

# ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE FRONTERAS ASIS



CORREDOR FRONTERIZO  
CAJAMARCA - ZAMORA CHINCHIPE  
SAN IGNACIO - ZUMBA  
PERÚ - ECUADOR



BANCO DE DESARROLLO  
DE AMÉRICA LATINA



# ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE FRONTERAS

## ASIS

CORREDOR FRONTERIZO  
CAJAMARCA - ZAMORA CHINCHIPE  
SAN IGNACIO - ZUMBA  
PERU - ECUADOR  
2013

ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE



PERÚ

Ministerio  
de Salud



Ministerio de Salud Pública

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE FRONTERAS/ CORREDOR FRONTERIZO  
CAJAMARCA - ZAMORA CHINCHIPE SAN IGNACIO - ZUMBA PERU-ECUADOR  
Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS-CONHU; 2014.

103 p.; ilus.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD/ AREAS FRONTERIZAS/ PERFIL DE SALUD/  
ANÁLISIS DEMOGRÁFICO/ Indicadores/ Glosario

Agosto, 2014

Lima, Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2014 - 14496

**Comité Editorial:**

Dra. Caroline Chang Campos, Secretaria Ejecutiva ORAS – CONHU

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes, Secretario Adjunto ORAS – CONHU

Dr. Luis Beingolea More, Coordinador ORAS – CONHU

**Coordinación de Publicación:**

Lic. Yaneth Clavo Ortiz

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2014

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org>

[contacto@conhu.org.pe](mailto:contacto@conhu.org.pe)

Impreso en Mercedes Group S.A.C.

Jr. Callao 615 - Lima 1/ Telf.: 719 2782

[mercedesgroup2001@gmail.com](mailto:mercedesgroup2001@gmail.com)

Tiraje: 100 ejemplares

Primera Edición, 2014

El contenido de este documento fue realizado por el personal de salud de los ámbitos de frontera y de los funcionarios de las Oficinas de Cooperación Internacional de los Ministerios de Salud de Perú y Ecuador; y técnicos del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

Esta publicación ha sido elaborada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, en el marco del Proyecto PASAFRO, y que cuenta con el financiamiento del Banco de Desarrollo de América Latina CAF.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

## **ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo  
MINISTRO DE SALUD DE BOLIVIA

Dra. Helia Molina Milman  
MINISTRA DE SALUD DE CHILE

Dr. Alejandro Gaviria Uribe  
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

Mg. Carina Vance Mafla  
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR

Eco. Midori de Habich Rospigliosi  
MINISTRA DE SALUD DEL PERÚ

Dra. Nancy Pérez Sierra  
MINISTRA DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA

### **SECRETARÍA EJECUTIVA**

Dra. Caroline Chang Campos  
SECRETARIA EJECUTIVA

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes  
SECRETARIO ADJUNTO

### **COMITÉ EJECUTIVO DEL PASAFRO**

Karina Garrón Monje, Ministerio de Salud de Bolivia  
Jose Luis Durán, Ministerio de Salud de Chile  
Jaime Matute, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia  
Carlos Emanuele, Ministerio de Salud Pública del Ecuador  
Víctor Cuba Oré, Ministerio de Salud del Perú  
Alirio Delgado, Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

# ÍNDICE

• PRESENTACIÓN.....	1
• ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	2
• INTRODUCCIÓN.....	4
• <b>CAPÍTULO I: INFORMACIÓN CONTEXTUAL</b> .....	5
CONTEXTO DE LOS PAÍSES DE LA FRONTERA ZUMBA – SAN IGNACIO.....	6
• <b>CAPÍTULO II: ANÁLISIS POR COMPONENTES</b> .....	49
2.1. COMPONENTE SOCIAL, DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO.....	50
2.1.1- MARCO METODOLÓGICO.....	50
2.1.2- ANÁLISIS POR PERFILES.....	51
2.1.2.1 Perfil del entorno territorial.....	53
2.1.2.2 Perfil demográfico.....	57
2.1.2.2 Perfil socioeconómico.....	62
2.1.3. DISCUSIÓN.....	64
2.2. COMPONENTE SALUD ENFERMEDAD.....	66
2.2.1- MARCO METODOLÓGICO.....	66
2.2.2- ANÁLISIS POR PERFILES.....	68
2.2.2.1 Perfil de morbilidad.....	68
2.1.2.2 Perfil de mortalidad.....	77
2.2.3- DISCUSIÓN.....	80
2. 3. COMPONENTE RESPUESTA SOCIAL.....	81
2.3.1- MARCO METODOLÓGICO.....	81
2.3.2- ANÁLISIS.....	82
2.3.3- DISCUSIÓN.....	88
• <b>CAPÍTULO III: LA PRIORIZACIÓN</b> .....	91
3.1 ANÁLISIS.....	93
• <b>CAPÍTULO IV</b> .....	94
PRINCIPALES INTERVENCIONES QUE REQUIERE EL EJE.....	95
• <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	96
• <b>ANEXOS</b> .....	98
• <b>GALERÍA DE FOTOS</b> .....	100
• <b>PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL ASIS</b> .....	102

# PRESENTACIÓN

**E**l Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU), a través de los proyectos “Plan de Salud en Fronteras (PASAFRO): Salud Puente para la Paz y la Integración (SPPI). Fase I y Fase II”; ha dado impulso a la implementación del principal objetivo de su política en fronteras que es “contribuir a la elevación permanente de la calidad de vida de los habitantes de las fronteras, promoviendo la integración en salud en los ámbitos fronterizos, respetando la diversidad étnica y cultural de sus pueblos e inscribiendo a la salud como un puente para la paz”.

En un esfuerzo de los equipos técnicos de los Ministerios de Salud andinos, con el apoyo permanente del ORAS - CONHU y del Banco de Desarrollo de América Latina (CAF), se logró definir una metodología común para la realización del Análisis de Situación de Salud de Fronteras (ASIS), como instrumento útil para los trabajadores de la salud y las comunidades a través de la sistematización de indicadores, coordinación de intervenciones y estrategias a fin de dar respuesta a los riesgos y las brechas que afectan la salud de la población fronteriza. Este documento fue aprobado en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina realizada en Quito, en abril del 2008, a través de la Resolución REMSAA XXIX/445 y se le denominó “Guía para el Análisis de Situación de Salud para las poblaciones en ámbitos de frontera de los países andinos”.

Los proyectos SPPI han utilizado esta herramienta para todas las fronteras andinas, logrando un gran avance para el análisis de salud, poniendo a disposición de las autoridades locales, regionales y nacionales información clave para la preparación de proyectos locales o binacionales para la realización de acciones conjuntas, complementarias y de gran impacto en la lucha contra la pobreza y los problemas comunes de salud.

El ASIS es una herramienta indispensable para la planificación, gestión y evaluación de la zona fronteriza en el marco del Plan Andino de Salud en Fronteras. El objetivo final es convertir a las fronteras de los países andinos en espacios de integración y desarrollo social.

Dra. Caroline Chang Campos  
Secretaria Ejecutiva  
ORAS - CONHU

# ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El ASIS de fronteras tiene hitos importantes en su concepción y desarrollo; así, los Ministros de Salud en noviembre del año 2002, emitieron la Resolución REMSAA XXIV/384 donde se establecen los lineamientos del Plan Andino de Salud en fronteras (PASAFRO), acordando la metodología del Análisis de la Situación de Salud en un consenso del Comité Ejecutivo del PASAFRO de todos los países de la subregión andina, dando el impulso político de los Ministros Andinos para la aplicación de esta metodología. Posteriormente esta resolución fue presentada al Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores quienes aprobaron la Decisión 541, el 11 de marzo del 2003 en la ciudad de Bogotá, uno de cuyos objetivos era priorizar los problemas de salud de cada frontera usando la estrategia del análisis sistemático y permanente de la situación de salud creándose el Comité Ejecutivo del Plan Andino, para ejecutarlo y darle seguimiento.

En la Resolución REMSAA XXV/393 de septiembre del 2004, uno de los artículos establecía la necesidad de definir las áreas dónde se realizaría la aplicación del diagnóstico de salud, así como de adoptar una metodología estandarizada con un plazo bien definido para su aplicación.

En el V Foro Andino de Vigilancia Epidemiológica de Salud de Fronteras en marzo del 2006 se definieron varios acuerdos relacionados al ASIS, uno de cuales era la ejecución de al menos un estudio de Análisis de Situación de Salud Binacional conducido por los equipos locales; la publicación de los resultados y la socialización de experiencias del diagnóstico situacional en fronteras realizados por los equipos de Ecuador y Perú, actividad que ha sido respaldada mediante la Resolución REMSAA XXVII/407 del 2006 y en las cuales se definen los mecanismos para acelerar la implementación del ASIS para los espacios de frontera.

Otros hitos, para el desarrollo del ASIS de fronteras con el apoyo del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, se encuentran descritas en las Resoluciones 444 y 445 de la XXVIII REMSAA realizada en Santa Cruz de la Sierra en marzo 2007, en las que se aprueba mediante Resolución 427 el Plan Estratégico del Plan Andino de Salud en Fronteras 2007 – 2012, que la Corporación Andina de Fomento hoy Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) aprueba en marzo de 2008, la creación del Fondo de Cooperación e Integración Fronteriza (COPIF) dirigido a apoyar iniciativas que impulsen programas y actividades que beneficien a zonas de fronteras de dos o más países accionistas de la CAF, así como la aprobación a la Guía para el Análisis de Situación de Salud para las poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos, dentro del marco del PASAFRO.

En abril del 2008, en el marco de la XXIX REMSAA realizada en la ciudad de Quito, se compromete a la Secretaría Ejecutiva del ORAS - CONHU la implementación del proyecto PASAFRO “Salud: Puente para la Paz y la Integración”, con el apoyo técnico de los Ministerios de Salud; y de la CAF que apoya en el financiamiento.

El mencionado proyecto funcionó hasta agosto del 2010, teniendo logros importantes: 3 ASIS de frontera usando la Guía ASIS, 5 proyectos terminados bifronterizos, 2 en fase de preparación inicial, capacitación de equipos bi o trinacionales y capacitación en preparación de proyectos.

A partir de 2011, se inicia el PASAFRO II, cuyo objetivo principal es el de “Consolidar el avance en el proceso de integración en los espacios de frontera logrados en el desarrollo del Proyecto Plan de Salud en Fronteras: Salud Puente para la Paz y la integración I; y, promover dicho proceso en un nuevo espacio de frontera a través de la aplicación de las lecciones aprendidas...”.

Para dar cumplimiento al Resultado Esperado 1 del Propósito 2 que dice: “Desarrollar el diagnóstico de la situación de salud en nuevo ámbito de frontera (Zumba - San Ignacio) a través de un proceso que retoma las lecciones aprendidas y recomendaciones identificadas en el PASAFRO I...” se ha realizado el presente documento.

# INTRODUCCIÓN



A partir del año 2011 se inicia un proceso de capacitación y seguimiento a los equipos de campo del corredor fronterizo Zumba- San Ignacio, por mandato del PASAFRO II, proyecto que permite realizar un diagnóstico de situación del sector a través de la aplicación del modelo “Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos” recopilada por el Dr. Luis Beingolea More.

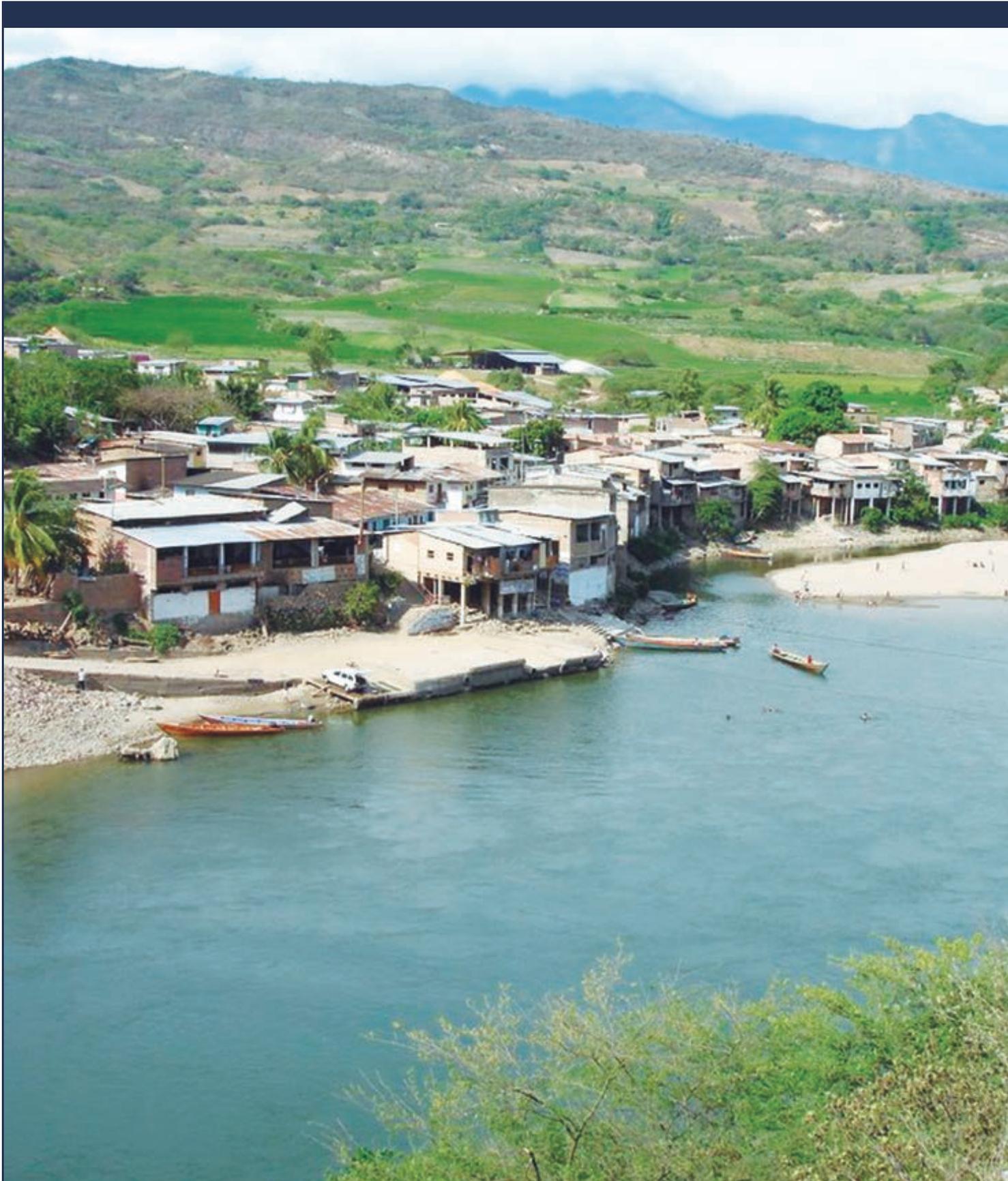
En esta guía se plantea una metodología para el análisis de los datos que parte de la sensibilización de las autoridades y el compromiso de ellas con la comunidad que va a ser beneficiada, luego la organización del cronograma de actividades, de los aspectos administrativos, la identificación de los indicadores a ser trabajados, de los instrumentos para la recolección de los datos y del flujo de la información para su validación binacional. Inmediatamente se capacita a los equipos locales que elaborarán el ASIS, se procede a la recolección de la información para revisar la consistencia de los datos y se los analiza.

Finalmente se procede a la socialización de la información, a su difusión para elaborar un plan operativo frente a la información conocida.

Siendo estos los pasos a seguir, se han ido cumpliendo de manera absoluta, a través de reuniones en Zumba y en San Ignacio, donde se definieron los equipos que levantarían la información, además se capacitó al personal y se obtuvo información durante los años 2012 y 2013 hasta tener el producto que se presenta en este momento.

# • CAPÍTULO

# INFORMACIÓN CONTEXTUAL



# CONTEXTO DE LOS PAÍSES DE LA FRONTERA ZUMBA – SAN IGNACIO

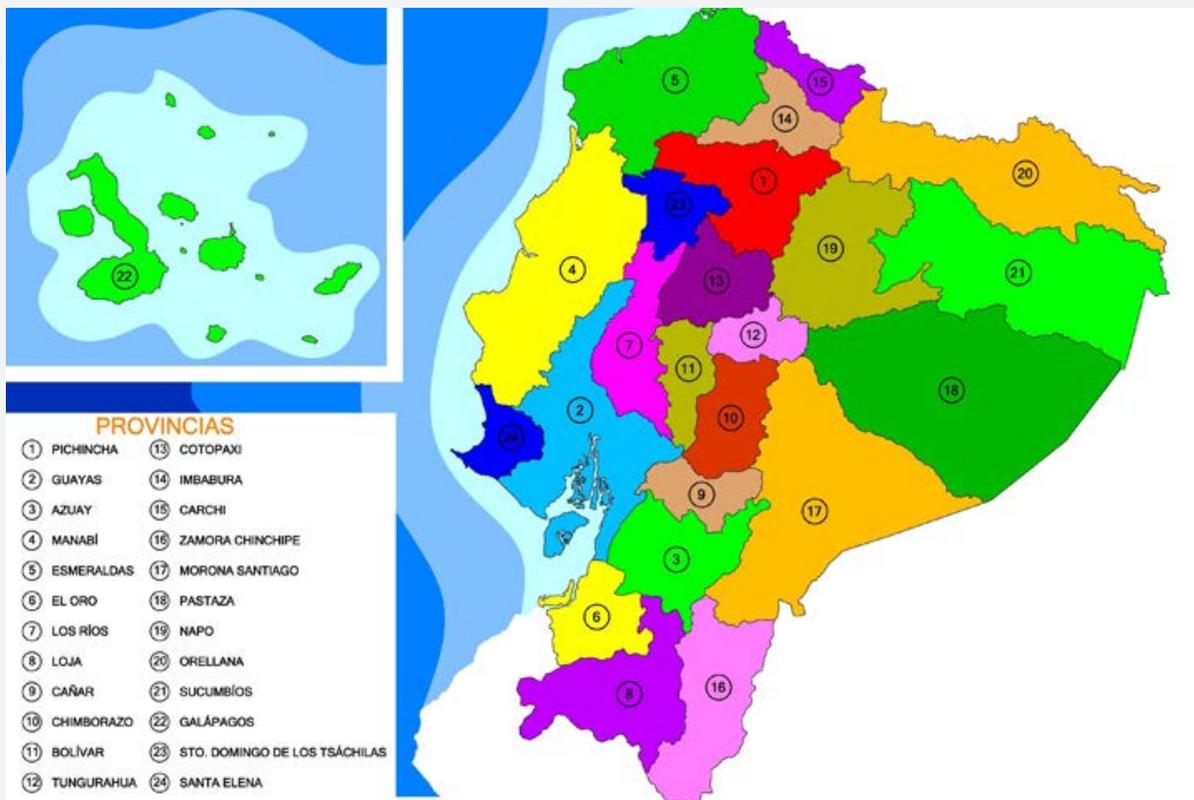
## ● ECUADOR



La República del Ecuador se encuentra en la costa noroccidental de América del Sur, con una extensión territorial de 256.369 km<sup>2</sup>, La cadena montañosa de los Andes divide al país en Regiones geográficas: Costa, Sierra, Amazonía y Región Insular (Galápagos)

Tiene como límites al norte con la República de Colombia, al sur y este con la República del Perú y al Oeste con el Océano Pacífico.

### GRÁFICO N° 01 MAPA DE ECUADOR



Según el INEC/2008, la División política-administrativa del país, se divide en 24 provincias, las cuales se dividen a su vez en 221 cantones y éstos en 797 parroquias rurales y 408 parroquias urbanas. La capital del Ecuador es Quito y su fecha de independencia es el 10 de agosto de 1809.

En cuanto a su organización constitucional, se rige por la constitución del 2008 aprobada en referéndum, siendo una nación presidencial con un presidente, un vicepresidente que apoyan su acción ejecutiva con el gabinete de ministros y secretarios de estado.

De acuerdo a la constitución vigente, los poderes del estado son 5: Función Legislativa, Función Ejecutiva, Función Judicial y justicia indígena, Función de Transparencia y Control Social y Función Electoral.

Se reconoce al Ecuador como un estado Plurinacional en el que los idiomas oficiales son el Castellano, Quichua y Shuar

## ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Según el Censo 2010 la población del Ecuador, es de 14,483.499 habitantes de los cuales 7.177683 (49%) son hombres y 7.305816 (51%) son mujeres.

Con la más alta densidad poblacional de América del Sur, teniendo 51,07 habitantes por km<sup>2</sup>.<sup>1</sup>

La pirámide poblacional 2012 demuestra un comportamiento poblacional de cambio, en donde la población joven menores de 20 años (adolescentes de 10 a 19 años) representa el 19,80% de la población, mientras que se visualiza un crecimiento de la población adulta mayor, que representa el 6,31%, situación que influye en los patrones de vida, trabajo, recreación y salud-enfermedad del país y consecuentemente en las intervenciones de la política sanitaria.

**La población por residencia**, según la proyección de población/ 2011 (INEC), se tiene 9.589.551 (66%) habitantes a nivel urbano que corresponde al 66,0% y 5.012.920 habitantes con el 34% a nivel rural.(No hay datos de población proyección 2013).

## TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACIÓN: 1,52%

La **Esperanza de Vida** se ha incrementado en los últimos quinquenios en hombres y mujeres, como se detalla en la siguiente Tabla:

---

<sup>1</sup> <http://www.skyscraperlife.com/latin-bar/45080-pa%EDses-por-densidad-de-poblaci%F3n.html>

**TABLA N° 1**

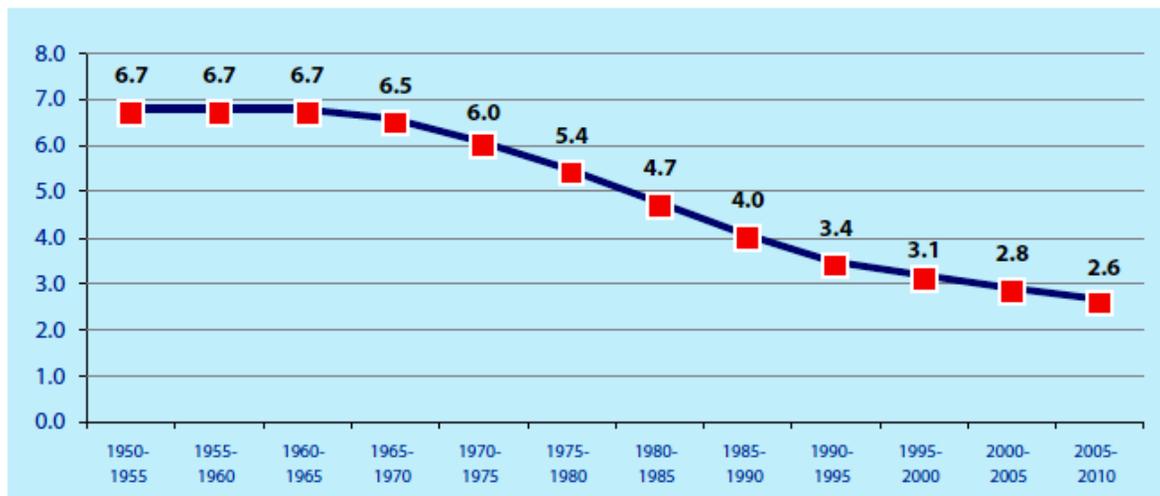
ESPERANZA DE VIDA AL NACER - ECUADOR 1985 - 2010			
PERIODOS QUINQUENALES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
1985-1990	67.53	65.29	69.88
1990-1995	70.03	67.56	72.63
1995-2000	72.31	69.65	75.11
2000-2005	74.18	71.30	77.20
2005 - 2010	75.00	72.12	78.02

Fuente: Ecuador: Proyecciones de Población 1950-2025. INEC-CEPAL

La **Tasa global de fecundidad** va en descenso para el 2010, como lo demuestra el siguiente gráfico:

**GRÁFICO N° 02**

**EVOLUCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD  
ECUADOR 1950-2010**



Fuente: Ecuador: Proyecciones de Población 1950-2025. INEC-CEPAL

**Tasa de crecimiento intercensal** anual según datos preliminares del INEC, del VII Censo de población y VI de vivienda, es del 1,52%. La provincia de Guayas registra el mayor número de habitantes, seguida de la Provincia de Pichincha y en tercer lugar la provincia de Manabí, pero con un crecimiento muy pequeño. En cuanto a la densidad demográfica los datos indican que hay 55,8 habitantes por kilómetro cuadrado en el país.

**La población para programaciones de salud en el ciclo de vida**, está distribuida en:

**1.- Población Infantil:**

Menores de año  
De 1 a 4 años  
De 5 a 9 años

**2.- Población adolescente:**

De 10 a 14 años  
De 15 a 19 años

**3.- Población Adulta:**

De 20 a 64 años

**4.- Población Adulta Mayor:**

De 65 y más años

**5.- Grupos especiales de población:**

Mujeres en edad fértil de 10 a 49 años  
Detección Oportuna de cáncer cérvico-uterino (35-64años)  
Detección Oportuna de cáncer mamario (25 a 64 años)

## INDICADORES ECONÓMICOS

### Principal Producto de exportación

El banano y el petróleo

PIB PERCAPITA 4.000, Gasto publico per cápita 1.700<sup>2</sup>

GASTO PER CAPITA EN SALUD 328.

Datos del banco Mundial Gasto en salud PIB porcentual 8.1%<sup>3</sup>

## CARACTERÍSTICAS SOCIALES

El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural. Según el INEC del Censo 2010, el 7% se consideró como indígena, el 7,2 % como afro ecuatoriana y mulata, el 7.4% se auto identificó como montubio, 71,9 % se consideró mestiza y el 6,1% blanca., otros 0,4%.

<sup>2</sup> <http://www.observatoriofiscal.org/attachments/article/2442/Criterios%20OPF%20sobre%20ley,Fomento%20Ambiental%20y%20Optimizaci%C3%B3n%20de%20Ingresos%20del%20Estado.pdf>

<sup>3</sup> <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

- Según el Informe del MSP, de la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social, la concentración de población indígena por provincias al año 2005 fue Chimborazo 70%, Cotopaxi 60%, Imbabura 45%, Bolívar 40 y Tungurahua 29%.
- La población indígena está distribuida en 14 nacionalidades: Cofán, Siona, Secoya, Andoa, kichwa, Zápara, Waorani, Shuar, Achwar, Shiwiar, Tsáchila, Chachi, Awa y Epera; y, en 18 pueblos indígenas: Cañarís, Caranqui, Cayambis, Huancavilca, Puruhá, Mantas, Otavalo, Pastos, Salasacas, Saraguro, Kitucaras, Natabuela, Panzaleos, Quisapinchas, Tomavela, Chibuleos, Huarankas, Paltas. Los otros pueblos son: Afroecuatoriano, Montubio y Mestizo.
- Como Indicadores económicos del país, el ingreso per cápita del Ecuador se ubica en un nivel medio dentro de América Latina y El Caribe, el mismo que según datos del Banco Central del Ecuador ascendió a USD 3.715 (anual) para enero del año 2009, habiéndose registrado un incremento al haber alcanzado el nivel desde los USD 1.324 que se registraron en el año 2000.
- El gasto público en salud en promedio en toda América Latina y el Caribe casi no crece (de 110 a 114 dólares), mientras que en la Subregión Andina aumentó en cerca del 38%, (de 45,8 a 62,0 dólares, per cápita)<sup>4</sup>.
- Para noviembre del 2010 la inflación, en una economía dolarizada a partir del 2002, fue del 2,8% de acuerdo a datos del Banco Central del Ecuador.
- El porcentaje de desempleo para septiembre de 2010 fue de 7,44% y el subempleo global para marzo del 2010 es 37,6%.
- El ingreso promedio mensual en Quito para los hombres es de \$383 y para las mujeres de \$226, con las variantes correspondientes al sector de trabajo.
- En el 2006 la Secretaría Técnica del Frente Social<sup>5</sup> basándose en la Encuesta de Condiciones de Vida de 1964, al Censo de Población y Vivienda de 1990, “La geografía de la pobreza en el Ecuador” 1996, y la Encuesta de Condiciones de Vida del 2006 y la información obtenida del Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social a través del SIISE ponen a disposición los mapas de pobreza y de desigualdad por consumo 2006 que presenta indicadores a niveles regionales.

### **Pobreza por necesidades básicas insatisfechas 2005-2010 (NBI)**

- “El NBI, conocido también como método directo o de los indicadores sociales, se basa en la clasificación de los hogares como pobres o no pobres de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades básicas (acceso a la educación., salud, nutrición, vivienda, servicios urbanos y oportunidades de empleo), de forma tal que los hogares con necesidades insatisfechas son considerados como pobres (pobreza estructural)<sup>6</sup>  
Datos de Ecuador económico basados en el censo 2010<sup>7</sup>

<sup>4</sup>Clements, Benedict, Faircloth, Christopher, Verhoeven, Marijn. Gasto público en América Latina: tendencias y aspectos clave de política. Revista de la CEPAL Saturday, December 1 2007

<sup>5</sup>Secretaría del Frente Social según Decreto Presidencial N° 116 de Marzo de 2007 que pasó a denominarse Secretaría Técnica del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social.

<sup>6</sup>INEC, Las condiciones de vida de los ecuatorianos, RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA ECV – Quinta Ronda

<sup>7</sup><http://www.ecuadoreconomica.com/2011/07/la-pobreza-en-ecuador-mas-alla-de-un.html>

## GRÁFICO N° 03

o.	Provincia	Calidad de Vivienda	Hacinamiento	Disponibilidad de Agua potable	Sistema de eliminación de excretas	Asistencia escolar	Insuficiencia de ingresos	Índice d NBI
1	Pichincha	2.7%	10.3%	2.4%	0.9%	0.9%	10.6%	22.0%
2	Azuay	2.3%	11.2%	1.5%	5.2%	1.3%	9.7%	26.0%
3	Tunguragua	2.9%	15.2%	7.6%	3.2%	0.6%	5.4%	27.9%
4	El Oro	2.7%	23.3%	4.6%	4.3%	0.9%	11.5%	36.4%
5	Cañar	3.8%	18.7%	4.7%	12.9%	2.2%	11.5%	38.7%
5	Carchi	17.1%	23.2%	2.3%	9.8%	2.0%	10.7%	40.9%
7	Imbabura	9.9%	24.2%	4.7%	6.7%	2.7%	16.0%	42.0%
8	Cotopaxi	11.4%	25.4%	7.7%	9.5%	1.8%	6.7%	43.1%
9	Guayas	2.3%	28.6%	13.2%	3.5%	1.7%	11.2%	43.2%
0	Loja	5.6%	26.4%	6.2%	16.6%	3.0%	10.8%	44.1%
1	Manabí	3.0%	23.5%	18.5%	2.4%	0.9%	14.0%	44.2%
2	Chimborazo	15.0%	25.2%	9.7%	9.1%	1.0%	7.6%	44.3%
3	Los Ríos	1.3%	28.2%	12.0%	7.7%	2.2%	13.7%	46.6%
4	Amazonía	6.5%	27.7%	13.5%	17.4%	3.3%	12.7%	47.1%
5	Bolívar	10.8%	23.5%	16.9%	13.0%	0.4%	8.2%	50.3%
6	Esmeraldas	3.7%	27.7%	17.3%	7.5%	2.6%	21.6%	51.9%
7	Santo Domingo	1.9%	16.8%	34.9%	1.7%	1.1%	12.6%	53.0%
8	Santa Elena	8.3%	37.7%	6.0%	8.8%	0.9%	19.1%	56.0%
9	Zonas no delimitadas	0.0%	29.7%	68.2%	0.0%	7.0%	21.7%	82.3%
	<b>Grand Total</b>	4.1%	22.4%	10.4%	5.4%	1.6%	11.7%	39.2%

Según datos del Banco central

Pobreza: de acuerdo al indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI de 2010, 41.8% de la población es pobre.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> <http://www.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/EstMacroEstruc2011.pdf>

## GRÁFICO N° 04

DATOS DEL CEPAL 2008, POBREZA EXTREMA EN ECUADOR 14,2<sup>9</sup>

La pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) a nivel nacional en los años 2005 y 2010 fue de 51.6% y 41.8% respectivamente, existiendo una reducción de 9.8 puntos porcentuales. En el mismo período la pobreza extrema por NBI también tiene una reducción significativa de 9.2 puntos porcentuales pasando de 25.8% en 2005 a 16.6% en 2010.

### POBREZA Y POBREZA EXTREMA POR NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (Porcentajes, 2005-2010)



Componentes del Índice de pobreza por NBI:

1. Dependencia económica
2. Niños de 6 a 12 años que no asisten a clases
3. Materiales de la vivienda deficitarios
4. Servicios básicos de la vivienda inadecuados (condiciones sanitarias)
5. Hacinamiento.

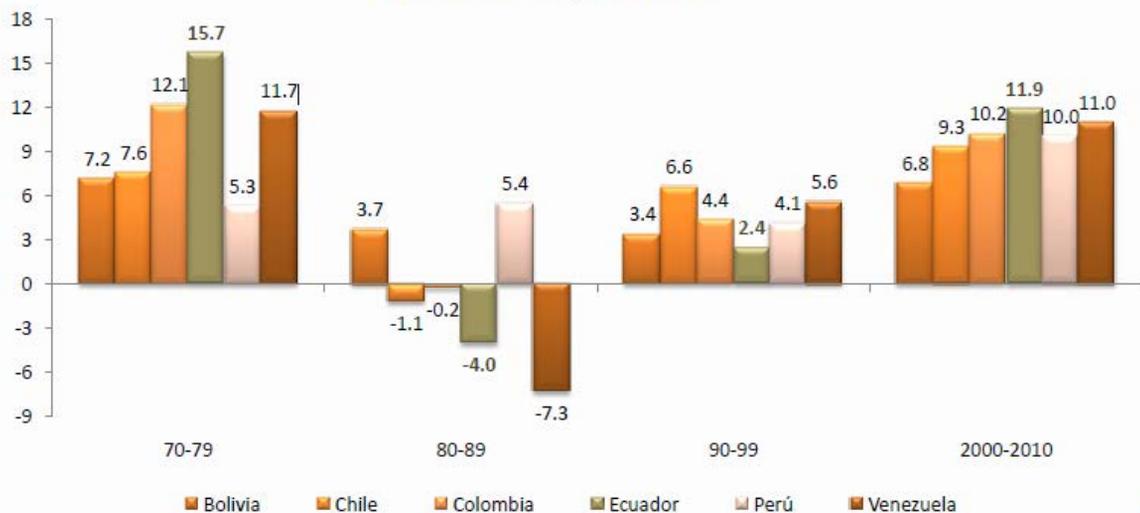
Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo Urbano (ENEMDU).

10

## GRÁFICO N° 05

La tasa de variación del PIB per cápita del Ecuador en el último decenio fue de 11.9%, mayor a la de las dos décadas anteriores. Además, la tasa de variación del PIB per cápita ecuatoriano durante la última década fue la más alta de entre los países analizados.

### PIB PER CÁPITA Tasas de variación, 1970-2010

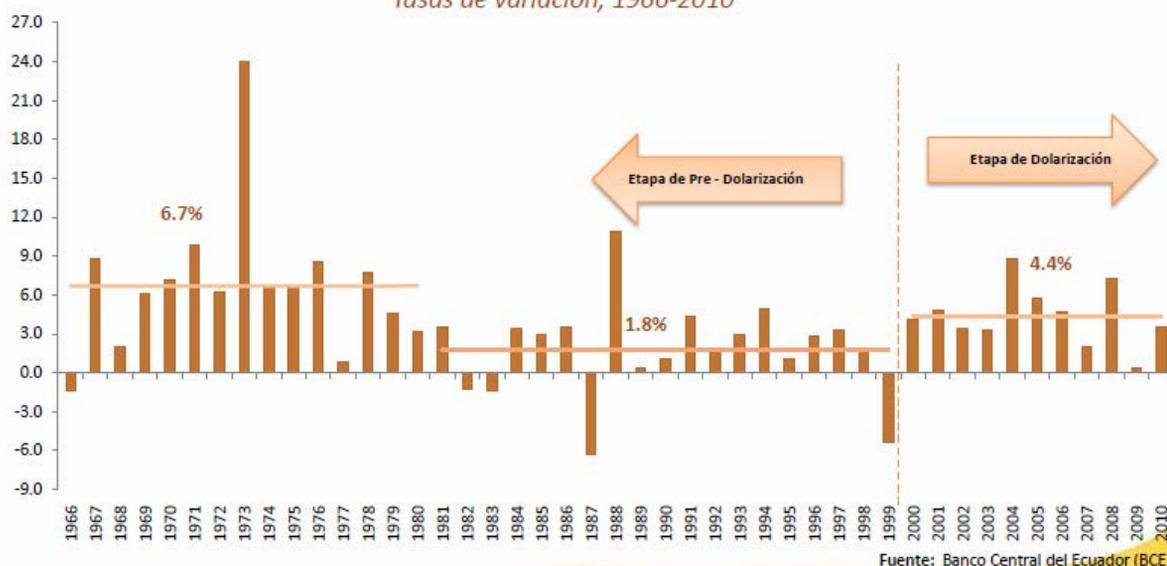


Fuente: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Banco Central del Ecuador (BCE).

## GRÁFICO N° 06

El Producto Interno Bruto (PIB) es el valor de los bienes y servicios finales producidos por una economía en un determinado período de tiempo. En la última década se observan las más altas tasas de crecimiento, superadas únicamente por aquellas del *boom* petrolero de la década de los setentas.

**PRODUCTO INTERNO BRUTO**  
Tasas de variación, 1966-2010



Fuente: Banco Central del Ecuador (BCE).

<sup>9</sup> [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/39991/2010-622-ODM-ESPAÑOL\\_CapII.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/39991/2010-622-ODM-ESPAÑOL_CapII.pdf)

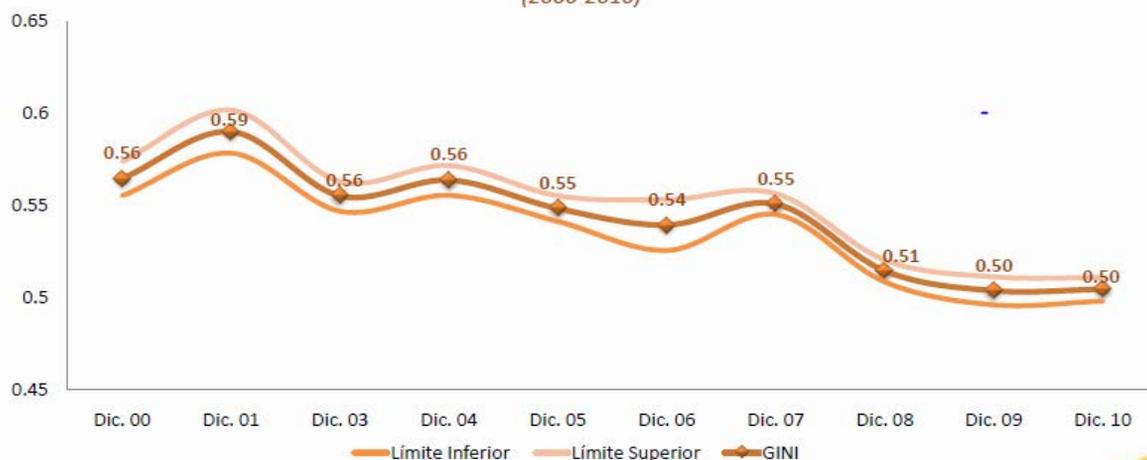
<sup>10</sup> <http://www.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/EstMacroEstruc2011.pdf>

## GRÁFICO N° 07

<sup>11</sup>COEFICIENTE GINI / EL COEFICIENTE GINI ES DE 0.50

La tendencia decreciente del coeficiente de Gini, el cual mide la desigualdad en la distribución del ingreso, es calculado con el ingreso per cápita que se obtiene de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU); se ubicó en 0.50 para todo el país en el año 2010. Una reducción del coeficiente de Gini significa una disminución del nivel de desigualdad en la distribución.

**COEFICIENTE DE GINI**  
(2000-2010)



## SALUD

El tratar el tema de la Salud en el Ecuador, es hablar de un largo proceso de varios años de transformación sectorial de la salud en el país, en el que todavía tenemos bajos niveles de cobertura.

Entre el 30 y 35% de la población no tiene acceso a servicios de salud especialmente en el área rural; protección insuficiente a grupos de población de bajos ingresos, indígenas y mujeres, desarticulación del sector, fragmentación de los servicios de salud, bajo aseguramiento de atención en salud, inequidad, modelo de atención curativo, alto costo por duplicidad de acciones, concentración del Talento Humano en áreas urbanas, calidad del gasto deficiente, entre otros son los principales problemas de salud.

La Constitución del 2008, ha venido a fortalecer el marco-legal al Sistema de Salud en el país, con inclusión y equidad social en el área de la salud, planteándola como un derecho, con principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN).

A pesar de los grandes esfuerzos que viene realizando el Ministerio de Salud Pública a través de sus diferentes, proyectos y programas, todavía se tiene patrones de **morbilidad y mortalidad** que reflejan el mosaico epidemiológico del país, donde confluyen enfermedades asociados a los cambios de estilos de vida o “modernidad” como son las enfermedades endocrino-metabólicas, cardiovasculares, crónicas degenerativas, accidentes y violencias junto con enfermedades del atraso, como las enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, la malnutrición, anemia y el déficit de micronutrientes y anemias.

<sup>11</sup> <http://www.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorReal/Previsiones/IndCoyuntura/EstMacroEstruc2011.pdf>

<sup>12</sup> Ibid

## GRÁFICO N° 08

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL AÑO 2010  
LISTA CORTA DE AGRUPAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE (L.C. CIE-10)

POBLACION ESTIMADA 2010				14.204.900		
TOTAL DE DEFUNCIONES				61.681		
TASA DE MORTALIDAD GENERAL (x 10.000 hab.)				43,4		
N° Orden	CÓDIGO L.C.	CÓD. CIE-10 DETALLADA	CAUSAS DE MUERTE	Número	%	Tasa
1	34	I10-I15	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	4.309	7,0	30,3
2	26	E10-E14	DIABETES MELLITUS	4.017	6,5	28,3
3	46	J10-J18	INFLUENZA Y NEUMONIA	3.361	5,4	23,7
4	57	V00-V89	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	3.304	5,4	23,3
5	42	I60-I69	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	3.259	5,3	23,0
6	64	X85-Y09	AGRESIONES (HOMICIDIOS)	2.330	3,8	16,4
7	35	I20-I25	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZÓN	1.998	3,2	14,1
8	51	K70-K76	CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HIGADO	1.933	3,1	13,6
9	41	I50-I51	INSUFICIENCIA CARDÍACA, COMPLICACIONES Y ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS	1.850	3,0	13,0
10	55	P00-P96	CERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PRENATAL	1.618	2,6	11,4
11	53	N00-N39	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	1.592	2,6	11,2

12	09	C16	NEOPLASIA MALIGNA DEL ESTOMAGO	1.567	2,5	11,0
13	47	J40-J47	ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1.209	2,0	8,5
14	24	C81-C86	NEOPLASIA MALIGNA DEL TEJIDO LINFÁTICO, ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y TEJIDOS AFINES	969	1,6	6,8
15	63	X80-X84	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIO)	913	1,5	6,4
16	65	Y10-Y34	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA	870	1,4	6,1
17	20	C61	NEOPLASIA MALIGNA DE LA PRÓSTATA	868	1,4	6,1
18	06	A40-A41	SEPTICEMIA	790	1,3	5,6
19	07	B20-B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA (VIH)	727	1,2	5,1
20	18	C53-C55	NEOPLASIA MALIGNA DEL ÚTERO	722	1,2	5,1
21	15	C33-C34	NEOPLASIA MALIGNA DE LA TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN	707	1,1	5,0
22	56	Q00-Q99	MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSÓMICAS	694	1,1	4,9
23	11	C22	NEOPLASIA MALIGNA DEL HIGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES	693	1,1	4,9
24	10	C18-C21	NEOPLASIA MALIGNA DEL COLON, SIGMOIDE, RECTO Y ANO	617	1,0	4,3
25	48	J80-J84	EDEMA PULMONAR Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN AL INTERSTICIO	588	1,0	4,1
	88		RESTO DE CAUSAS	14.381	23,3	-
	99	R00-R99	CAUSAS MAL DEFINIDAS	5.785	9,4	40,7

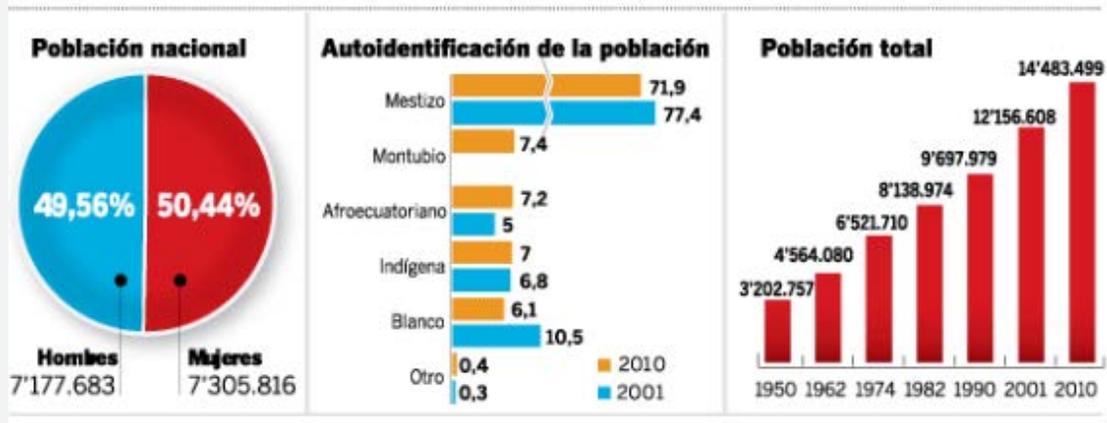
Las Tasas de Mortalidad por causas, están relacionadas por 100.000 habitantes, por efectos de comparación internacional.  
Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2010

1/ Proyecciones de Población 2001 - 2010 INEC - CEPAL.

