capacidades
	Participación
	Información
Divulgación	Destinatarios
	Estrategias
Uso	Políticas de salud
	Otras políticas

RESULTADOS

Construcción

Uno de los aspectos más resaltados por las ET ha sido la incorporación de los DSS en el ASIS como una perspectiva que permite entender las causas de los problemas de salud de la población más allá de la perspectiva exclusiva de este sector, incorporando áreas de intervención como la educación, la vivienda o el empleo:

“El ASIS nos da una visión más global de que la salud no es solamente enfermedad (...) o sea que la causa de la enfermedad no está solamente por las condiciones individuales de cada ser sino por el entorno que lo rodea, las condiciones de hacinamiento de pobreza, miseria de niveles de educación, de hacinamiento cosa que nosotros no utilizamos al hacer un perfil epidemiológico” (ET–Región Caribe).

Los Departamentos que participaron en este estudio no cuentan con iguales capacidades y recursos técnicos, humanos y económicos para la elaboración del ASIS. La falta de personas con la formación adecuada para este tipo de procesos es un problema que afecta su construcción, ya que las autoridades departamentales no tienen presupuesto suficiente para contratar personas dedicadas exclusivamente al ASIS. Además el grupo responsable de su elaboración debe apoyar la elaboración del mismo en los municipios lo que se suma a la carga laboral existente:

"nosotros no tenemos un profesional exclusivo para la elaboración de ASIS, lo que la Secretaría de Salud tiene es el epidemiólogo que en este caso soy yo que dentro de mis funciones está actualizar el ASIS departamental, adicionalmente se contrataron unos profesionales universitarios del área de la salud para los municipios, además de que tienen que actualizar los ASIS de cada municipio y apoyan otros procesos de vigilancia" (ET- Región Llanos).

Algunas de las ET expresan la falta de articulación en la construcción del ASIS entre los municipios y departamento al que pertenecen, debido a que las capacidades a nivel local son aún más débiles:

"Se construyó primero el ASIS departamental y debería ser la sumatoria de todos los análisis sub regionales y del departamento, pero se hizo inverso, por qué se hizo al inverso, porque el departamento tenía que hacer su documento como tal y el proceso de los municipios fue un proceso muy lento, muy lento, entonces el departamento no podía sentarse a esperar toda la documentación del ASIS para poder hacer el del departamento, es muy difícil la capacidad instalada en los municipios hace que se dificulte muchísimo sobre todo la parte del análisis" (ET- Región Eje Cafetero).

La participación de otros sectores en algunos casos se ha limitado a proveer información. En este sentido, los departamentos manifestaron la importancia de contar con escenarios intersectoriales que promuevan la vinculación de otras instituciones en la construcción del ASIS, como por ejemplo, las empresas aseguradoras o los prestadores de servicios, lo que contribuiría a armonizar los análisis de salud que éstas realizan con los ASIS de las ET:

"...así como se hizo el Plan Decenal de Salud Pública se hace en los planes de salud y todo eso, el ASIS debería ser tener un momento que sea concertación con actores y si estamos hablando de actores sectoriales tendría que incluirse las EPS (Entidades Promotoras de Salud), las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) públicas y privadas" (ET- Región Centro Oriente).

Con el propósito de facilitar el acceso al SISPRO, el MSPS envía por correo electrónico los hipervínculos a las ET para que consulten los datos almacenados en este sistema,

información que les permite realizar los análisis en esta metodología. No obstante, aún se presentan dificultades como la falta de oportunidad para acceder a los datos, el subregistro y la desactualización de los mismos o la escasa desagregación a nivel municipal, especialmente para la información indispensable en el análisis de los DSS. Aunque las autoridades departamentales reconocen la importancia de una metodología estandarizada a nivel nacional para analizar la situación de salud, algunas ET lamentan la exclusión de fuentes locales de información en el SISPRO que podrían brindar un panorama más detallado y actualizado de la situación de salud en sus territorios:

"hay una gran limitación (...) y es en cuanto a las fuentes de información, el Ministerio estandarizó tanto todo que lo que se puede usar es el SISPRO y el SISPRO no contiene la información que ha sido validada por las ET " (ET- Región Centro Oriente).