\*\* Tasas por 10.000 habitantes

## GRÁFICO N° 09

### Resultados del censo 2010

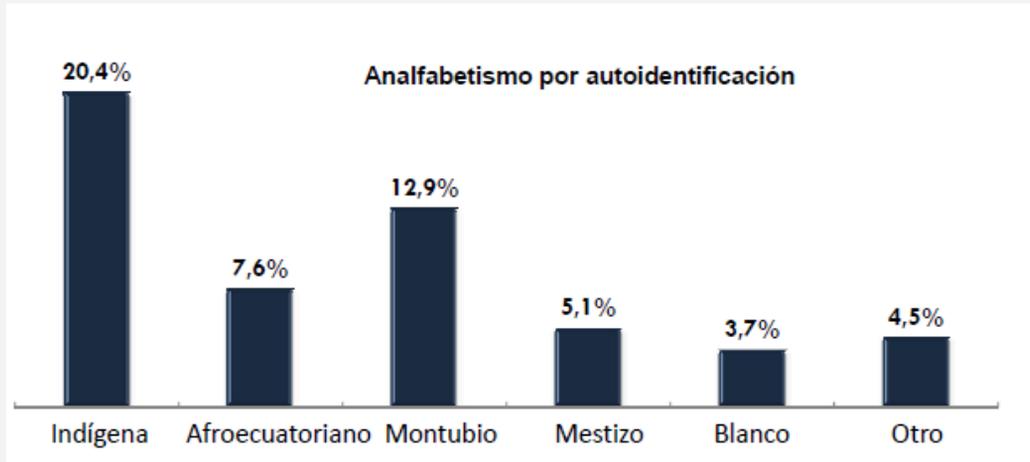


## INDICADORES DE EDUCACIÓN

### Tasa de analfabetismo

Según resultados del censo 2010, el analfabetismo a nivel nacional está ubicado en el 6,8, siendo el 5,8% en los hombres y el 7,7% en la mujer, sin embargo el análisis en las poblaciones de pueblos y nacionalidades varían estos porcentajes.

## GRÁFICO N° 10

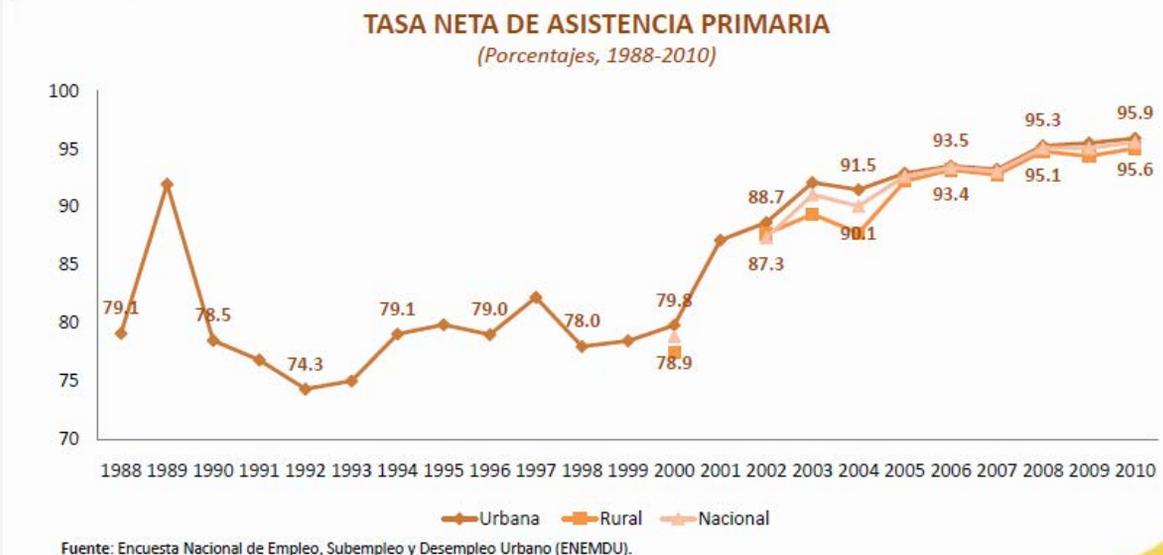


13

## TASA DE COBERTURA EN PRIMARIA

### GRÁFICO N° 11

En el período 2006 -2010 la tasa neta de asistencia primaria de niños y niñas de 6 – 11 años a nivel nacional fue de 93.4% y 95.6% respectivamente, es decir que existe un incremento de 2.2 puntos porcentuales, mientras que en el área urbana el incremento es de 2.4 puntos porcentuales y en el área rural de 1.9 puntos porcentuales.



<sup>13</sup> [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_remository&Itemid=&func=startdown&id=1140&lang=es&TB\\_iframe=true&height=250&width=800](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=1140&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=800)

## AÑOS DE ESCOLARIDAD

Los años promedio de escolaridad en la población de 24 años y más a nivel nacional en el año 2010 fue de 8.4 años; mientras que en el área urbana y rural en el mismo periodo fue de 9.8 y 2 años respectivamente.

La cifra del 8% de deserción escolar es la misma desde hace 15 años según el artículo del diario hoy publicado el 10 de octubre del 2012.<sup>14</sup>

La tasa bruta de cobertura a nivel de primaria es del 96.9 % y de educación media es de 59.2 %

## INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS BASICOS

### Cobertura de servicios de electricidad

Según el Censo de Población y Vivienda, realizado en noviembre de 2010 por el INEC, el porcentaje total de viviendas con energía eléctrica alcanzó el 93,53%, siendo para el área Urbana el 94,82% y para la Rural el 89,03%.<sup>15</sup>

### Cobertura de servicios de telefonía

En la telefonía móvil tenemos la siguiente cobertura:

CONECCEL (claro) 10.826.073, 69,7%  
OTECCEL (movistar) 4.415.482, 28,4%  
TELECSA (alegro) 298.711, 18,6%  
TELEFONIA FIJA

## GRÁFICO N° 12

Actualmente, existen siete empresas que prestan el Servicio de Telefonía Fija en Ecuador, las cuales se detallan a continuación:

Operadora	Área de concesión / Área de operación actual	Líneas activas* (abonados + públicos + líneas de servicio)	Participación del mercado
CNT E. P.	A nivel nacional / A nivel nacional	1.875.143	88,67%
ETAPA E. P.	A nivel nacional / Azuay, Cañar, Guayas, El Oro, Manabí, Pichincha, Santo Domingo de los Tsáchilas y Tungurahua	143.882	6,83%
LINKOTEL S. A.	Guayas y Manta / Guayas	7.388	0,35%
SETEL S. A.	A nivel nacional / Guayas y Pichincha (abonados y telefonía pública) Imbabura, Santo Domingo de los Tsáchilas, Chimborazo y Tungurahua (telefonía pública)	43.293	2,01%
ECUADORTELECOM S. A.	A nivel nacional / Guayas y Pichincha	47.892	2,05%
GLOBAL CROSSING S. A.	Quito, Valle de los Chillos y Valle de Tumbaco / Quito	2.808	0,10%
GRUPOCORIPAR S. A.	Valle de los Chillos / valle de los Chillos	19	0,00%
<b>TOTAL NACIONAL</b>		<b>2.119.925</b>	<b>100%</b>

## Cobertura de agua potable

En el año 2010, el porcentaje de la cobertura del abastecimiento de agua (conexiones domésticas) era de 96% en las zonas urbanas y 74% en las rurales, mientras que el acceso a un sistema adecuado de saneamiento era de 96% en zonas urbanas y 84% en zonas rurales. La cobertura de los servicios de agua y saneamiento tiende a ser menor en la Costa y en el Oriente que en la Sierra. Además, la cobertura del abastecimiento de agua muestra amplias variaciones según el ingreso, alcanzando aproximadamente el 90% en los primeros tres deciles de ingreso en las zonas urbanas, comparados con niveles de sólo un 60% en los últimos tres deciles de ingreso.<sup>17</sup>

## NUTE 2.- PROVINCIA: ZAMORA CHINCHIPE

## NUTE 3.- CANTON: CHINCHIPE- PALANDA

### GRÁFICO N° 13

#### UBICACIÓN ESPACIAL DE ZAMORA CHINCHIPE EN TERRITORIO



<sup>14</sup> <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/desercion-escolar-en-aumento-214613.html>

<sup>15</sup> <http://www.conelec.gob.ec/contenido.php?cd=1102&l=>

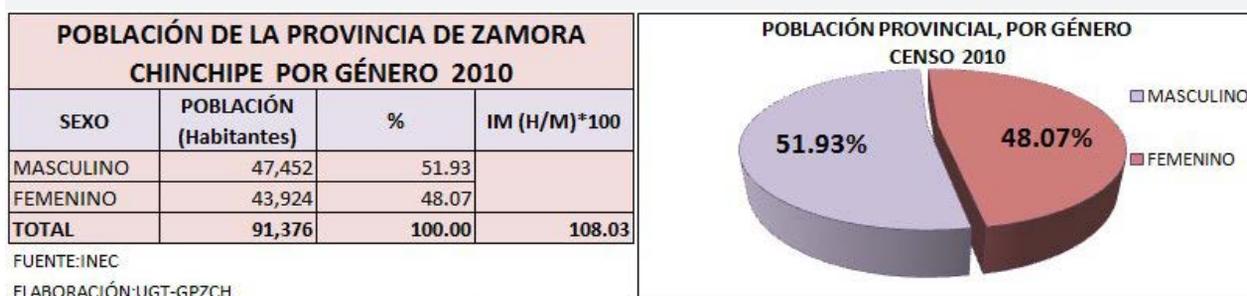
<sup>16</sup> [http://www.supertel.gob.ec/pdf/publicaciones/revista\\_supertel\\_8.pdf](http://www.supertel.gob.ec/pdf/publicaciones/revista_supertel_8.pdf)

<sup>17</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Agua\\_potable\\_y\\_saneamiento\\_en\\_Ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/Agua_potable_y_saneamiento_en_Ecuador)

La provincia de Zamora Chinchipe es una de las 24 Provincias de la República del Ecuador, está ubicada en la zona sur oriental del país, geopolíticamente es una de las 6 provincias que forma parte de la Región Amazónica. Tiene una extensión de 10.572,52 Km<sup>2</sup> que representa el 4,12% del territorio nacional.

Según censo de noviembre del 2010, tiene una población de 91.376 habitantes, valor comparado con 76.601 habitantes del censo 2001, representa un incremento del 19.29% en los últimos 9 años. Del total de la población de la provincia el 39.58% se encuentra en el área urbana y el 60.42% en el sector rural; el 51.93% son hombres y 48.07% son mujeres.

## GRÁFICO N° 14



Según información del INEC 2010, el cantón Zamora es el más poblado con 25.510 habitantes y constituye el 27.9 % de la población Provincial, seguido de Yantzaza con 18.675 habitantes que representa el 20.4%, de lo cual podemos determinar que casi la mitad de la Población (48,3%), se concentra en estos cantones; mientras que el cantón Paquisha es el menos poblado con 3.854 habitantes que constituye el 4.2 % del total provincial. Los demás cantones están dentro de un rango de 5.000 a 9.000 habitantes.

La Provincia cuenta con una densidad poblacional de 8,6 hab/Km<sup>2</sup>, el cantón Centinela del Cóndor presenta la tasa más alta con 25.1 hab/Km<sup>2</sup>, seguido del cantón Yantzaza con 17.9 hab/Km<sup>2</sup>, el cantón Nangaritza cuenta con la densidad más Baja 2.6 hab/Km<sup>2</sup> seguida del cantón Palanda con 4.1 hab/Km<sup>2</sup>, por lo tanto la Población Provincial se concentra en los cantones ubicados a lo largo de la Troncal Amazónica.

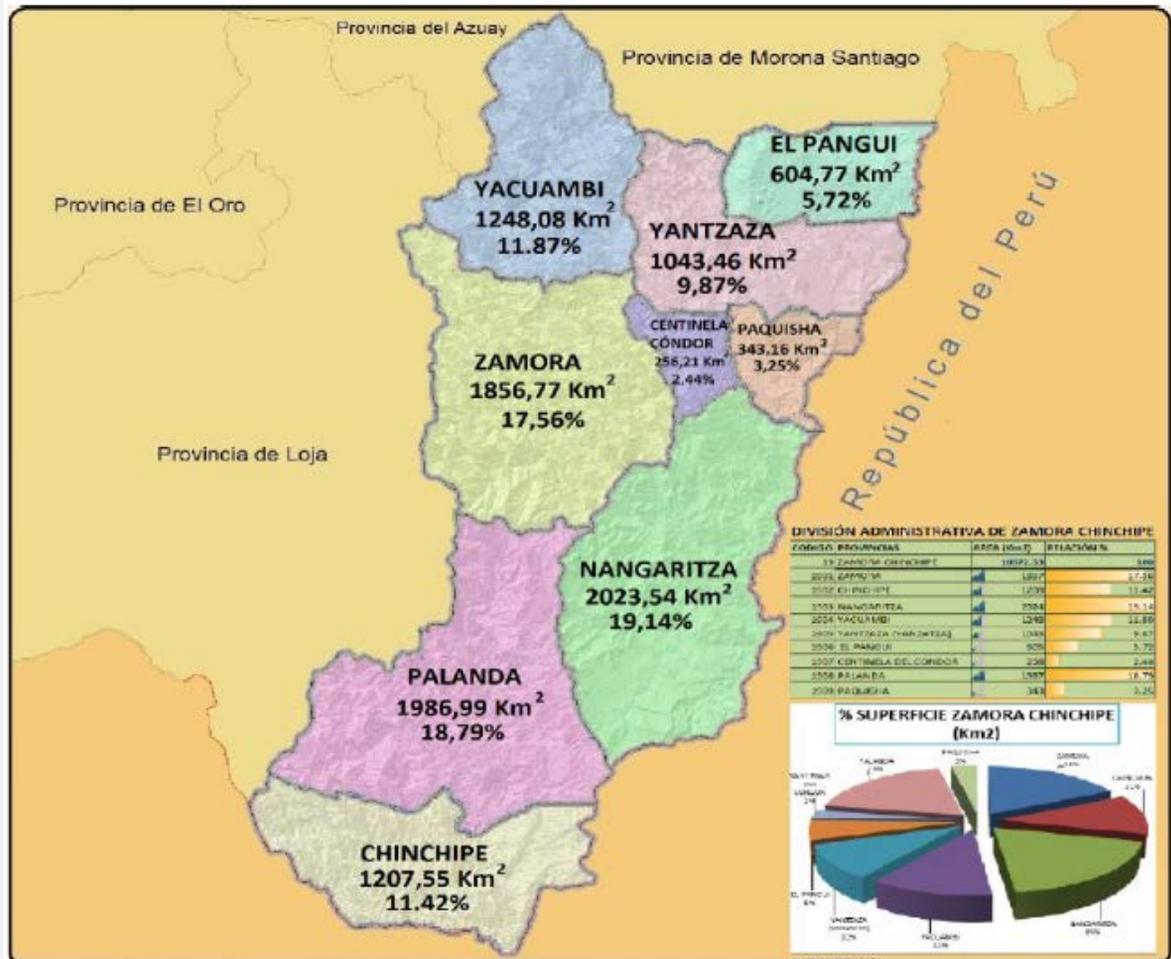
La Provincia de Zamora Chinchipe está dividida en nueve cantones, en donde existen 36 Parroquias de las cuales 10 son urbanas y 26 son rurales

### POBLACIÓN POR ETNIA:

La población que pertenece a la nacionalidad Shuar es autóctona de esta provincia, pero ha sido colonizada por una variedad de etnias y nacionalidades, donde predominan los mestizos, los mismos que representan el 80,32 % de la población total; los indígenas representan el 15,56 %, teniendo en cuenta que dentro de esta clasificación están además

# DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA DE LA PROVINCIA ZAMORA CHINCHIPE

## GRÁFICO N° 15



los Saraguros y Puruhás; también existen en menor número los Afro-ecuatorianos y otros.

### UBICACIÓN:

Se encuentra ubicada en la región sur de la Amazonía ecuatoriana, localizada entre los meridianos de 79° 30' 07" W y 78° 15' 07" W de longitud Oeste y los paralelos 3° 15' 12" S y 5° 05' 12" S de latitud Sur, en la región Sur de la Amazonía Ecuatoriana.

### Los límites de la Provincia de Zamora Chinchipe son:

**Al Norte:** Con la Provincia de Azuay y Morona Santiago,

**Al Sur:** Con la República del Perú,

**Al Este:** Con la República del Perú,

**Al Oeste:** Con las provincias del Azuay y Loja.

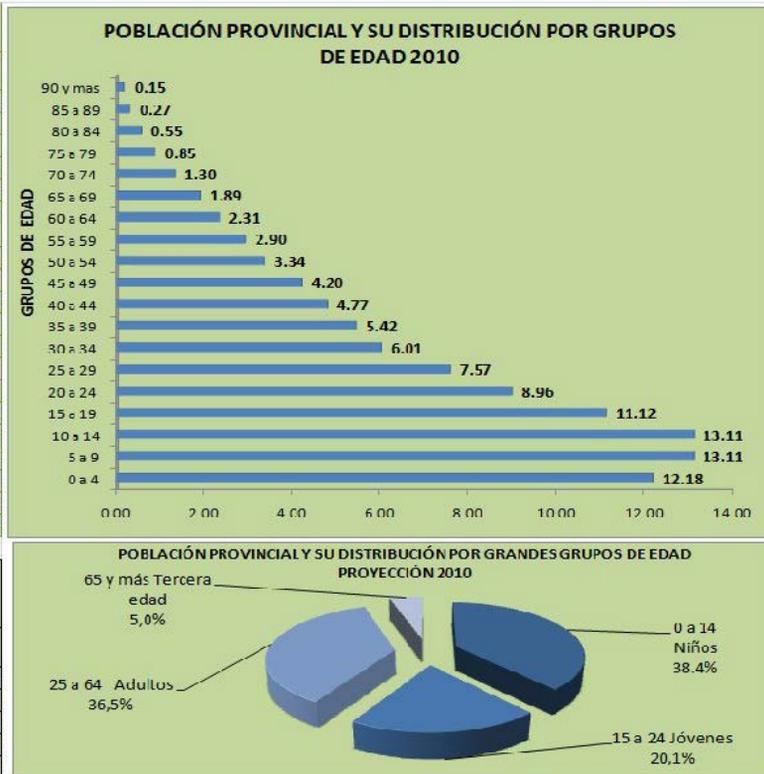
## GRÁFICO N° 16

### POBLACIÓN PROVINCIAL Y DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

POBLACIÓN PROVINCIAL Y SU DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD 2010		
GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN (Habitantes)	PORCENTAJE
0 a 4	11,129	12.18
5 a 9	11,976	13.11
10 a 14	11,976	13.11
15 a 19	10,157	11.12
20 a 24	8,188	8.96
25 a 29	6,910	7.57
30 a 34	5,490	6.01
35 a 39	4,951	5.42
40 a 44	4,357	4.77
45 a 49	3,841	4.20
50 a 54	3,050	3.34
55 a 59	2,653	2.90
60 a 64	2,109	2.31
65 a 69	1,727	1.89
70 a 74	1,192	1.30
75 a 79	777	0.85
80 a 84	500	0.55
85 a 89	247	0.27
90 y mas	140	0.15
<b>TOTAL</b>	<b>91,376</b>	<b>100.00</b>

GRANDES GRUPOS DE EDAD		
GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN (Habitantes)	PORCENTAJE
0 a 14 Niños	35,081	38.39
15 a 24 Jóvenes	18,345	20.08
25 a 64 Adultos	33,367	36.52
65 y más Tercera edad	4,583	5.02
<b>TOTAL</b>	<b>91,376</b>	<b>100.00</b>



FUENTE: INEC 2010 ELABORACIÓN: UGT-GAPZCH

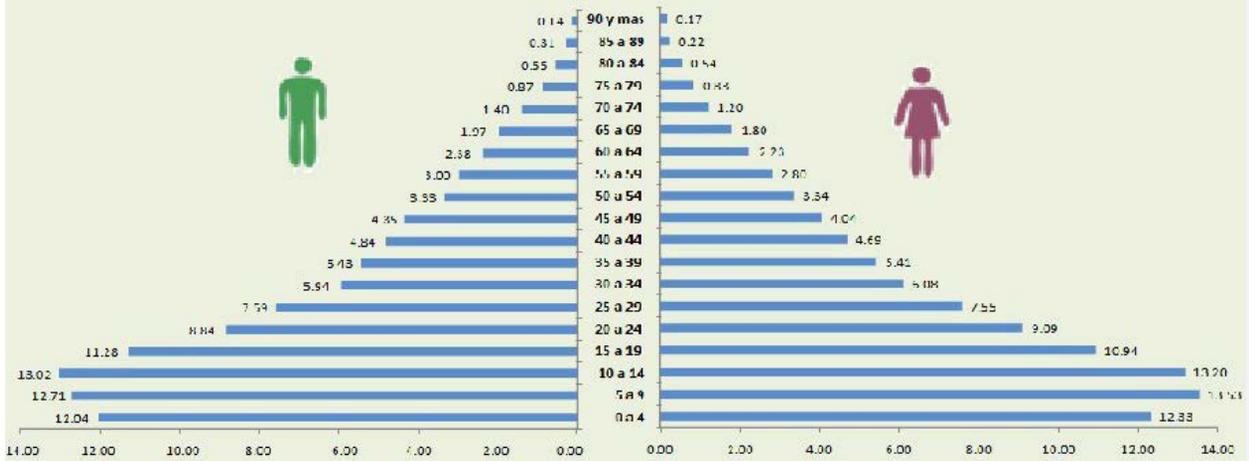
La tabla muestra en detalle la distribución de la población de la Provincia en los diferentes rangos de edad. Con un mayor porcentaje de población infantil mayor al resto de Población. El 86.44 % de la Población es menor a los 50 años de edad. La población es muy joven, ya que hasta la adolescencia representa casi la mitad de la población (49,52%)

### PIRÁMIDE POBLACIONAL

Según datos del Censo 2010, la población de hombres y mujeres en la Provincia de Zamora Chinchipe presenta una Pirámide Poblacional, con un alto índice de niños desde 1 a 14 años de edad, que superan el 42% de la población, para a partir de los 15 empezar su decrecimiento, debido entre otras cosas a la migración de personas desde muy jóvenes, a partir de los 75 años de edad los rangos son inferiores al 1%.

## GRÁFICO N° 17

### PIRÁMIDE POBLACIONAL POR RANGOS DE EDAD ZAMORA CHINCHIPE 2010



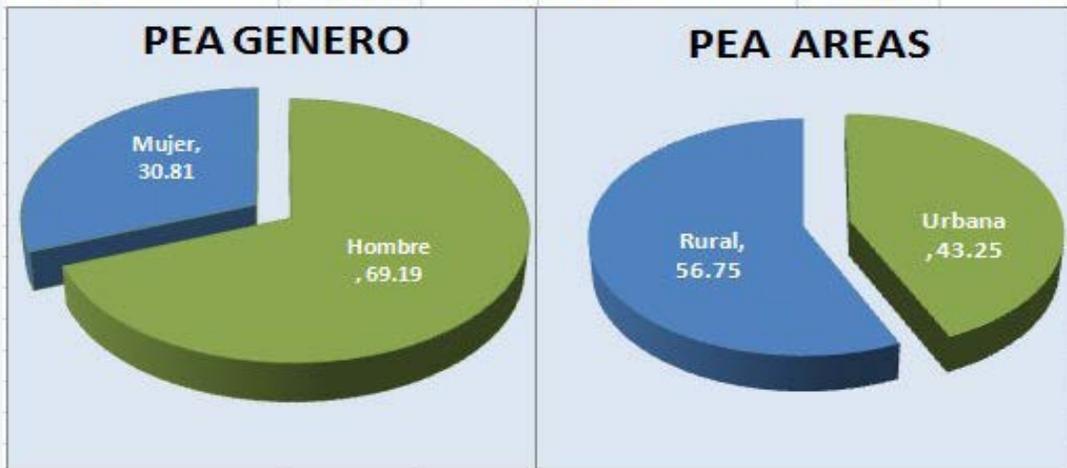
Fuente INEC 2010

ELABORACIÓN: UPOT-GPZCH

## GRÁFICO N° 18

### POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE ZAMORA CHINCHIPE POR GÉNERO Y ÁREAS 2010

PEA GENERO	Número	%	PEA AREAS	Número	%
Hombre	24,146	69.19	Urbana	15,092	43.25
Mujer	10,752	30.81	Rural	19,806	56.75
<b>TOTAL</b>	<b>34,898</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>34,898</b>	<b>100</b>



Fuente INEC 2010

ELABORACIÓN: UPOT-GPZCH

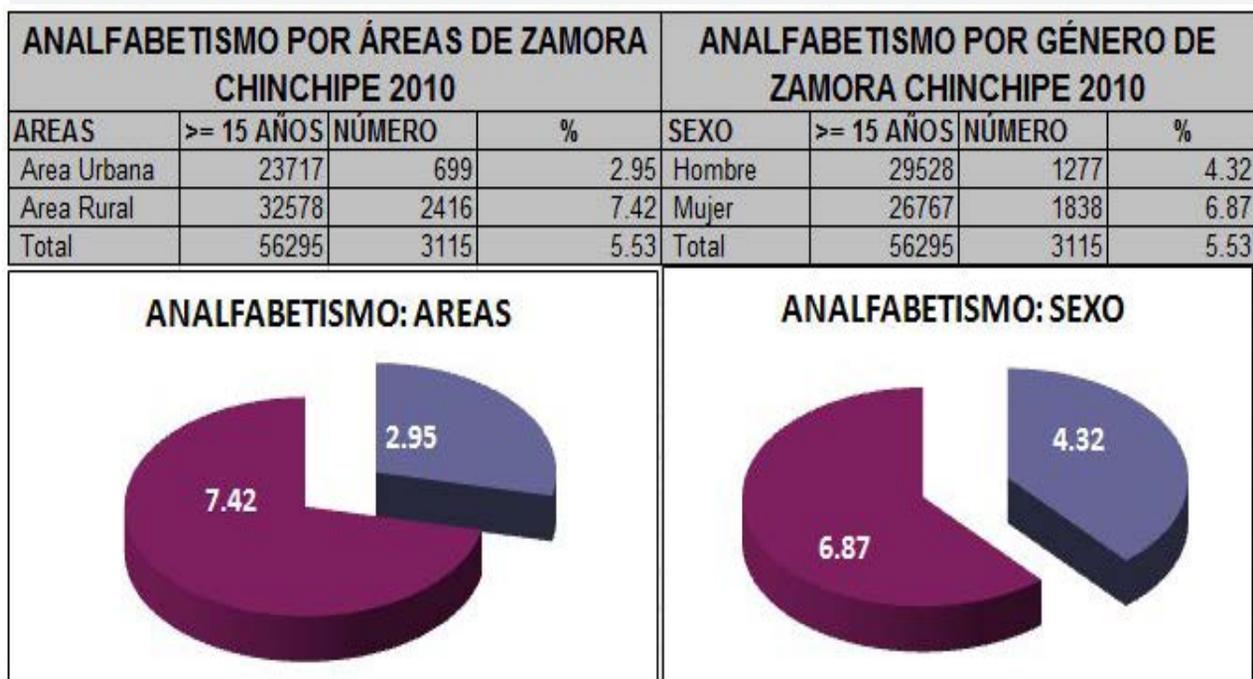
Dentro de la Población Económicamente Activa en la Provincia, los hombres representan alrededor del 70% de la población. Por lo tanto la relación porcentual nos indica que por cada 100 hombres ocupados, 45 mujeres también lo están y a nivel de zonas se encuentra concentrada en su mayoría en el sector rural.

## EDUCACIÓN

De los 428 establecimientos educativos que existen en la Provincia, zzzzzz 339 corresponden a la educación hispana con una tasa promedio de 88 alumnos y 89 establecimientos a la educación bilingüe para un promedio de 29 alumnos a nivel de educación hispana de los 30121 alumnos de la provincia, el 39% pertenecen al cantón Zamora, así mismo el porcentaje de profesores es el más alto, Paquisha cuenta con la menor cantidad de planteles educativos. En la Educación Bilingüe Yacuambi habitada en su mayoría por la etnia Kichwas Saraguro, registra la mayor cantidad de alumnos (965) y profesores (77), por lo tanto la mayor cantidad de planteles educativos (34), seguida de Nangaritzza habitada en su mayoría por etnias Shuar, con 572 alumnos, 36 profesores y 18 planteles educativos.

### GRÁFICO N° 19

ANALFABETISMO POR AREAS Y GÉNERO EN ZAMORA CHINCHIPE



FUENTE: INEC 2010

ELABORACIÓN: UPOT-GPZCH

Al 2010 la tasa de analfabetismo de la Provincia es de 5.53%, concentrándose la misma en el sector rural con un 7.42%, en cuanto a Género las mujeres representan el 6.87%

## ANALFABETISMO POR CANTONES

### ANALFABETISMO CANTONES DE ZAMORA CHINCHIPE 2010

AREA	CANTONES	>= 15 AÑOS	Número	%
1901	ZAMORA	16,859	687	4.07
1902	CHINCHIPE	5,745	263	4.58
1903	NANGARITZA	2,896	220	7.60
1904	YACUAMBI	3,288	337	10.25
1905	YANILAZA	11,417	629	5.51
1906	EL PANGUI	4,990	395	7.92
1907	CENTINELA CONDOR	3,984	233	5.85
1908	PALANDA	4,788	243	5.08
1909	PAQUISHA	2,328	108	4.64
19	ZAMORA CHINCHIPE	56,295	3,115	5.53

A nivel de cantones, Yacuambi presenta la tasa más alta de analfabetismo con el 10.25% de la población mayor a 15 años, y el Cantón Zamora la tasa más baja con el 4.07%, manteniéndose la misma tendencia de los años anteriores.

## SALUD

### Cobertura de Servicios de Salud

La cobertura de atención con servicios médicos, tiene diversos programas que están dirigidos a la población infantil que es la de mayor demanda de servicios y principalmente a la atención de mujeres, recogiendo la posibilidad de atender su demanda durante el embarazo en sus diferentes fases prenatales, parto, posparto y planificación familiar. Los porcentajes de coberturas de atención prenatal han presentado un incremento progresivo, no sucede lo mismo con el número de veces que se requiere para un correcto control prenatal atendiéndoseles en un promedio de 2.6 veces del total ideal (cinco).

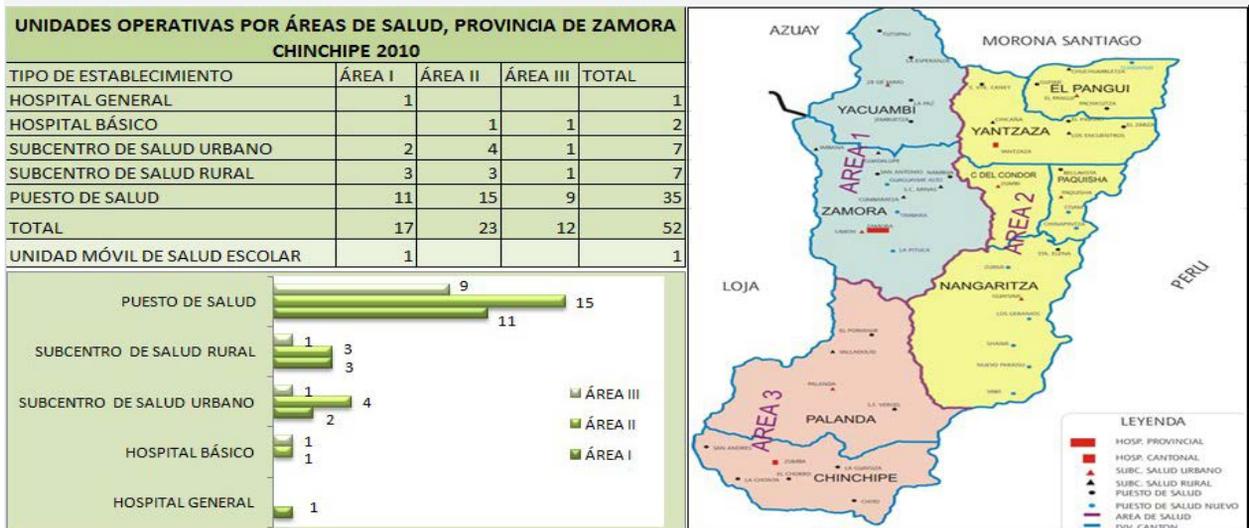
Con respecto a la atención del parto, la cobertura de atención es baja llegando a cubrir al 40%. Así mismo, del total de mujeres en edad fértil, tan solo el 3% recibe atención en la regulación de la fecundidad. Igualmente el porcentaje de mujeres que acuden al control de detección oportuna de cáncer uterino es también bajo, en el cual tan solo el 3% de mujeres adultas y en edad de riesgo acuden para recibir este servicio. Otro grupo importante de atención son las personas que requieren servicios de hospitalización para sus tratamientos

## INFRAESTRUCTURA EN SALUD

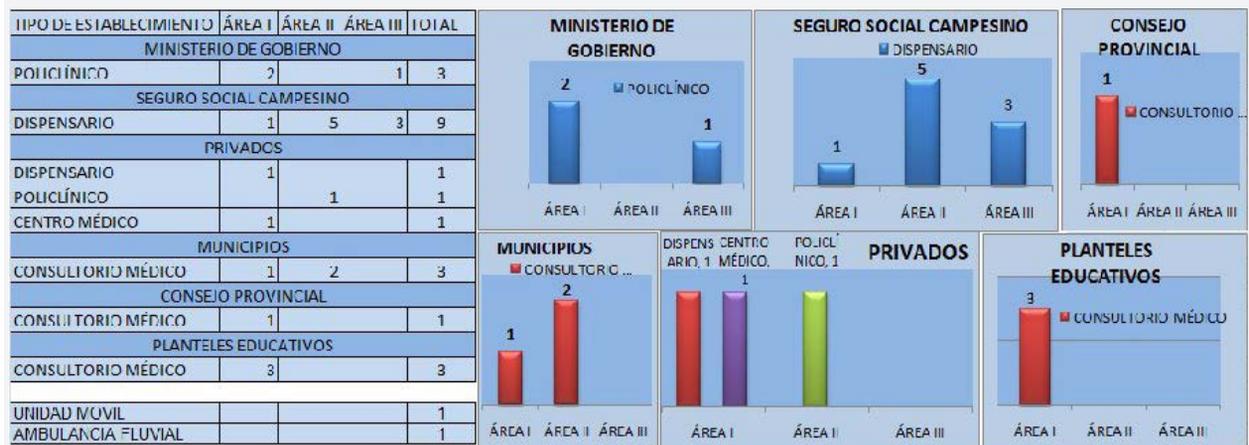
La infraestructura disponible es otro de los factores que influyen en la calidad y cobertura de los servicios de salud. En la actualidad la provincia cuenta con 52 establecimientos de Salud Pública, una Unidad móvil y una ambulancia fluvial, y constan de un Hospital General ubicado en la cabecera provincial Zamora, además de dos hospitales básicos en Yantzaza y Zumba. Estos cuentan con infraestructura aceptable, y están equipados con quirófanos, laboratorios y camas para hospitalización y dan atención materna infantil, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y emergencia, además del servicio de consulta externa. Así mismo

existen 7 Subcentros de Salud Urbano, 7 Subcentro de Salud Rurales, 35 puestos de salud distribuidos en cabeceras parroquiales y comunidades rurales y 22 establecimientos privados: 9 Dispensarios Médicos del Seguro Social Campesino, 3 Policlínicos del Ministerio de Gobierno, Consultorios de los Municipios, Gobierno Provincial y planteles educativos, los consultorios particulares representan menos del 1% del total de centros de la Provincia.

**GRÁFICO N° 20**  
INFRAESTRUCTURA DE SALUD DE LA PROVINCIA POR ÁREAS

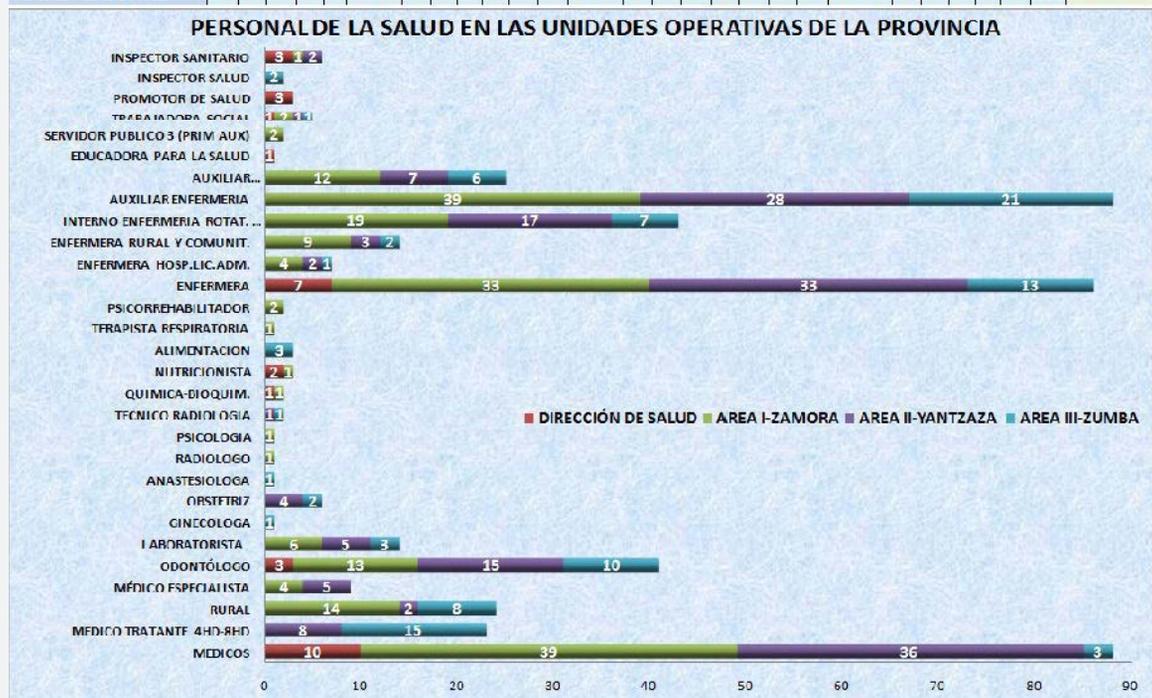


**GRÁFICO N° 21**  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA PROVINCIA



Según el cuadro, al relacionar la población de cada área con respecto al personal de la misma, el Área de Salud Nro. 1 está mejor equipado de recurso humano que las dos restantes áreas que atienden a mas cantones y mayor población, así mismo se presentan deficiencias de personal (según parámetros de la OPS) como son profesionales Médicos (especialistas y tratantes), Obstétrices y Laboratoristas, Nutricionistas, Ginecólogos, etc, en todas las áreas.

PERSONAL DE SALUD QUE LABORAN EN LAS ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA														TOTAL Población Áreas																	
ÁREAS	MEDICOS	MEDICO TRATANTE 4 HD-RHD	RURAL	MEDICO ESPECIALISTA	ODONTÓLOGO	LABORATORISTA	GINECOLOGA	OBSTETRIZ	ANESTESIOLOGA	RADIOLOGO	PSICOLOGIA	TECNICO RADIOLOGIA	QUIMICA-BIOQUIM.	NUTRICIONISTA	ALIMENTACION	TERAPISTA RESPIRATORIA	PSICORREHABILITADOR	ENFERMERA	ENFERMERA HOSP.LIC.ADM.	ENFERMERA RURAL Y COMUNIT.	INTERNO ENFERMERIA ROTAT. MEDIC.	AUXILIAR ENFERMERIA	AUXILIAR ODONTOLAR-RAD.IMAG. ALUM.FARM.	EDUCADORA PARA LA SALUD	SERVIDOR PUBLICO 3 (PRIM AUX)	TRABAJADORA SOCIAL	PROMOTOR DE SALUD	INSPECTOR DE SALUD	INSPECTOR SANITARIO	TOTAL PERSONAL ÁREAS	
DIRECCIÓN DE SALUD	10			3									1	2				/						1							31
AREA I-ZAMORA	30	14	4	13	6				1	1		1	1		1	2	33	4	9	19	39	12		2	2				1	204	
AREA II-YANTZAZA	36	8	2	5	5	4					1						33	2	3	17	28	7			1			2	169		
AREA III-ZUMBA	3	15	8	10	3	1	2	1				1		3			13	1	2	7	21	6		1		2			100		
TOTAL PERSONAL	88	23	24	9	41	14	1	6	1	1	1	2	2	3	3	1	2	86	7	14	43	88	25	1	2	5	3	2	6	504	



FUENTE: SERVICIOS DE SALUD- DPSZCH

ELABORACIÓN: UGT-GAPZCH

En cuanto a la distribución del personal de salud, este se encuentra concentrado en unidades operativas del sector urbano sobre todo en los tres hospitales que existen en la provincia. Así, en el área I, el 68 % del personal presta sus servicios en EL Hospital General; en las áreas II y III el 53% se encuentra localizado en los Hospitales Básicos de Yantzaza y Zumba. Es decir solamente el 38 % del personal de la Salud se encuentra atendiendo a los diferentes centros de Salud rural. Estos indicadores tienen su importancia sobre todo cuando conocemos que el mayor porcentaje de la población provincial se encuentra ubicado en el sector rural (60%), lo cual debe considerarse si se adoptan medidas para ampliar la cobertura de los servicios de salud.

### PERFIL DE MORBILIDAD:

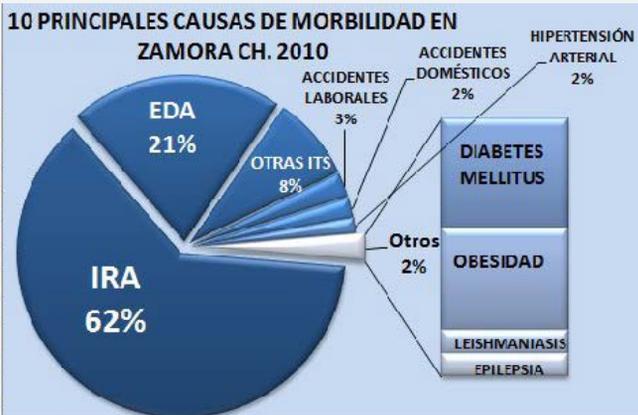
Las principales causas de morbilidad en la Provincia, son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), que representan más del 80% del Total, según se desprende del siguiente cuadro

## GRÁFICO Nº 22

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD SEGÚN EPI 2 ZAMORA CHINCHIPE AÑO 2010				
Población 88774				
ORD.	CAUSAS	Nº DE CASOS	TASA	%
1	IRA	24303	2737.6	62.3
2	EDA	8214	925.3	21.0
3	OTRAS ITS	3235	364.4	8.3
4	ACCIDENTES LABORALES	937	105.5	2.4
5	ACCIDENTES DOMÉSTICOS	751	84.6	1.9
6	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	577	65.0	1.5
7	DIABETES MELLITUS	433	48.8	1.1
8	OBESIDAD	401	45.2	1.0
9	LEISHMANIASIS	92	10.4	0.2
10	EPILEPSIA	88	9.9	0.2
TOTAL		39031		100.0

Fuente: Epi 2

ELABORACIÓN: UGT-GAPZCH



## DESNUTRICIÓN GRÁFICO Nº 23

### INDICE DE DESNUTRICIÓN EN ZAMORA CHINCHIPE

ESTADO NUTRICIONAL EMBARAZADAS DE LA PROVINCIA ZAMORA CHINCHIPE 2010				
AREAS	BAJO PESO	NORMAL	SOBRE PESO	OBESIDAD
AREA I	16.8	52.4	18.8	11.8
AREA II	15.6	59.2	16.9	8.5
AREA III	21	50.1	13.5	10.4
PROVINCIA	17.8	53.9	16.4	10.2

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional DPSZCH



### EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS

ZAMORA CHINCHIPE \*323 embarazadas

\* Esta información corresponde al periodo Octubre-diciembre 2010, no se les facilita información de los meses anteriores, porque el parte diario donde se registra los embarazos no tenía desglosado los grupos de edad. El nuevo parte diario entró en vigencia en octubre de 2010.