Junto con las debilidades propias de las fuentes de información establecidas para la construcción del ASIS, se resalta la ausencia de análisis geográficos y cualitativos con metodologías que promuevan la participación de la comunidad, éstas últimas con mayor potencial para brindar una mirada más cercana a las realidades locales, por considerar que es la comunidad misma, quien mejor conoce su situación de salud:

"no logra profundizar y estandarizar el análisis cualitativo y espacial, esenciales para la identificación de desigualdades en salud, la priorización de problemas, el direccionamiento de planes sectoriales, la coordinación intersectorial y transectorial, y la formulación de políticas públicas" (ET-Centro Oriente).

"ese sí tenía morbilidad y mortalidad sentida que se trabajaba con la comunidad y sí es muy buena, o sea te lanza datos que sirven mucho porque es lo que siente la comunidad, lo que la comunidad quiere, considera como problema, lo que dice la compañera que de pronto no es lo que los datos te lanzan como tal" (ET-Centro Oriente).

Divulgación

Los resultados de los ASIS son difundidos principalmente dentro de las SDS. Se usan algunas estrategias de divulgación como eventos de lanzamiento oficial del informe de sus resultados, su publicación en sala situacional o conferencias con la participación de sectores del ámbito gubernamental y comunitario:

"...se ha hecho mucha gestión en relación al documento (informe ASIS) y hemos tenido también espacios comunitarios, el departamento cuenta con una red de notificación comunitaria de COVECOM [Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria] y pues obviamente a ellos también se ha llevado la información del documento" (ET- Región Eje Cafetero).

Gracias a la divulgación, ocasionalmente las universidades u otras instituciones solicitan información en salud

del departamento y que proviene del ASIS para fines investigativos o la formulación de proyectos o programas:

"Por ejemplo la Defensoría del Pueblo nos pide información o cierto grupo de investigación nos pide información, yo les he contestado con un oficio diciendo que la información que usted solicita, usted la puede consultar y le pongo el link del ASIS" (ET- Región Pacífico).

Adicionalmente, las ET publican su informe ASIS en la Biblioteca Virtual en Salud y en el Repositorio Institucional Digital, las cuales son de acceso libre; sin embargo, destacan la necesidad de avanzar en estos mecanismos de divulgación para ampliar el acceso a otros sectores e instituciones, sugiriendo modificar el lenguaje técnico de manera que pueda ser comprendido por públicos distintos al sector salud:

"tiene que haber un ABC con resultados para que sea de fácil entendimiento, y el otro ABC (...) para definir políticas o investigaciones más a fondo de los determinantes, como le digo el cuento es con determinantes que es interesante, pero también puede haber un ABC para hacerles entender a la gente qué es eso de determinantes sociales" (ET- Región Pacífico).

Uso en la toma de decisiones

Se reconoce entre las ET la pertinencia en cuanto a la información que genera el ASIS para la planeación y toma decisiones por parte de las autoridades públicas en salud. Un ejemplo de ello son los planes departamentales de desarrollo que deben elaborarse e implementarse cada cuatro años. Sin embargo, en ninguna de las ET participantes el ASIS aún no ha logrado orientar la formulación de políticas. Un elemento que explicaría esta situación es la falta de sincronización entre la elaboración del ASIS y la formulación de los planes territoriales de salud que requieren de su información:

"uno quisiera que todo los tiempos fueran exactamente iguales, hay alguna variación, y en un momento determinado quizás uno de los planes pueden ir un poquito más adelante, pero la idea es que vayamos armonizando esos planes para que terminemos en las fechas indicadas, de acuerdo a la normatividad" (ET -Región Centro Sur).

Por otro lado, a pesar de su importancia los resultados del ASIS deben atravesar escenarios políticos más complejos para tomar decisiones con respecto a las prioridades en salud que surgen a partir de esta metodología:

"...la toma de decisiones de prioridades son una toma de decisiones políticas, no es una toma de decisiones técnica, no seamos ilusos, y los criterios de priorización son políticos y los define el alcalde con su gabinete, en algún momento en sus discusiones políticas, o sea la política no se define desde lo técnico, las políticas se definen en el ejercicio de disputar el poder político" (ET-Región Centro Oriente).