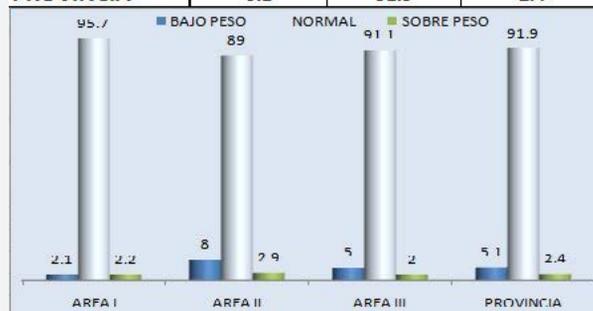
### POBLACION EMBARAZADAS AÑO 2010

ZAMORA CHINCHIPE 2974 \*10,8

\*Este porcentaje se calculó de los embarazos en adolescentes 323\*100/para la población total de embarazos para el año 2010.

### ESTADO NUTRICIONAL NIÑOS/AS MENORES DE 1 AÑO DE LA PROVINCIA ZAMORA CHINCHIPE 2010

AREAS	BAJO PESO	NORMAL	SOBRE PESO
AREA I	2.1	95.7	2.2
AREA II	8	89	7.9
AREA III	5	91.1	2
PROVINCIA	5.1	91.9	2.4



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional DPSZCH

### ESTADO NUTRICIONAL NIÑOS/AS DE 1 A 5 AÑO DE LA PROVINCIA ZAMORA CHINCHIPE 2010

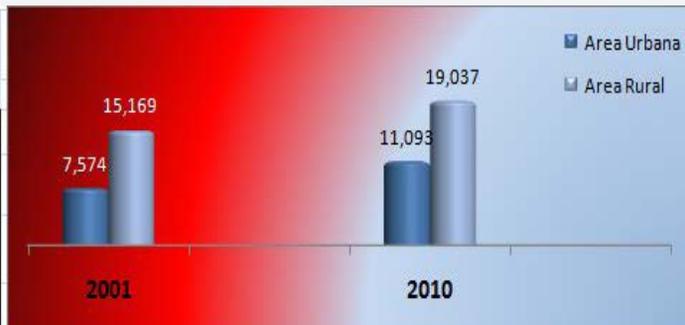
AREAS	BAJO PESO	NORMAL	SOBRE PESO
AREA I	9.1	88.8	2.1
AREA II	19.3	79	0.8
AREA III	25	70	2.1
PROVINCIA	17.8	79.3	1.7



Elaboración: UGT-GAPZCH

## VIVIENDA GRÁFICO N° 24

EVOLUCIÓN DE LA VIVIENDA EN ZAMORA CHINCHIPE PERIODO 2001-2010				
Area	2001		2010	
	Casos	%	Casos	%
Area Urbana	7,574	33.30%	11,093	36.82%
Area Rural	15,169	66.70%	19,037	63.18%
<b>Total</b>	<b>22,743</b>	<b>100.00%</b>	<b>30,130</b>	<b>100.00%</b>



Fuente INEC 2010

ELABORACIÓN: UPOT-GPZCH

El sector de la vivienda, ha crecido en el periodo 2001-2010 en cerca de 8.000 unidades, creciendo en el área urbana en un 3.5%, se encuentra disperso en su mayoría por el Sector Rural con un 63.2%, de las cuales el 66,2% son viviendas Particulares ocupadas, y de las 33.3% de viviendas existentes en el Sector rural el 81% pertenece a viviendas particulares ocupadas, de acuerdo al cuadro adjunto se puede observar que la concentración de hogares se da en el Sector Urbano por cuanto de 7574 viviendas existen 6.185 hogares

## SERVICIOS BÁSICOS GRÁFICO N° 25

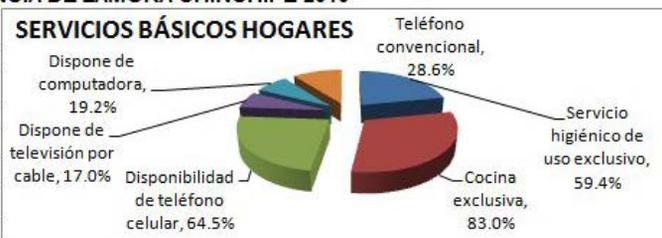
### SERVICIOS BÁSICOS DE LAS VIVIENDAS DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE 2010

Tipo de servicio Público	VIVIENDAS	%
Alcantarillado	10,650	35.3%
electricidad	18406	61.1%
Recolección de basura	12931	42.9%
agua potable	12990	43.1%
<b>TOTAL VIVIENDAS DE LA PROVINCIA</b>	<b>30130</b>	<b>100.0%</b>



### SERVICIOS BÁSICOS DE LOS HOGARES DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE 2010

Tipo de servicio	HOGARES	%
Servicio higiénico de uso exclusivo	12724	59.4%
Cocina exclusiva	17792	83.0%
Disponibilidad de teléfono celular	13822	64.5%
Dispone de televisión por cable	3639	17.0%
Dispone de computadora	4111	19.2%
Teléfono convencional	6140	28.6%
<b>TOTAL DE HOGARES DE LA PROVINCIA</b>	<b>21436</b>	<b>100.0%</b>



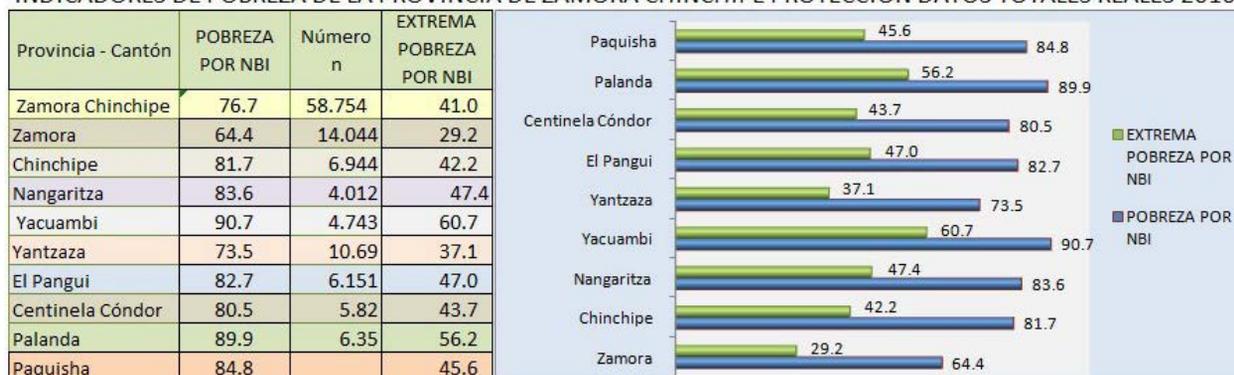
Fuente INEC 2010

ELABORACIÓN: UPOT-GPZCH

En la provincia de Zamora Chinchipe, al considerar las 30.130 viviendas, el servicio de energía eléctrica tiene la cobertura más amplia 60% de las viviendas, El 35% dispone de servicio de alcantarillado, la recolección de basura y el agua potable llega a más del 40% de las viviendas, en lo relacionado a la situación de los hogares más del 80% cuenta con cocina exclusiva y el 60% cuenta con servicio higiénico de uso exclusivo, el servicio de televisión por cable apenas cubre el 17%, y los hogares que disponen de un computador representan el 19%.

## DESIGUALDAD Y POBREZA: NECESIDADES INSATISFECHAS

### INDICADORES DE POBREZA DE LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE PROYECCIÓN DATOS TOTALES REALES 2010



Fuente INEC 2010

ELABORACIÓN: UPOT-GPZCH

## ● PERÚ



Perú está ubicado en la parte centro occidental de la América meridional; por ello se le considera el país más occidental de América del Sur.

También se le conoce como país andino, porque la Cordillera de los Andes es su columna vertebral, lo cual genera diversidad de climas.

### **Puntos Extremos**

El Perú se encuentra al Sur de la línea Ecuatorial y al Oeste del Meridiano de Greenwich, Razón por lo cual forma parte de los países del hemisferio Sur y Hemisferio Occidental.

#### **a) Por el Norte:**

o Lugar: Al N.E. de la población de Guepí, población peruana localizada en la frontera con Colombia.

**b) Por el Sur:**

o (Hito N° 1 de la Línea de la Concordia). Frontera entre Perú y Chile. Ubicado en el litoral Pacífico.

**c) Por el Este.**

o Lugar: Confluencia de los ríos Madre de Dios y Heath y Región Madre de Dios con la frontera con Bolivia

**d) Por el Oeste:**

o Lugar: Punta Balcones al sur del puerto de Talara. A orillas del océano Pacífico.

**Extensión**

- Continental: 1' 285, 215.60 km<sup>2</sup>. En dicha área están incluidas las islas costeras y que mide 94,3 km<sup>2</sup> y la zona peruana del lago Titicaca.
- Marítima: 626 240.00 km<sup>2</sup>
- Insular Litoral: 94.36 km<sup>2</sup>
- Insular Lacustre: 39.04 km

**DIVISION POLITICA**

La capital del Perú es Lima. Políticamente está dividido en 25 regiones incluido El Callao, estos departamentos o regiones se encuentran divididos en 194 provincias. Éstas, a su vez, se encuentran divididas en 1624 distritos, dentro de las cuales hay gobernaciones, anexos, caseríos y urbanizaciones.



**LOS PODERES DEL ESTADO PERUANO**

Conceptualmente es la Nación Peruana jurídicamente organizada, la entidad que ejerce el gobierno en la República del Perú. La estructura del Estado está definida en la Constitución Política del Perú promulgada en 1993 y vigente desde el 1 de enero de 1994.

**“Artículo Nro. 43**

Artículo Nro. 43 “La República del Perú es democrática, social, independiente y soberana. El Estado es uno e indivisible. Su gobierno es unitario, representativo y descentralizado, y se organiza según el principio de la separación de poderes. Está conformado por el Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial y los organismos constitucionales autónomos”

**• Poder Legislativo**

El Poder Ejecutivo es el órgano del Estado encargado de dirigir y ejecutar la marcha política del país. En los últimos decenios ha tenido un desarrollo muy importante, que le

ha dado mayor influencia política y ha depositado en él una creciente cantidad de atribuciones, entre ellas, el manejo de las potestades legislativa y jurisdiccional, sometidas a determinados requisitos y modalidades. En nuestro sistema político es el órgano más dinámico de la política nacional, aun cuando esto no quiere decir en modo alguno, que sea algo equivalente al “primer poder del Estado”.

El Congreso de la República del Perú es el órgano que asume el Poder Legislativo en la República del Perú, ocupando una posición principal dentro del Estado Peruano. Es, desde 1995, un congreso unicameral por cuanto está conformado por una sola cámara legislativa de 120 congresistas elegidos por distrito múltiple (por cada departamento de acuerdo a la población electoral) para un período de cinco años, coincidiendo con el período presidencial.

Su sede principal es el Palacio Legislativo del Perú, ubicado en el centro histórico de Lima, frente a la plaza Simón Bolívar y a escasas cuadras de la Casa de Pizarro.



#### • Poder Ejecutivo.

El Poder Ejecutivo está constituido por el Presidente, quien desarrolla las funciones de Jefe de Estado. Simboliza y representa los intereses permanentes del país. A su vez, como Jefe de Gobierno, es quien dirige la política gubernamental, respaldado por la mayoría político-electoral

o El Palacio de Gobierno del Perú, conocido también como Casa de Pizarro y como Casa de Gobierno de Lima -esta última mención con la que se datan los documentos oficiales-, se encuentra ubicado en la Plaza Mayor de la ciudad de Lima y a orillas del río Rímac desde 1535. Es la principal sede del Poder Ejecutivo peruano y la residencia personal del Presidente de la República del Perú.

o En el régimen presidencial, tanto el Poder Ejecutivo como el Legislativo son elegidos por sufragio popular.

#### • Poder Judicial.

El Poder Judicial es aquél que administra justicia. La Constitución reconoce que esta facultad es originaria del pueblo; sólo es ejercida por el Estado



El Poder Judicial del Perú es un organismo de la República del Perú constituido por una organización jerárquica de instituciones, que ejercen la potestad de administrar justicia, que emana del pueblo.



Está encabezado por la Corte Suprema de la República que tiene competencia en todo el territorio. El segundo nivel jerárquico lo forman las Cortes Superiores con

competencia en todo un Distrito Judicial. El tercer nivel es formado por los Juzgados de Primera Instancia cuya competencia es, aproximadamente, provincial. Finalmente, se encuentran los Juzgados de Paz, con competencia distrital.

Siendo cada uno de ellos autónomo e independiente Administrar Justicia a través de sus órganos jurisdiccionales, con arreglo a la Constitución y a las leyes, garantizando la seguridad jurídica y la tutela jurisdiccional, para contribuir al estado de derecho, al mantenimiento de la paz social y al desarrollo nacional”.

El Palacio de Justicia de Lima es un edificio característico de la ciudad peruana de Lima, sede de la Corte Suprema de la República y símbolo del Poder Judicial del Perú. Se ubica en el cercado de Lima frente al Paseo de los Héroes Navales, en una de las plazas más grandes y significativas del Perú, sede de uno de los poderes del Estado y que por ello es uno de los lugares usualmente elegidos en la ciudad para todo tipo de concentraciones públicas.

## La Independencia del Perú

El 28 de julio de 1821 fue proclamada la independencia del Perú por parte de Don José de San Martín, quien gobernó el Perú provisionalmente con el título de Protector.

Durante un año trató de organizar el nuevo Estado y de terminar con la resistencia realista en la sierra sur. Buscando obtener la ayuda de Simón Bolívar, pero éste no aceptó venir mientras San Martín tuviera el poder.

En setiembre de 1821, San Martín renunció al gobierno y se retiró del Perú. El Congreso peruano nombró una Junta Gubernativa, que al poco tiempo sufrió el golpe de estado de José de la Riva Agüero. La Junta y Riva Agüero enviaron tropas contra el virrey La Serna, pero fracasaron.

En julio de 1822, el Congreso nombró Presidente a don Bernardo de Tagle, quien llamó de emergencia al Libertador Simón Bolívar, quien fue proclamado Dictador en febrero de 1824, se instaló en Trujillo y organizó el Ejército Unido Libertador, que el 6 de agosto venció a los realistas en la batalla de Junín y el 9 de diciembre en la batalla de Ayacucho. Aquí cayó prisionero el virrey La Serna, que fue expulsado del Perú. El último foco de resistencia realista fue la fortaleza de Real Felipe, pero el general español Ramón Rodil la entregó en enero de 1826.

## IDIOMA OFICIAL DEL PERÚ

Son idiomas oficiales el castellano y, en las zonas donde predominen, también lo son el quechua, el aimara y las demás lenguas aborígenes, según la ley.

El español es por mucho el idioma más empleado en el país, es la lengua materna mayoritaria de casi todos los departamentos con excepción de: Apurímac (28,1%), Puno (33,8%), Ayacucho (35,7%), Huancavelica (35,1%) y Cusco (46,3%), en éstos predomina el quechua como lengua materna. El idioma aimara es la lengua materna del 27,5% de los habitantes de Puno, 17,1% de los de Tacna y del 11,1% en Moquegua. El bilingüismo en distintos grados y en diversas circunstancias entre el español y otra lengua es una práctica habitual, especialmente el bilingüismo quechua-español, el mismo que no pertenece a un área geográfica en especial.

Según el Censo de 2007 realizado por el INEI, el español es la lengua materna del 83,9% de los peruanos, el quechua del 13,2%, el aimara del 1,8%, y el asháninka del 0,3%, el restante tiene por lengua materna alguna de las más de 50 lenguas amazónicas habladas en la selva peruana, algunos autores consideran números superiores según la división dialectal que consideren. Ethnologue consigna 93 lenguas habladas en Perú.<sup>18</sup> El Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuano (INDEPA) registra 65 grupos etnolingüísticos contactados y 5 en situación de aislamiento.<sup>19</sup>

LENGUA MATERNA				
PERÚ Idioma	Censo de 1993		Censo de 2007	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Español	15 405 014	80,3	20 718 227	83,9
Quechua	3 177 938	16,6	3 261 750	13,2
Aimara	440 380	2,3	434 370	1,8
Otra lengua nativa	132 174	0,7	223 194	0,9
Idioma extranjero	35 118	0,2	21 097	0,1
Sordomudo	-	-	28 899	0,1

## PERFIL DEMOGRÁFICO

La población de la República del Perú de acuerdo al Censo peruano de 2007 que realizó el INEI ascendía a 28 220 764 habitantes<sup>20</sup>, con una densidad promedio de 21,95 hab/km<sup>2</sup>. La población estimada para 2012 es de 30 135 875 habitantes con una densidad de 23,44 hab/km<sup>2</sup>.

El Perú es predominantemente urbano (75.9%), el 47,5% de la población vive en alguna de las 15 ciudades más habitadas, Lima Metropolitana es la mayor concentración urbana con 8 472 935 de habitantes (2007)<sup>21</sup>. Las personas mayores de 65 años representan el 6,4%. Tiene una alta esperanza de vida (76 años) y de alfabetización (97,18%).<sup>22 23</sup>

En Lima Metropolitana, que incluye la capital del país y el principal puerto (El Callao), residen prácticamente uno de cada tres peruanos. Esta concentración en las ciudades se constata en el porcentaje de población que vive en el medio urbano, que alcanzó en 1996 el 71,1%. Como en otros muchos países iberoamericanos, el continuo proceso migratorio del campo a las ciudades en busca de mejores condiciones de vida, iniciado en la década de los años cuarenta, todavía no ha cesado. No obstante, en los últimos diez años han ido surgiendo otros centros urbanos que crecen a una velocidad mayor que la capital; tal es el caso de Iquitos y Trujillo, con aumentos de población del 3,2% y del 2,6%, respectivamente, frente al 2,3% ya citado de Lima

PRINCIPALES NÚCLEOS URBANOS, AÑO 1996		
Ciudad	Población	Crecimiento (%) (1)
Lima Metropolitana	6.884.000	2,3
Arequipa	680.6	2,4
Trujillo	556.8	2,6
Chiclayo	457.8	2,5
Iquitos	314	3,2
Piura	297.3	1,8

(1) Promedio anual 1993-1996.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Promoción Social.

<sup>18</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa\\_del\\_Per%C3%BA#cite\\_note-ETNO-34](http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_del_Per%C3%BA#cite_note-ETNO-34)

<sup>19</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa\\_del\\_Per%C3%BA#cite\\_note-INDEPA-5](http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_del_Per%C3%BA#cite_note-INDEPA-5)

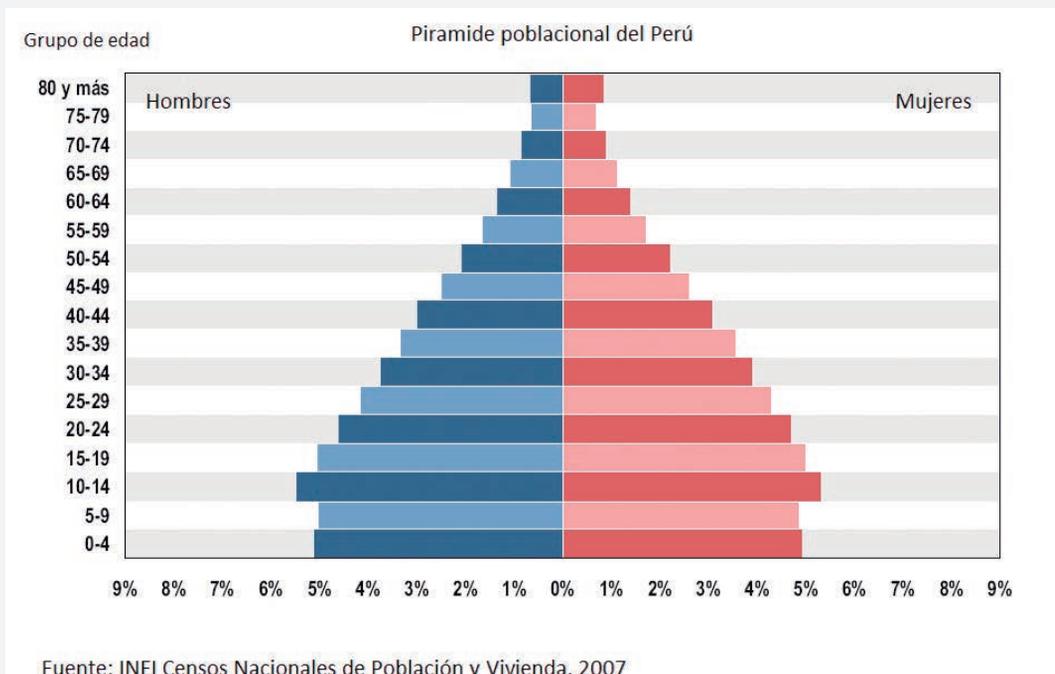
<sup>20</sup> INEI (2007). «Sistema de Consulta de Principales Indicadores Demográficos, Sociales y Económicos». Perú: Censos Nacionales 2007, XI de Población Y VI de Vivienda.

<sup>21</sup> INEI (2008). «Población y crecimiento». En Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales y Centro de Investigación y Desarrollo del INEI. Perfil sociodemográfico del Perú (2ª edición). Lima: Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI. pp. 23-29.

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud (2011). «Parte III, Esperanza de vida y mortalidad». En OMS. Estadísticas sanitarias mundiales. Francia. pp. 50-51. ISBN 978 92 4 356419 7.

<sup>23</sup> Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización (junio de 2011). «Medición de la tasa de analfabetismo, Perú» págs. 5.

## COMPOSICIÓN DEMOGRÁFICA POR SEXO



Composición de la población por edad y sexo (INEI).

Según el censo peruano de 2007 había un total de 13 622 640 de varones, es decir el 49,7% de la población peruana censada; 13 789 517 eran mujeres (50,3%).