DISCUSIÓN

Este estudio ha pretendido hacer un acercamiento a las experiencias de varias ET colombianas en la construcción, divulgación y uso del ASIS, el cual aún se encuentra en proceso de implementación a nivel territorial. Esto explicaría también el escaso interés académico en el país por comprender el ASIS como una práctica institucional, política y social que pretende ser insumo para la toma de decisiones en salud en los departamentos y municipios. En 2010 se construyó la primera guía metodológica a nivel nacional y en 2013 se publicaron los primeros lineamientos para su construcción en el escenario territorial (9,11).

Existe un importante consenso entre los departamentos que participaron sobre la importancia del enfoque de los DSS en el ASIS, el cual se ha incorporado en los planes nacionales de salud pública y otras normas, contribuyendo a su posicionamiento dentro de las agendas políticas a nivel nacional, departamental y local (7,10,16).

Internacionalmente, hay algunas experiencias sobre ASIS comunitario en Latinoamérica, especialmente en Venezuela (17-19), las cuales pueden ser un referente de consulta para ampliar esta metodología en Colombia, de tal forma que se fortalezca el componente participativo y se puede mejorar el compromiso de otros actores. Existen también otras estrategias para la toma de decisiones basadas en la evidencia (20,21), realizadas a nivel latinoamericano (22-26) en las que se unifican criterios implícitos o explícitos para el análisis (27) y que incorporan en su contenido metodologías cuantitativas y cualitativas donde pueden emplearse matrices y diagramas, árboles de problemas, grupos focales y otras estrategias de participación social y comunitaria (20,21,28).

El ASIS ofrece información para entender la dinámica de la enfermedad en un territorio y las brechas en salud, su magnitud y complejidad, aunque en la práctica, no necesariamente se traducen en la apropiación de una racionalidad técnica estricta para implementar políticas, planes o programas que impacten en la situación de salud de las personas (22). Aunque la priorización de situaciones en salud debe ser un proceso tanto técnico como político (27,29) obedece frecuentemente más a intereses políticos, teniendo en cuenta que en el marco de los planes gubernamentales de desarrollo, el ASIS se usa preferencialmente como fuente de datos para la toma de decisiones.

Las dificultades asociadas con las capacidades técnicas, económicas y humanas de las ET plantean un gran desafío en la construcción del ASIS y su importancia para la toma de decisiones a nivel local. Esta situación refleja un problema de fondo, relacionado con el debilitamiento institucional de la salud pública en los territorios, que surge

con la reforma al sistema de salud, al incorporar el modelo de aseguramiento, y que sólo desde años recientes con la formulación de planes de salud pública, los cambios en los planes de beneficio a nivel colectivo y la Atención Primaria en Salud se ha tratado de subsanar (6,7). Sin embargo, sigue siendo una tarea pendiente la evaluación de las capacidades territoriales en salud pública de las cuales depende el adecuado desarrollo del ASIS en el contexto de la descentralización en salud (30).

Este estudio ha mostrado la experiencia de las ET en relación con la construcción, divulgación y uso del ASIS, manifestándose como una apuesta importante para la toma de decisiones y las políticas, que requiere continuar posicionándose dentro y fuera del sector salud. Como toda aproximación cualitativa, este estudio no pretende generalizar sus hallazgos al conjunto de ET del país, sino que brinda algunos aportes iniciales para comprender cómo ha sido el camino que han emprendido algunas de las ET colombianas para desarrollar la metodología ASIS en sus territorios, bajo la perspectiva de los DSS •

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Muñoz F, Lopez-Acuña D, Halverson P, Guerra C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8(1/2):126–34.
2. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de la Situación de Salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico*. 1999;20(3):1–3.
3. Ministerio de la Protección Social, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Tomo VII. Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007: gestión de datos. Bogotá D.C: Ministerio de la Protección Social, Universidad de Antioquia; 2010.
4. Ministerio de la Protección Social. Decreto No 3518 de 2006 “Mediante el cual se crea y se reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.” Bogotá D.C: Diario Oficial; 2006.
5. Ministerio de la Protección Social. Resolución 425 de 2008 “Por la cual se define la metodología de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Colombia: Diario Oficial; 2008.
6. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007 “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.” Colombia: Diario Oficial No 46716; 2007.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1383 de 2013 “por el cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021”. Colombia: Diario Oficial; 2013.
8. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.” Colombia: Diario Oficial; 2007.
9. Belen-Jaimes M. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá D.C: Ministerio de la Protección Social; 2010.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 1536 de 2015 “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.” Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial; 2015.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales, Colombia 2014. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
12. Barbosa-Chacón W, Barbosa-Herrera JC, Rodriguez-Villalba, Ona M. Concepto, enfoque y justificación de la sistematización de experiencias educativas. Una mirada “desde” y “para” el contexto de la formación universitaria. *Perfiles Educ*. 2015;37(149):130–49.
13. Acosta LA. Guía práctica para la sistematización de proyectos y programas de cooperación técnica. Santiago de Chile: Oficina regional de la FAP para América Latina y el Caribe; 2005.
14. Congreso de Colombia. Ley 617 de 2000 “Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley orgánica del presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional. Bogotá D.C: Diario Oficial; 2000.
15. Ministerio de Salud. Resolución No 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.” Bogotá D.C: Diario Oficial; 1993.
16. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad Externado de Colombia. Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos. Bogotá D.C: MSPS, UNFPA, Universidad Externado de Colombia; 2015.
17. García JM, Escalona M, Sanchez G, Romero S, Goa L, Montiel L. Validación del instrumento comunitario para el análisis de situación de salud SIS-01/Ficha Familiar. Estado Trujillo, Venezuela, año 2009. *Comunidad y Salud*. 2012;10(2):35–49.
18. Di Triaglia R, Martínez A, Salvatierra M, Sosa J, Brito S, Zorrilla B, et al. Análisis Integral de la Situación de Salud. Parroquia Simón Bolívar, Municipio Caroní, Estado Bolívar, Venezuela. Año 2008. *Comunidad y Salud*. 2011;9 (1): 27–35.
19. Heredia H, Artmann E, López N, Useche J. Priorización y análisis de problemas de salud con una mirada desde la equidad: experiencia en el nivel local en Venezuela. *Cienc y Salud Colect*. 2011;16(3):1887–98.
20. White F. De la evidencia al desempeño: cómo fijar prioridades y tomar buenas decisiones. *Rev Panam Salud Pública*. 1998;4(1):69–74.
21. Morales-Asencio J, Gonzalo-Jimenez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC. Salud pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82(1):5–20.
22. Vicuña-Olivera M, Murillo-Peña, JP. Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional. [Internet]. Documento técnico. Lima: Ministerio de Salud, 2008. [cited 2016 Mar 22]. Available from: <https://goo.gl/bzmaED>.
23. 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.
24. Ministerio de Salud y Deportes. Guía metodológica para el análisis de la situación de salud: Bolivia 2005. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2005.

25. Caja Costarricense de Seguro Social, Universidad de Costa Rica. Análisis de situación integral de salud (ASIS). San José: Universidad de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social; 2004.
26. Organismo Andino de la Salud. Guía para el análisis de situación de las poblaciones en ámbitos de frontera de los países andinos. Lima: ORAS, CONHU; 2009.
27. Giedion U, Muñoz AL, Ávila A. Series de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012.
28. Mendoza P. Epidemiología y práctica de la salud pública: la necesidad de alianzas estratégicas. Rev Peru Epidemiol. 1995;8(1):52–6.
29. Cediel-Becerra N, Krause G. Herramientas para la toma de decisiones en salud pública basadas en la evidencia y priorización de enfermedades. Rev Salud Pública (Bogotá). 2013;15(5):794–706.
30. Escobar-Díaz F. La salud pública desde una perspectiva de política pública en el sistema de salud colombiano. En: Instituto Nacional de Salud. Quinto Informe ONS: Carga de Enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. V Edición. Informe Técnico ONS. Bogotá D.C: Imprenta Nacional; 2015.