El índice de masculinidad, que muestra el número de hombres por cada 100 mujeres, tanto en 2007 como en 1993 muestra el mismo valor de 98,8. Este índice varía mucho a lo largo del territorio nacional, es menor en Lima Metropolitana —96 hombres por cada 100 mujeres— y en el departamento de Lambayeque (94,9), los valores más altos se

registran en el departamento de Madre de Dios (130) y en las comunidades indígenas de la Amazonía entre los grupos etáreos: de 15 a 64 años, un índice de 120; y de 65 años a más, un índice de 127. En general el índice de masculinidad es inferior a 100 en las áreas urbanas, y superior a este número en las áreas rurales, esto se debe principalmente a la emigración de mujeres hacia las zonas urbanas, donde esperan conseguir mejores condiciones de vida.

## COMPOSICIÓN DEMOGRÁFICA POR EDADES

En 2007 alrededor del 30,5% de la población era menor de 15 años, porcentaje que ha venido disminuyendo con respecto a los censos anteriores. El segmento demográfico correspondiente a las personas entre 15 a 64 años representa el 63,1%. Las personas mayores de 64 años representan el 6,4%, en 1993 este grupo representaba el 4,7%.

Los departamentos con mayor proporción de menores de 15 años son: Huancavelica (39,7%), Loreto (38,6%) y Amazonas (37,8%), estos departamentos presentan índices de desarrollo humano medio; al contrario los departamentos con menor proporción de población menor de 15 años son: Moquegua (25,3%), Lima (25,4%) y Arequipa (26,4%),

estos presentan un índice de desarrollo humano alto.<sup>24</sup>

La mayor proporción de adultos mayores de 64 años se da en los departamentos de Áncash (7,7%) y Apurímac (7,5%), este grupo etáreo tiene menor representación en los departamentos de Madre de Dios (2,6%) y Ucayali (3,7%).

## FECUNDIDAD

En el Perú las mujeres han reducido considerablemente su tasa de fecundidad. En 1962 se estima que las peruanas tenían un promedio de 6,85 hijos durante su vida fértil (tasa global de fecundidad), mientras en 2012 se proyecta una fecundidad de 2,4 hijos, valor aún por encima del límite de reemplazo intergeneracional (2,1 hijos por mujer).<sup>25</sup>

La tasa global de fecundidad no es uniforme en el territorio nacional, es inferior al promedio nacional en las áreas urbanas, la diferencia con las mujeres del área rural en 2007 era de un hijo por mujer; en 1993 la diferencia de fecundidad urbano-rural era de 1,3 hijos por mujer. El menor tamaño de las familias peruanas que residen en áreas urbanas se debe el mayor acceso de las mujeres a oportunidades laborales, educativas y sanitarias.

21 departamentos peruanos tienen tasas de fecundidad global que los sitúan por encima del nivel de reemplazo intergeneracional; 3 departamentos se encuentran en el límite del reemplazo intergeneracional (2,1 hijos por mujer): Moquegua, Arequipa y Lima; la Provincia Constitucional del Callao tiene una tasa global de fecundidad de 2,0, lo que la sitúa por debajo del límite.

Evolución de la fecundidad			
Año	Número de nacimientos	Tasa bruta de natalidad	Tasa global de fecundidad
1950	371 403	48,66‰	6,85 (hijos por mujer)
1961	484 106	47,38‰	6,85
1972	574 480	41,17‰	6,06
1981	619 984	34,91‰	4,86
1993	648 226	28,09‰	3,52
2000	625 525	24,07‰	2,93
2005	616 157	22,16‰	2,69
2007	611 784	21,48‰	2,62
2012	588 813	19,54‰	2,40

## ESPERANZA DE VIDA Y MORTALIDAD

La esperanza de vida, ha incrementado su valor gradualmente desde la última mitad del siglo XX, según el INEI en 1950 la esperanza de vida de un peruano al nacer era de 43,2

<sup>24</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa\\_del\\_Per%C3%BA#cite\\_note-LIBRO2-6](http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_del_Per%C3%BA#cite_note-LIBRO2-6)

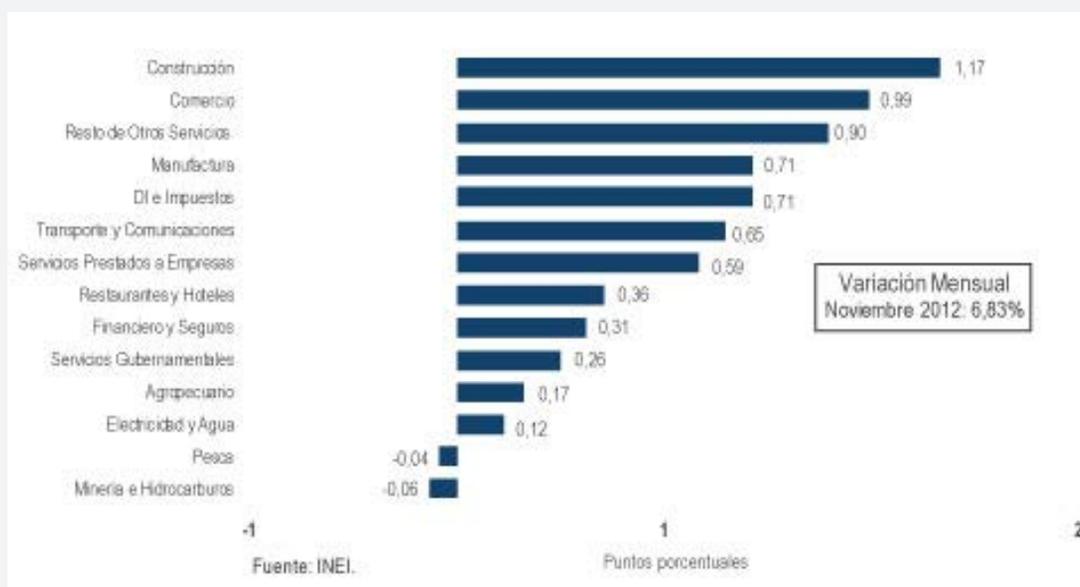
años; según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 2009 la esperanza de vida fue de 76 años un valor superior al proyectado por el INEI para dicho año: 73,4 años. La esperanza de vida para los varones en 2009 fue de 74 años, y para las mujeres fue de 77 años.

La tasa bruta de mortalidad nacional ha disminuido constantemente desde 22,5‰ en 1950,<sup>25</sup> hasta su valor más bajo en 2007: 5,45‰. La tasa de mortalidad proyectada para 2012 es 5,55‰, se espera que esta se incremente en un punto para 2030 (6,56‰).

La tasa de mortalidad infantil —número de defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos— fue según la OMS de 19‰ en 2009; y 20‰ según el INEI para dicho año. En 2012 se estima que la tasa de mortalidad infantil esté alrededor de 18,80‰.

Año	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2012
Esperanza de vida (años)	43,19	47,71	53,47	60,05	65,57	70,49	74,04
Tasa bruta de mortalidad (‰)	22,48	18,75	14,07	9,85	7,28	5,75	5,55
Tasa de mortalidad infantil (‰)	161,87	142,11	118,38	90,49	61,52	33,80	18,80

## INDICADORES ECONÓMICOS



Los principales productos orgánicos en ser exportados por el Perú son el café, el banano orgánico y el cacao, seguido muy de lejos por el algodón y el mango.

<sup>25</sup> INEI (2009). «Indicadores demográficos». Perú: Estimaciones y proyecciones de población total, por años calendario y edades simples, 1950-2050.

<sup>26</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa\\_del\\_Per%C3%BA#cite\\_note-MORT-32](http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_del_Per%C3%BA#cite_note-MORT-32)

Las exportaciones peruanas están compuestas en un 60% por productos mineros, los cuales están diversificados incluyendo metales diversos como cobre, oro, molibdeno, plata, zinc, entre otros. Las exportaciones mineras en el 2011 ascendieron a US\$27,848 millones, cifra superior en 27% a la del año anterior.

Exportaciones (Millones de US\$)	2010	2011	Part. % (2011)	Var.% (2010/2011)
Minería metálica y no metálica	21,973.7	27,848.0	60.2%	27%
Agro y agroindustria	3,164.5	4,502.0	9.7%	42%
Pesca	2,525.8	3,146.0	6.8%	25%
Petróleo	3,088.0	4,704.0	10.2%	52%
Textil	1,557.7	1,986.0	4.3%	27%
Químico	1,223.4	1,645.0	3.6%	34%
Sidero-metalúrgico	918.3	1,128.0	2.4%	23%
Metal mecánico	394.1	464.0	1.0%	18%
Maderas y papeles	354.6	398.0	0.9%	12%
Otras exportaciones	364.4	446.0	1.0%	22%
<b>TOTAL</b>	<b>35,564.7</b>	<b>46,267.0</b>	<b>100.0%</b>	<b>30%</b>

## DENSIDAD POBLACIONAL

Según los resultados del Censo, el nivel promedio de la ocupación territorial del país varía de 13,8 habitantes por Km<sup>2</sup> en 1981 a 17,6 en 1993, actualmente es de 21,95.

La densidad poblacional es un indicador del grado de concentración de la población que se obtiene interrelacionando el número de habitantes con la superficie territorial.

PERÚ	SUPERFICIE TERRITORIAL		DENSIDAD POBLACIONAL (Habitantes por Km)	
	Km	%	1981	1993
TOTAL	1285215,60	100,0	13,8	17,6

Esta densidad ubica al Perú en el promedio de América Latina, que es de 22 habitantes por Km<sup>2</sup> (h/ Km<sup>2</sup>) y debajo del promedio mundial que es 39 habitantes por Km<sup>2</sup>. Sin embargo, es superior al de América del Norte (13h/Km<sup>2</sup>) y Oceanía (3h/Km<sup>2</sup>).

A nivel departamental la densidad poblacional es bastante diferenciada. Se pueden establecer los cuatro niveles siguientes: con más de 100 h/Km<sup>2</sup>, con menos de 100 y más de 50 h/Km<sup>2</sup>, menos de 50 y más de 10 y menos de 10 h/Km<sup>2</sup>.

PRINCIPALES VARIABLES E INDICADORES DE PARTICIPACIÓN EN LA  
ACTIVIDAD ECONÓMICA, CENSOS, 1993 y 2007

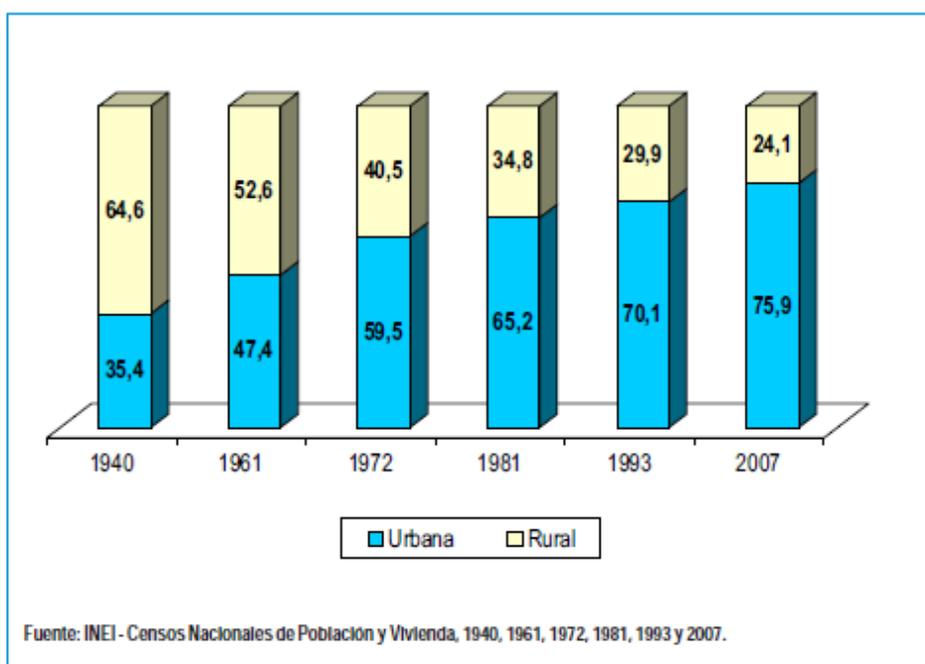
Variable/ Indicador	Censo 1993		Censo 2007		Crecimiento Poblacional Anual	
	Cifras absolutas	%	Cifras absolutas	%	Absoluto	Tasa (%)
<b>PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA</b> (población de 14 y más años de edad)						
Población en edad de trabajar	<b>14 387 303</b>	<b>65,3</b>	<b>19 646 652</b>	<b>71,7</b>	<b>375 668</b>	<b>2,2</b>
Hombre	7 065 400	64,5	9 664 355	70,9	185 640	2,2
Mujer	7 321 903	66,0	9 982 297	72,4	190 028	2,2
Urbana	10 547 888	68,2	15 379 882	73,9	345 142	2,7
Rural	3 839 415	58,3	4 266 770	64,6	30 525	0,7
PEA	<b>7 159 228</b>	<b>49,8</b>	<b>10 637 880</b>	<b>54,1</b>	<b>248 475</b>	<b>2,8</b>
Hombre	5 033 228	71,2	6 877 166	71,2	131 710	2,2
Mujer	2 126 000	29,0	3 760 714	37,7	116 765	4,1
Urbana	5 261 233	49,9	8 514 666	55,4	232 388	3,4
Rural	1 897 995	49,4	2 123 214	49,8	16 087	0,8
PEA Según grupo de edad	<b>7 159 228</b>	<b>49,8</b>	<b>10 637 880</b>	<b>54,1</b>	<b>248 475</b>	<b>2,8</b>
De 14 a 29 años edad	2 897 385	42,7	3 739 843	45,9	60 176	1,8
De 30 a 39 años edad	1 806 077	63,5	2 728 019	69,1	65 853	2,9
De 40 a 49 años edad	1 187 476	61,9	2 075 109	68,9	63 402	4,0
De 50 a 59 años edad	705 015	54,6	1 256 865	61,5	39 418	4,1
De 60 años a mas	563 275	36,5	838 044	33,6	19 626	2,8
PEA con educación superior	<b>1 742 037</b>	<b>24,7</b>	<b>7 389 393</b>	<b>36,7</b>	<b>154 097</b>	<b>5,8</b>
PEA Masculina	1 058 974	21,4	2 291 548	33,3	88 041	5,6
PEA Femenina	683 063	32,6	1 607 845	42,8	66 056	6,2
PEA Ocupada	6 649 649	92,9	10 163 614	95,5	250 998	3,0
Hombre	4 683 149	93,0	6 561 246	95,4	134 150	2,4
Mujer	1 966 500	92,5	3 602 368	95,8	116 848	4,3
PEA Ocupada con seguro de salud			3 555 678	35,0		

## POBLACIÓN URBANA Y RURAL

La distribución de la población está asociada a los patrones de asentamiento y dispersión de la población dentro de un país o región.

En cifras absolutas, la población del área urbana creció, pero su velocidad de crecimiento viene decreciendo desde la década del 60. Entre los Censos de 1961 y 1972, el crecimiento de la población urbana fue de 5,1% por año. Este ritmo disminuyó a 3,6% anual en el periodo intercensal 1972 y 1981, a 2,8% en el periodo 1981 y 1993 y a 2,1% en el periodo 1993 y 2007. En esos mismos periodos la población del área rural ha crecido a un ritmo inferior al 1,0% por ciento anual.

PERÚ: POBLACIÓN CENSADA, POR ÁREA URBANA Y RURAL,  
1940, 1961, 1972, 1981, 1993 Y 2007



## POBREZA POR NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS 2007-2012 (NBI)

Perú: Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas y población afectada, según tipo de indicador, 2007				
Tipo de Indicador	Hogares con NBI		Población con NBI	
	% del Total de Hogares	Absoluto	% del Pob. Total	Absoluto
TOTAL REPÚBLICA	37,5	2531284	40,7	11014827
Viviendas Inadecuadas (NBI 1)	12,2	824383	11,9	3206790
Viviendas Con Hacinamiento (NBI 2)	14,2	957825	20,0	5402065
Viviendas Sin Servicios Higiénicos (NBI 3)	18,4	1243565	17,2	4640798
Hogares con niños que no asisten a la escuela (NBI 4)	6,3	169934	7,0	993744
Dependencia económica (NBI 5)	4,5	307078	6,9	1863739

Fuente: INEI - Censos Nacionales: 2007: XI de Población y VI de Vivienda

## REDUCCION DE LAS CARENCIAS DE LA POBLACION EN EL ACCESO A SERVICIOS BASICOS 1993-2007

Servicios	TOTAL			URBANA			RURAL		
	1993	2007	Reducc.	1993	2007	Reducc.	1993	2007	Reducc.
Sin agua	40%	23%	17%	18%	13%	5%	93%	56%	37%
Sin desag/letr.	36%	17%	19%	20%	9%	11%	75%	43%	32%
Sin electric.	42%	24%	18%	20%	9%	11%	92%	70%	22%

Fuentes: Censos de Población y Vivienda de 1993 y 2007

## MAPA DE POBREZA DEPARTAMENTAL FONCODES 2006

Quintil de Carencias	DEPARTAMENTOS	Nro. de Departam.	POBLACION 2007	
			TOTAL	%
Más Pobre	Huancavelica, Huanuco, Cajamarca, Apurimac, Ayacucho, Loreto, Amazonas, Pasco	8	5.169.682	19%
Quintil 2	Cusco, Puno, Ucayali, Piura, San Martín	5	5.277.126	19%
Quintil 3	Ancash, Junín, Madre de Dios, La Libertad, Lambayeque, Tumbes, Ica	7	6.040.644	22%
Quintil 4	Moquegua, Arequipa, Tacna	3	1.602.617	6%
Menos Pobre	Lima, Callao	2	9.322.088	34%
	<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>27.412.157</b>	<b>100%</b>

El Mapa de Pobreza de FONCODES es un instrumento de focalización, que tiene como propósito optimizar o racionalizar el gasto, permitiendo identificar los ámbitos geográficos que concentran la población más pobre en términos de mayores carencias de servicios básicos y mayor vulnerabilidad a la pobreza

Esta identificación geográfica, permite a la institución determinar en donde es necesario invertir mayores recursos, con el financiamiento de proyectos de inversión pública de alcance local, para contribuir con la reducción de la pobreza.



## MORBILIDAD

### Principales causas de morbilidad general - Red de Salud San Ignacio - Año 2012

En la Provincia de San Ignacio, durante el año 2012, observamos que la principal causa de morbilidad general son las infecciones de las vías respiratorias, con el 37.58%, seguida por las enfermedades infecciosas intestinales con el 11.07%, así mismo tenemos también como principal causa de morbilidad a las enfermedades del sistema urinario con el 9.285%, y el 4.13% son por micosis.

Estas 10 primeras causas de morbilidad corresponden a cuatro distritos de Red San Ignacio (San Ignacio, Huarango, San José de Lourdes y Namballe).

CUADRO No. 1				
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012				
N°	Cód. Cie X	CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL	N°	%
1	(J00-J06)	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	28,390	37.58
2	(A00-A09)	Enfermedades infecciosas intestinales	8,366	11.07
3	(N30-N39)	Otras enfermedades del sistema urinario	6,990	9.25
4	(E40-E46)	Desnutrición	6,917	9.16
5	(K00-K14)	Enf. de la cavidad bucal	5,561	7.36
6	(K20-K31)	Enf. del esófago, del estómago y del duodeno	4,506	5.96
7	(L00-L08)	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	4,335	5.74
8	(B65-B83)	Helmintiasis	3,842	5.09
9	(L20-L30)	Dermatitis y eczema	3,528	4.67
10	(B35-B49)	Micosis	3,118	4.13
		Total	75,553	100.00

Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

## GRÁFICO N 01

### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012



Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

### Principales causas de morbilidad en el grupo de edad de 0 a 11 años de edad - Red de Salud San Ignacio año 2012

En el grupo de edad de 0 a 11 años de edad, podemos observar que la principal causa de morbilidad son las infecciones agudas de las vías respiratorias con el 39.68%, seguido por las enfermedades infecciosas intestinales con el 12.78%, otra de las principales causas de morbilidad es la desnutrición alcanzando el 12.38% y el 2.35% son por otras enfermedades del sistema urinario.

## CUADRO No. 2

### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE EDAD DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012

Nº	Cód. Cie X	CAUSAS DE MORBILIDAD	Nº	%
1	(J00-J06)	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	16,025	39.68
2	(A00-A09)	Enfermedades infecciosas intestinales	5,162	12.78
3	(E40-E46)	Desnutrición	4,999	12.38
4	(K00-K14)	Enf. de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	2,986	7.39
5	(B65-B83)	HelminCIAS	2,968	7.35
6	(L00-L08)	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	2,436	6.03
7	(L20-L30)	Dermatitis y eczema	1,872	4.64
8	(J20-J22)	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	1,566	3.88
9	(B35-B49)	Micosis	1,423	3.52
10	(N30-N39)	Otras enfermedades del sistema urinario	950	2.35
Total			40,387	100.00

Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

## GRÁFICO N 02

### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE EDAD DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012



Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

### Principales causas de morbilidad en el grupo de edad de 12 a 17 años de edad - Red de Salud San Ignacio año 2012

Observamos que en el grupo de edad de 12 a 17, la principal causa de morbilidad son las infecciones agudas respiratorias con el 34.97%, seguido por la desnutrición con el 17.95%, el 9.26% de las causas de morbilidad son por enfermedades de la cavidad bucal, y el 4.2% de las causas son por dermatitis y eczema.

## CUADRO No. 3

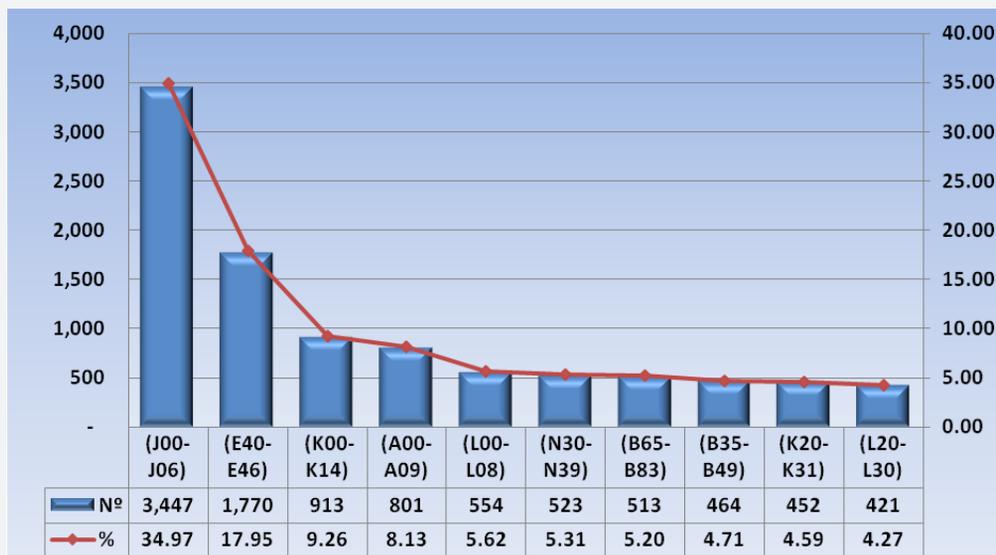
### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE EDAD DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012

Nº	Cód. Cie X	CAUSAS DE MORBILIDAD	Nº	%
1	(J00-J06)	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3,447	34.97
2	(E40-E46)	Desnutrición	1,770	17.95
3	(K00-K14)	Enf. de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	913	9.26
4	(A00-A09)	Enf. infecciosas intestinales	801	8.13
5	(L00-L08)	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	554	5.62
6	(N30-N39)	Otras enfermedades del sistema urinario	523	5.31
7	(B65-B83)	HelminCIAS	513	5.20
8	(B35-B49)	Micosis	464	4.71
9	(K20-K31)	Enf. del esófago, del estómago y del duodeno	452	4.59
10	(L20-L30)	Dermatitis y eczema	421	4.27
Total			9,858	100.00

Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

## GRÁFICO N 03

### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE EDAD DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012



Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

### Principales causas de morbilidad en el grupo de edad de 18 a 29 años de edad - Red de Salud San Ignacio año 2012

Observamos en el grupo de edad de 18 a 29 años de edad, la principal causa de morbilidad son las infecciones agudas de las vías respiratorias, alcanzando el 29.05%, seguido por otras enfermedades del sistema urinario con el 14.53%, el 13.79 de las causas son por otros trastornos maternos relacionados con el embarazo, y el 4.47% son causados por las micosis.

## CUADRO No. 4

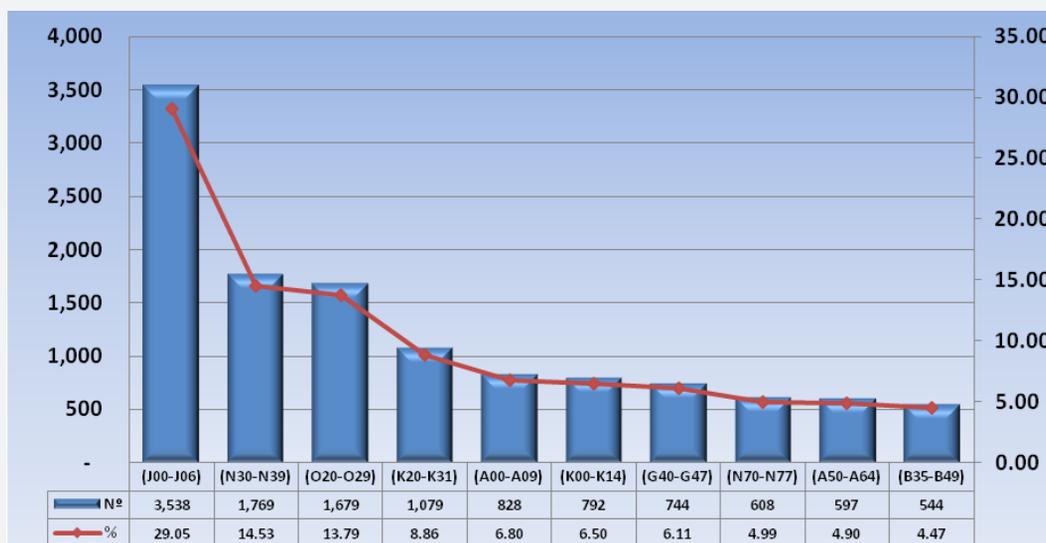
### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE EDAD DE 18 A 29 AÑOS DE EDAD - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012

Nº	Cód. Cie X	CAUSAS DE MORBILIDAD	Nº	%
1	(J00-J06)	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3,538	29.05
2	(N30-N39)	Otras enfermedades del sistema urinario	1,769	14.53
3	(O20-O29)	Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo	1,679	13.79
4	(K20-K31)	Enf. del esófago, del estómago y del duodeno	1,079	8.86
5	(A00-A09)	Enf. infecciosas intestinales	828	6.80
6	(K00-K14)	Enf. de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	792	6.50
7	(G40-G47)	Trastornos episódicos y paroxísticos	744	6.11
8	(N70-N77)	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	608	4.99
9	(A50-A64)	Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual	597	4.90
10	(B35-B49)	Micosis	544	4.47
Total			12,178	100.00

Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

## GRÁFICO NO. 4

### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE EDAD DE 18 A 29 AÑOS DE EDAD - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012



Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

### Principales causas de morbilidad en el grupo de edad de 30 a 59 años de edad - Red de Salud San Ignacio año 2012

En la red san Ignacio, en el grupo de edad de 30 a 59 años de edad, podemos observar que la principal causa de morbilidad son las infecciones agudas de las vías respiratorias, con el 26.4%, seguida por otras enfermedades del sistema urinario con el 19.4%, el 12.0% son por enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno, el 4.2% de las causas son por infecciones de la piel y del tejido subcutáneo.

## CUADRO No. 5

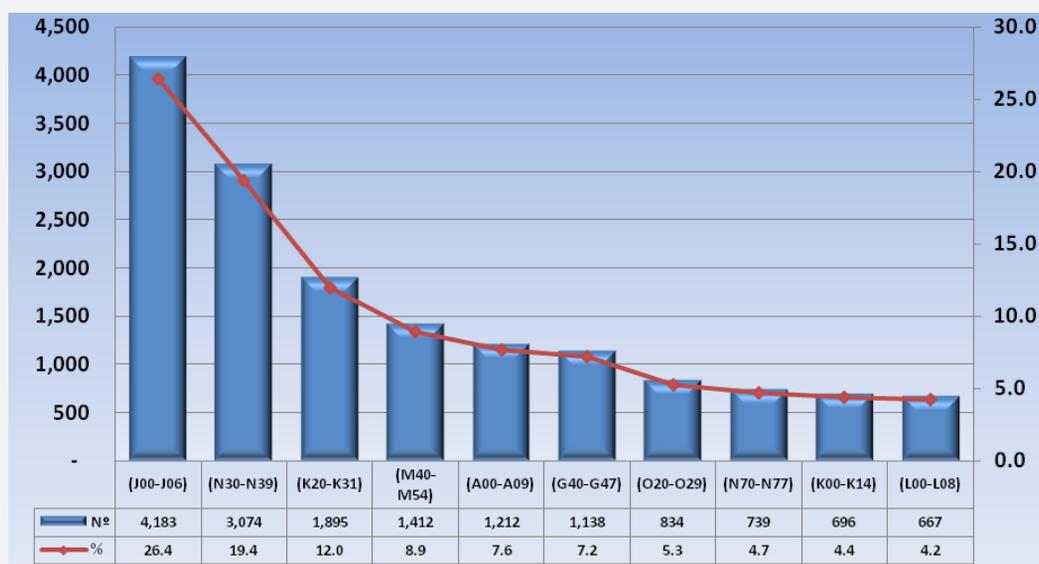
### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE EDAD DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012

Nº	Cód. Cie X	CAUSAS DE MORBILIDAD	Nº	%
1	(J00-J06)	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	4,183	26.4
2	(N30-N39)	Otras enfermedades del sistema urinario	3,074	19.4
3	(K20-K31)	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	1,895	12.0
4	(M40-M54)	Dorsopatias	1,412	8.9
5	(A00-A09)	Enfermedades infecciosas intestinales	1,212	7.6
6	(G40-G47)	Trastornos episódicos y paroxísticos	1,138	7.2
7	(O20-O29)	Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo	834	5.3
8	(N70-N77)	Enf. inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	739	4.7
9	(K00-K14)	Enf. de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	696	4.4
10	(L00-L08)	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	667	4.2
Total			15,850	100.00

Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

## GRÁFICO NO. 5

### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE EDAD DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012



Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

### Principales causas de morbilidad en el grupo de edad más de 60 años de edad - Red de Salud San Ignacio año 2012

En el grupo de edad, de más de 60 años, observamos que al igual que en todos los grupos de edad, la principal causa es de las infecciones agudas de las vías respiratorias alcanzando el 16.63%, seguido por las Artropatías con el 15.81%, el 13.17% son por enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno, el 2.82% de las causas son por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

## CUADRO No. 6

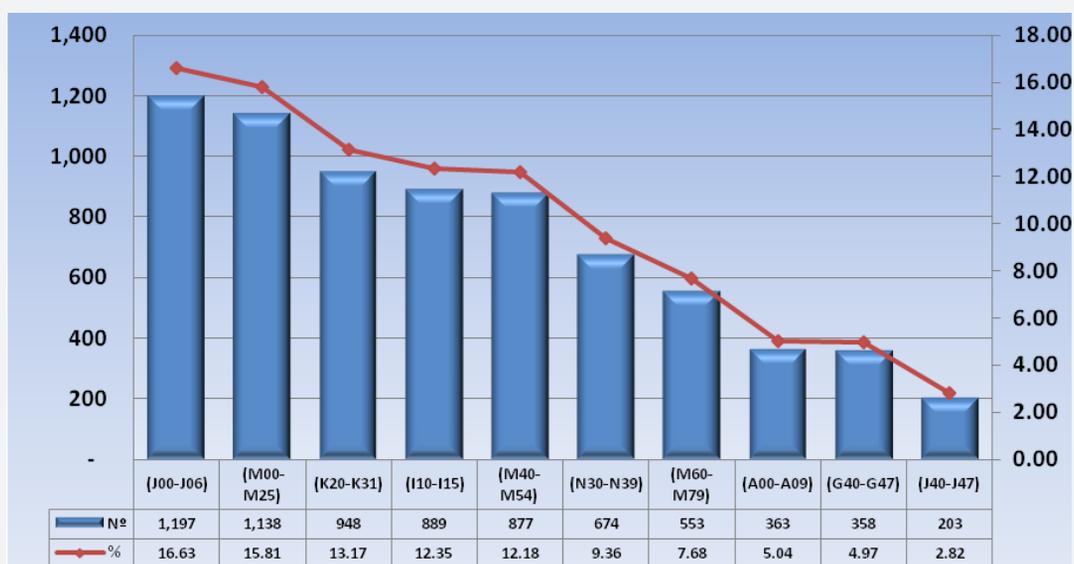
### PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE EDAD MAS DE 60 AÑOS DE EDAD - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012

Nº	Cód. Cie X	CAUSAS DE MORBILIDAD	Nº	%
1	(J00-J06)	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1,197	16.63
2	(M00-M25)	Artropatías	1,138	15.81
3	(K20-K31)	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	948	13.17
4	(I10-I15)	Enfermedades hipertensivas	889	12.35
5	(M40-M54)	Dorsopatias	877	12.18
6	(N30-N39)	Otras enfermedades del sistema urinario	674	9.36
7	(M60-M79)	Trastornos de los tejidos blandos	553	7.68
8	(A00-A09)	Enfermedades infecciosas intestinales	363	5.04
9	(G40-G47)	Trastornos episódicos y paroxísticos	358	4.97
10	(J40-J47)	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	203	2.82
Total			7,200	100.00

Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

## GRÁFICO NO. 6

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO DE EDAD MAS DE 60 AÑOS DE EDAD - RED DE SALUD SAN IGNACIO AÑO 2012



Fuente: Sistema de Información. HIS – OITE Año 2012

## • CAPÍTULO II ANÁLISIS POR COMPONENTES



## 2.1 COMPONENTE SOCIAL, DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO



### 2.1.1. MARCO METODOLÓGICO:

Para la elaboración del ASIS de frontera en relación al componente social demográfico la metodología utilizada, sigue los lineamientos establecidos en el documento “*Guía para el análisis de situación de salud de las poblaciones en ámbitos de frontera de los países andinos*”.<sup>27</sup>

El componente Social y Demográfico, está conformado por tres perfiles cada uno de ellos contiene de un grupo de indicadores.

- Perfil de entorno territorial
- Perfil demográfico
- Perfil socioeconómico

a. En el *Perfil del Entorno Territorial* se caracteriza geográficamente los NUTES 3 y 4 objetos del ASIS, y contiene las variables:

- Denominación de las NUTES 3 y 4
- Ubicación geográfica
- Vías de comunicación, formas de acceso y medios de comunicación
- Temperatura media, humedad, precipitación, zonas de riesgo y festividades

Para efectos del presente Análisis de Situación de Salud Binacional se ha definido como cordón fronterizo del Eje Zumba – San Ignacio.

Conformado por los 2 cantones de Chinchipe y Palanda (Nute 3) de Ecuador pertenecientes a la provincia de Zamora Chinchipe y 4 distritos, San Ignacio, Namballe, San José de Lourdes y Huarango de Perú, pertenecientes al departamento de Cajamarca.

Ecuador:

Nute 3 Chinchipe  
Nute4 Zumba  
Nute 4 Chito  
Nute 4 El Chorro  
Nute 4 La Chonta  
Nute 3 Palanda  
Nute 4 Palanda  
Nute 4 El Porvenir del Carmen  
Nute 4 San Francisco del Vergel  
Nute 4 Valladolid

Perú:

Nute 3 San Ignacio  
Nute 4 San Ignacio  
Nute 4 Namballe  
Nute 4 San José de Lourdes  
Nute 4 Huarango

Estos municipios fueron definidos conjuntamente en el taller Binacional Zumba- San Ignacio Ecuador- Perú para socialización de Guía de ASIS, análisis de información y priorización en la Ciudad de Zumba del 19 y 20 Setiembre del 2012.

b. En el *Perfil Demográfico* se describe la población del eje fronterizo por sexo y grupos de edad, área urbana y rural, población indígena y discapacitados así como también indicadores de la dinámica demográfica.

- Población total por sexo y grupos de edad
- Distribución porcentual de áreas urbana y rural
- Tasa de crecimiento anual de la población
- Tasa general de fecundidad
- Tasa bruta de natalidad
- Tasa bruta de mortalidad
- Grupos vulnerables: gestantes, población indígena, discapacidades
- Esperanza de vida al nacer

c. En el *Perfil Socioeconómico* se describe pobreza, cobertura de educación y servicios básicos.

- El índice de necesidades básicas insatisfechas –NBI-
- Proporción de población bajo línea de pobreza.
- Desempleo
- Tasa de analfabetismo en población mayor de 15 años por sexo
- Cobertura neta con educación primaria
- Cobertura neta con educación secundaria
- Hacinamiento.

La información recolectada tiene como fuente: los sistemas de información del Ministerio Nacional de Salud del Perú MINSA, SENAHMI, CENSO 07, MINEDU, INEI, y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, así como la información del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador SIISSE, e Información sobre mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. Los años acordados de la información para el análisis:

- Población año 2010
- Indicadores socio demográficos y poblacionales 2010

## 2.1.2. ANÁLISIS POR PERFILES

### 2.1.2.1. PERFIL DEL ENTORNO TERRITORIAL

El análisis del entorno territorial se hace integrando información de dos divisiones territoriales de distritos del departamento Cajamarca, Perú, clasificadas como Nute 3

---

<sup>27</sup>“Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos”- ASIS / Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS-CONHU; 2009.

(San Ignacio) y Nutes 4 (San Ignacio, Namballe, San José de Lourdes y Huarango) con dos divisiones territoriales cantonales de las provincias de El Oro, Ecuador, clasificadas como Nutes 3 (Chinchipec y Palanda) y Nute 4 ( Zumba, Chito ,El Chorro ,La Chonta, Palanda, El Porvenir del Carmen, San Francisco del Vergel y Valladolid). La extensión territorial total es de 10117 km<sup>2</sup>.

TABLA 1.1		
EXTENSIÓN TERRITORIAL DEL CORDÓN FRONTERIZO EJE ZUMBA -SAN IGNACIO 2013		
NUTE 4	EXTENSION TERRITORIAL EN Km <sup>2</sup>	%
Zumba	426,2	4,46
Chito	355,93	3,72
El Chorro	14,94	0,16
La Chonta	18,1	0,19
El Porvenir del Carmen	526,2	5,51
San Francisco del Vergel	202,87	2,12
Valladolid	538,29	5,63
Palanda	502	5,25
San Ignacio	4990,32	52,21
Namballe	376,09	3,93
San José de Lourdes	922,35	9,65
Huarango	684,3	7,16
<b>TOTAL</b>	<b>9557,59</b>	<b>100,00</b>

## EXTENSIÓN TERRITORIAL

El total territorial de la zona fronteriza en análisis es de 9.557,59 Kilómetros cuadrados, la zona con el mayor territorio es San Ignacio con el 52,21%, le sigue San José de Lourdes con el 9,65%, mientras que las que menos aportan en territorio son el Chorro y la Chonta con 0.16 y 0.19 respectivamente.

TABLA 1.2		
LONGITUD Y LATITUD DEL CORDÓN FRONTERIZO EJE ZUMBA -SAN IGNACIO 2013		
NUTE 4	LONGITUD	LATITUD
Zumba	79° 13' 03"	4° 08' 06"
Chito	79° 05' 00"	4° 09' 03"
El Chorro	79° 01' 00"	4° 09' 00"
La Chonta	79° 01' 00"	4° 09' 05"
El Porvenir del Carmen	78° 09' 08"	4° 04' 06"
San Francisco del vergel	79° 03' 03"	4° 06' 06"
Valladolid	79° 05' 00"	4° 05' 05"
Palanda	79° 15' 00"	4° 06' 05"
San Ignacio	79° 05' 00"	05° 00' 30"
Namballe	78° 53' 00"	05° 03' 00"
San José de Lourdes	78° 44' 30"	05° 18' 30"
Huarango	78° 07' 04"	5° 03' 01"

El territorio que se analiza va desde los 79°13'03'' en el oeste hasta los 78°07'04'' hacia el este y desde los 4°08'06'' en el norte hasta los 5°03'01'' en el sur.

**TABLA 1.3**

TIPO DE TRANSPORTE Y DISTANCIAS DEL CORDÓN FRONTERIZO EJE  
ZUMBA -SAN IGNACIO ENERO 2013

NUTE 4	TIPO DE TRANSPORTE ENTRE CENTROS POBLADOS DE DESARROLLO Y LA COMUNIDAD DISPERSA MAS ALEJADA	TIEMPO EN MINUTOS DE LLEGADA A LA CIUDAD PRINCIPAL	DISTANCIA EN KILOMETROS A LA CIUDAD PRINCIPAL
Zumba	TERRESTRE (transporte público + semovientes)	6 horas a Rio Blanco	65
Chito	TERRESTRE (transporte público y privado)	120 minutos desde San Pedro de Yaramuro	35
El Chorro	TERRESTRE (transporte público y privado)	5 minutos	2
La Chonta	TERRESTRE (transporte público + semovientes)	45 minutos desde La Balsa	15
El Porvenir del Carmen	TERRESTRE (transporte público y privado)	2 horas desde Los Entierros	35
San Francisco del Vergel	TERRESTRE (transporte público y privado)	15 minutos desde Loyola	7
Valladolid	TERRESTRE (transporte público y privado, también semovientes)	3 horas desde San Vicente de Punchis	35
Palanda	TERRESTRE (transporte público y privado)	4 horas desde Quebrada Honda y Libertad	35
San Ignacio	TERRESTRE (transporte en camionetas, motos público y privado, semovientes, a pie)	4 horas	120
Namballe	TERRESTRE (transporte en camionetas, motos público y privado, semovientes, a pie)	5 horas	90
San José de Lourdes	TERRESTRE (transporte en camionetas, motos público y privado, semovientes, a pie)	4 horas 20 minutos	120
Huarango	TERRESTRE (transporte en camionetas, motos público y privado, semovientes, a pie)	8 horas 30 minutos	80

### TIPO DE TRANSPORTE Y DISTANCIAS

El tipo de transporte en la zona de frontera es principalmente terrestre, que se combina entre vehículo y motos en el lado peruano, mientras que en el lado ecuatoriano es solo la movilización con vehículos. El tiempo de llegada entre las comunidades más alejadas de las NUTE 4 y la ciudad principal es en promedio de 200 minutos, siendo San José de Lourdes la cuenta con la comunidad más distante (Chingozales) con 720 minutos, que supera el promedio por el lado de Perú; y por el lado de Ecuador supera el promedio Zumba con 360 minutos.

Las distancia en kilómetros es en promedio de 53,25 kilómetros, sin embargo existen también extremos como el caso del lado del Perú, en San José de Lourdes cuenta con la comunidad que se encuentra muy distante, a 220 Km de distancia, y la más cerca es la de Huarango 80 Km de distancia, para el lado ecuatoriano, la ciudad más cercana es El Chorro con 2 Km mientras que Zumba, tiene la más alejada.

TABLA 1.4		
TIPO DE TRANSPORTE Y DISTANCIAS DEL CORDÓN FRONTERIZO EJE ZUMBA -SAN IGNACIO ENERO 2013		
NUTE 4	TIEMPO DE LLEGADA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD REMITENTES A NIVEL SUPERIOR (MINUTOS)	DISTANCIA EN KILOMETROS DESDE LAS INSTITUCIONES DE SALUD
Zumba	360	160
Chito	120	42
El Chorro	20	12
La Chonta	80	20
El Porvenir del Carmen	480	42
San Francisco del Vergel	360	75
Valladolid	195	68
Palanda	150	50
San Ignacio	90	109
Namballe	90	37
San José de Lourdes	150	90
Huarango	120	73

#### TIEMPO Y DISTANCIA DE LLEGADA A INSTITUCIONES DE SALUD.

El tiempo promedio de llegada desde las localidades de salud remitentes al nivel superior de complejidad en salud es de 184.6 minutos con un promedio de distancia recorrido de 64.8 Kilómetros por vía terrestre. Siendo la unidad operativa de mayor complejidad en la zona fronteriza de Perú el centro de Salud San Ignacio, sin embargo el C.S. San José de Lourdes y Huarango refieren al Hospital de Jaén y el C.S Namballe refiere al Hospital de Zumba que es la unidad operativa de mayor complejidad en la zona fronteriza de

Ecuador, mientras tanto, que en caso de necesitar un hospital de tercer nivel se refiere al Hospital de Loja (Provincia del mismo nombre) que es el más cercano.

TABLA 1.5		
FORMAS DE ACCESO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL CORDÓN FRONTERIZO EJE ZUMBA -SAN IGNACIO		
NUTE 4	FORMAS DE ACCESO	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Zumba, Chito, El Chorro, La Chonta, El Porvenir del Carmen, San Francisco del Vergel, Valladolid, Palanda.	Terrestre	Telefonía celular y fija pública y Privada, Internet, radio, televisión
San Ignacio, Namballe, San José de Lourdes, Huarango.	Terrestre	Telefonía celular y fija pública y Privada, Internet, radio, televisión

### FORMAS DE ACCESO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

En la zona fronteriza, tanto de Perú y Ecuador la forma de acceso es terrestre y en relación a los medios de comunicación se cuenta con Telefonía celular y fija pública y Privada, Internet, radio y televisión.

TABLA 1.6			
TEMPERATURA, HUMEDAD Y PRECIPITACIÓN DEL CORDÓN FRONTERIZO EJE ZUMBA -SAN IGNACIO			
NUTE 4	TEMPERATURA (° C )	HUMEDAD (%)	PRECIPITACION (mm/Año)
Zumba	17 a 22°C	92	2000
Chito	17 a 22°C	92	2000
El Chorro	17 a 22	92	2000
La Chonta	17 a 22	92	2000
El Porvenir del Carmen	17 a 25	92	2000 a 2500
San Francisco del Vergel	17 a 25	92	2000 a 2500
Valladolid	17 a 25	92	2000 a 2500
Palanda	17 a 25	92	2000 a 2500
San Ignacio	21	97	1956
Namballe	23	87	1800
San José de Lourdes	22	67	1700
Huarango	30	74	1540

### TEMPERATURA, HUMEDAD Y PRECIPITACIÓN

En este espacio de frontera, que está ubicado en las estribaciones de la Cordillera de los Andes que linda con la región Amazónica, las precipitaciones y la humedad son altas (un poco más en Ecuador) y la temperatura tiene un rango que va desde los 17°C hasta los 30°C.

**TABLA 1.7**

ZONAS DE RIESGO DEL CORDÓN FRONTERIZO  
EJE ZUMBA -SAN IGNACIO

NUTE 4	ZONAS DE RIESGO (DESLIZAMIENTOS, VOLCANES, AVALANCHAS, INUNDACIONES, TORMENTAS, SISMOS, CONTAMINACION)
Zumba, Chito, El Chorro, La Chonta, El Porvenir del Carmen, San Francisco del Vergel, Valladolid, Palanda.	Alta y Mediana susceptibilidad de movimientos en masa
San Ignacio	Riesgos de Deslizamientos
Namballe	Contaminación: Incendios Forestales, Deslizamientos en todo el Distrito de Namballe
San José de Lourdes	Contaminación: Extracción de metales pesados, minería Informal en comunidades Nativas.
Huarango	Deslizamientos: La Laguna Azul, Schumaya y Buenos Aires

**ZONAS DE RIESGO**

El tipo de riesgo que la frontera de Ecuador, son los movimientos en masa, mientras que en la frontera de Perú existe riesgo de deslizamientos por las lluvias constantes, además existe riesgo de contaminación con metales pesados debido a la minería informal en las comunidades nativas de Naranjos y Supayacu.

**TABLA 1.8**

FESTIVIDADES DEL CORDÓN FRONTERIZO  
EJE ZUMBA -SAN IGNACIO

NUTE 4	FESTIVIDADES
Zumba	5 de enero Cantonización de Chinchipe, 20 de agosto Romería de la Virgen del Cisne, 28 de Octubre Feria Religiosa Comercial. 12 de febrero Día del Oriente
Chito	13 de junio fiestas en honor a San Antonio de Padua. 29 de mayo parroquialización
El Chorro	26 de abril parroquialización . 16 de junio fiestas en honor a la Virgen del Carmen
La Chonta	8 de diciembre fiestas en honor a La Inmaculada Concepción. 6 de Enero parroquialización.
El Porvenir del Carmen	12 febrero parroquialización. 16 julio fiestas en honor a la Virgen del Carmen
San Francisco del Vergel	24 de mayo parroquialización. 4 de octubre en honor a San Francisco de Asís

Valladolid	11 de Febrero parroquializacion. 13 de mayo fiestas religiosas en honor a la Virgen de Fátima
Palanda	2 de diciembre, Cantonización. 24 Junio Fiesta Religiosa
San Ignacio	29,30,31 De Julio Fiesta Patronal en Honor a San Ignacio de Loyola
Namballe	15,16,17 De Julio Fiesta Patronal en Honor a la Virgen de Carmen
San José de Lourdes	17,18,19 De Marzo Fiesta Patronal en Honor a San José de Lourdes
Huarango	12,13,14 De Junio Fiesta Patronal en Honor a San Antonio de Padua

En la frontera de Ecuador, las festividades son de tipo político (Cantonización, parroquialización) aunque también religiosas; mientras que por la parte de Perú predominan las festividades de tipo religiosas.

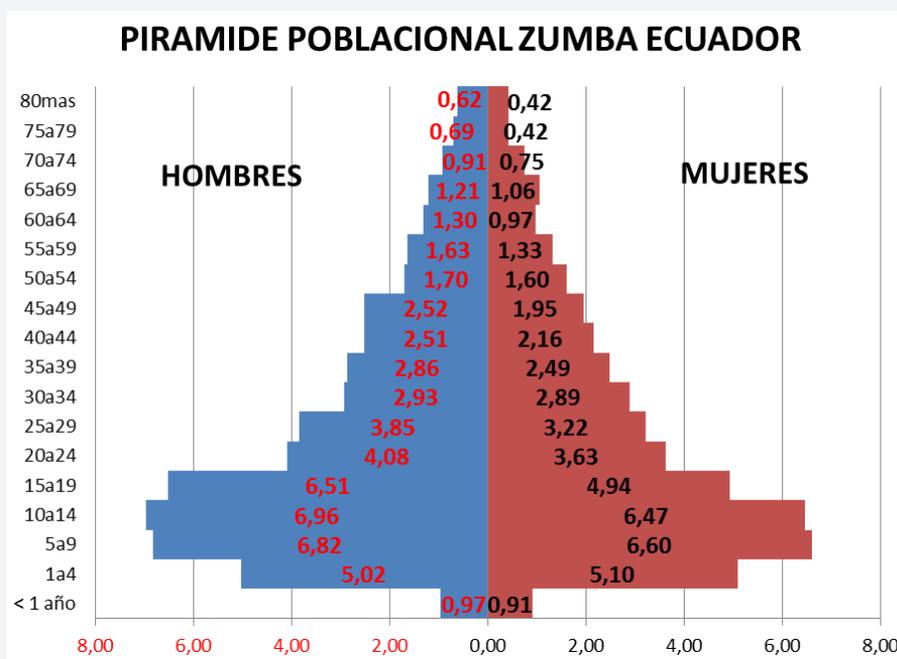
#### 2.1.2.2. PERFIL DEMOGRÁFICO

TABLA 1.9		
POBLACIÓN DEL CORDÓN FRONTERIZO EJE ZUMBA - SAN IGNACIO AÑO 2012		
NUTE 4	POBLACION TOTAL	%
Zumba	6,878	6.51
Chito	1,230	1.17
El Chorro	216	0.20
La Chonta	261	0.25
El Porvenir del Carmen	1,484	1.41
San Francisco del Vergel	1,318	1.25
Valladolid	1,231	1.17
Palanda	3,701	3.50
San Ignacio	36,017	34.12
Namballe	11,156	10.57
San José de Lourdes	20,505	19.42
Huarango	21,575	20.43
<b>TOTAL</b>	<b>105,572</b>	<b>100.00</b>

## POBLACIÓN TOTAL 2012

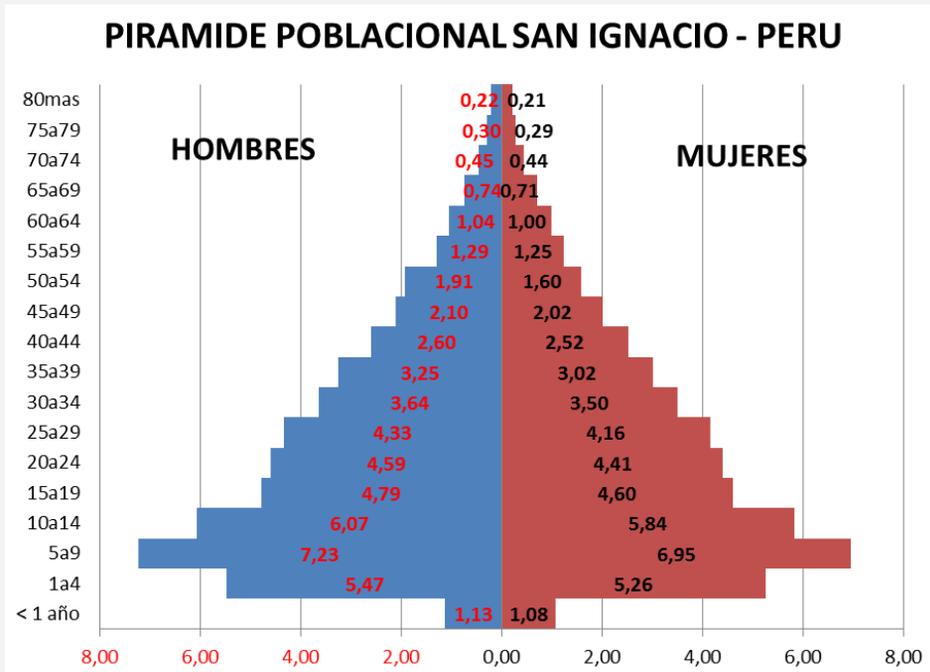
La población total para la zona de cordón fronterizo es de 105,572 habitantes, las zonas que más aportan proporcionalmente son San Ignacio con el 34.12%, le sigue Huarango con el 20.43% y San José de Lourdes con el 19.42%; mientras que las menos pobladas son el Chorro y la Chonta con el 0.20% y 0.25% respectivamente.

**FIGURA NO. 1.1**



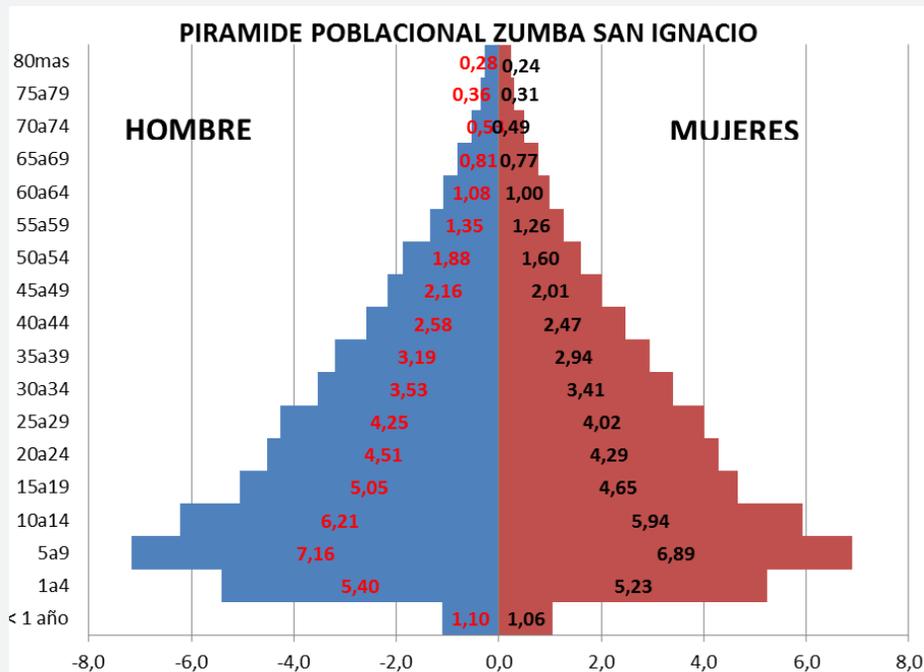
Observamos que en Ecuador, la pirámide constituida es de base ancha, es decir con población infanto juvenil más grande siendo la mitad de toda la población (50.3%), también observamos que la población femenina es menor que la de varones en general a excepción en la edad de 1 a 4 años (5,10% vs. 5,02%) y que las mujeres mueren más temprano que los hombres.

**FIGURA NO. 1.2**



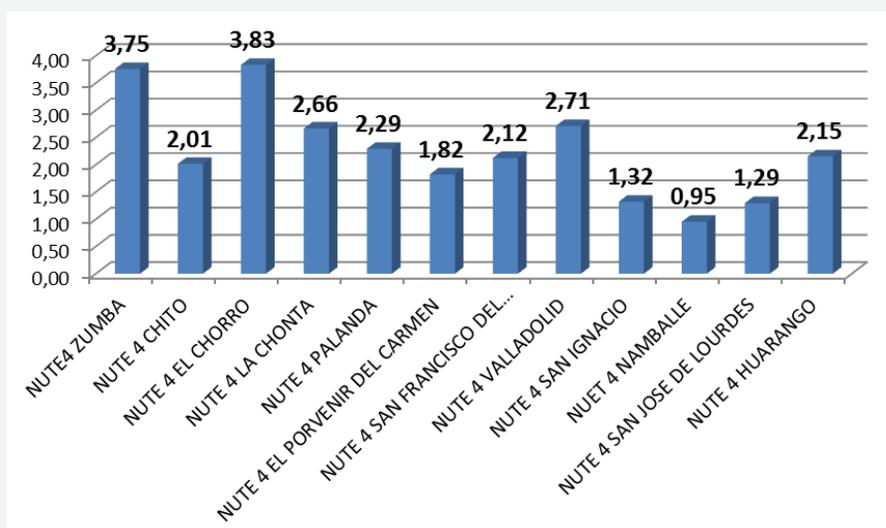
En San Ignacio Perú, el análisis es similar, si bien es alta la población infanto juvenil, pero no llega al nivel de Ecuador (48,4% del total), y en todas las edades predomina el número de varones.

**FIGURA NO. 1.3**

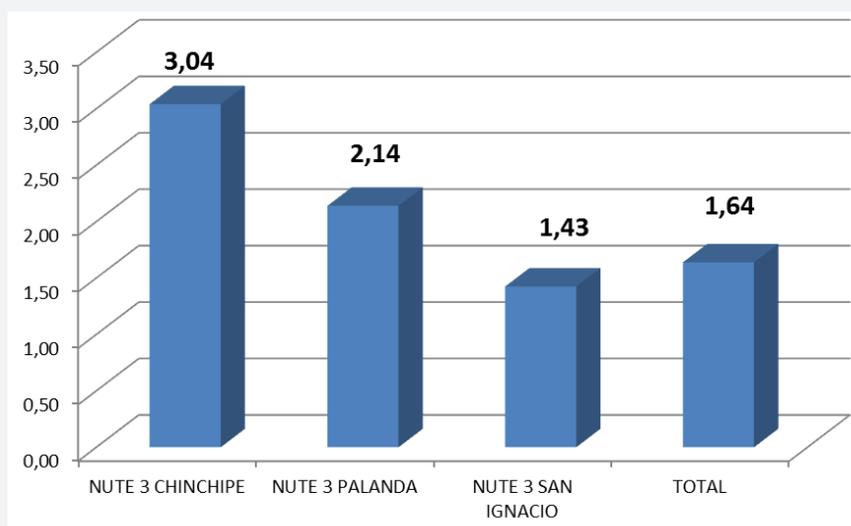


Al revisar el gráfico Binacional, vemos que es la pirámide clásica de los países que no tienen el nivel de desarrollo que tienen los de América del Norte y Europa, siendo de base ancha, con casi la mitad de la población infanto juvenil (48,69%) y con un grupo de mujeres menor que el de varones.

**FIGURA NO. 1.4**  
PORCENTAJE DE PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES EN NUTE 4



**FIGURA NO. 1.5**  
PORCENTAJE DE PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES EN NUTE 3



Como se observa, en Ecuador tanto en Chinchipe como en Palanda es más alto el porcentaje de personas con capacidades diferentes, siendo el más alto en El Chorro y el que menor porcentaje de personas con capacidades diferentes tiene es Namballe

TABLA 1.10	
TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL 2010 DEL CORDÓN FRONTERIZO EJE ZUMBA -SAN IGNACIO	
NUTE 4	TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACION %
Zumba	5.8
Chito	2.8
El Chorro	27.0
La Chonta	23.0
El Porvenir del Carmen	4.3
San Francisco del Vergel	35.0
Valladolid	17.9
Palanda	4.0
San Ignacio	2.5
Namballe	2.5
San José de Lourdes	5.3
Huarango	1.7
<b>TOTAL</b>	<b>15.3</b>

En Ecuador las tasas de crecimiento de la población son altas, en algunos sectores, lo que puede deberse a que son poblaciones muy pequeñas en las que el incremento de la población vía migración o nacimientos influyen en esta tasa. En general, el crecimiento es alto, cuando en los niveles nacionales el crecimiento anual es de 1,3 en Ecuador y de 1,1% en Perú.<sup>28</sup>

TABLA 1.11			
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD RIESGO DEL CORDÓN FRONTERIZO EJE ZUMBA -SAN IGNACIO AÑO 2012			
NUTE 4	TASA DE FECUNDIDAD	NUTE 4	TASA DE FECUNDIDAD
Zumba	7,5	San Ignacio	3,7
Chito	4,4	Namballe	3,7
El Chorro	0	San José de Lourdes	3,7
La Chonta	0	Huarango	2,7
El Porvenir del Carmen	0		
San Francisco del Vergel	6,1		
Valladolid	0,9		
Palanda	2,9		

La tasa de fecundidad general de 2,97 es mayor a los promedios nacionales de 2,4 tanto en Ecuador como en Perú<sup>29</sup>, observando que la fecundidad más alta la tiene Zumba seguido de San Francisco del Vergel, luego Chito y luego las comunidades de San Ignacio.

<sup>28</sup> OPS- Oficina del Subdirector. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2012

**TABLA 1.12**TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD 2010 DEL CORDÓN  
FRONTERIZO EJE ZUMBA -SAN IGNACIO

NUTE 4	TASA BRUTA DE NATALIDAD (1,000)	TASA BRUTA DE MORTALIDAD (1,000)
Zumba	1,8	0,0
Chito	0,8	0,0
El Chorro	0,0	0,0
La Chonta	0,0	0,0
El Porvenir del Carmen	0,0	0,0
San Francisco del Vergel	0,9	0,0
Valladolid	0,2	0,0
Palanda	0,6	0,0
San Ignacio	2,1	21,3
Namballe	2,9	21,9
San José de Lourdes	2,5	21,7
Huarango	2,1	21,2

La tasa bruta de mortalidad consideramos se relaciona con la cantidad de población, ya que en Ecuador no ha habido mortalidad en el año 2012 en tanto que en Perú tienen niveles similares en todas las NUTES 4. Al comparar con los niveles nacionales, la mortalidad es muy alta, ya que el promedio de Ecuador es de 5,9 (no comparable porque no hay mortalidad en el 2012) en tanto que Perú es de 6,8 (para el año 2010 que es la última información con la que se cuenta).<sup>30</sup>

Se puede pensar que los espacios de frontera son los más abandonados, los que tienen menos infraestructura (tanto de salud como sanitaria), presupuesto, talento humano, lo que nos da niveles elevados de mortalidad.

*Esperanza de Vida al nacer:* En general, en Ecuador es de 78 años para las mujeres y de 74,5 años para los varones y en Perú es de 72,1 años para las mujeres y de 69,1 años para los varones. Si comparamos con la información de las Américas en general, es más bajo, ya que las mujeres tienen una esperanza de vida de 79,2 años y los varones de 76,4 años.<sup>31</sup>

### 2.1.2.3 PERFIL SOCIOECONOMICO

Los niveles socioeconómicos, en los dos países son bastante bajos, siendo peor la información en Perú, ya que de acuerdo a la información de la Tabla No. 13, dos tercios de la población están bajo la línea de pobreza y el 15% en extrema pobreza, en Ecuador

<sup>29</sup> Idem

<sup>30</sup> Idem

<sup>31</sup> Idem

la situación no es buena tampoco, lo que podrían explicar toda la serie de indicadores tratados anteriormente, incluidos la Esperanza de Vida al Nacer.

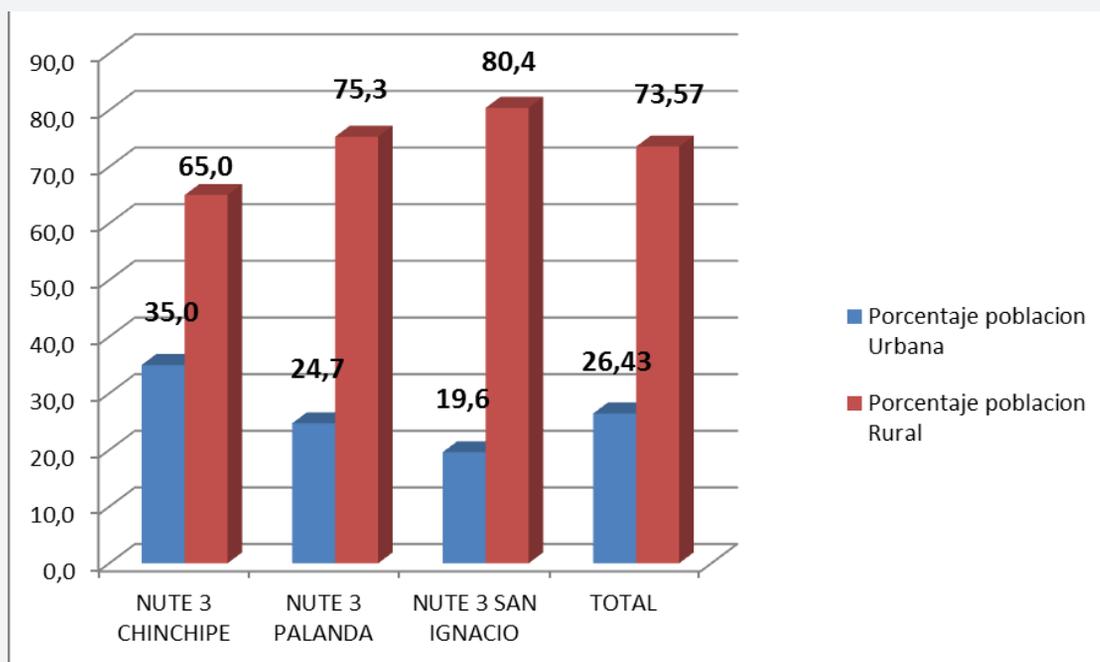
La tasa de desempleo en América Latina y el Caribe para fines del 2012 es de 6,4%<sup>32</sup> en tanto que en los sectores analizados es de 5% en la zona de Zumba –Ecuador y de 1,4 a 1,8% en San Ignacio-Perú

La tasa de analfabetismo general es de 4,6 a 5,1% en Zumba y Palanda, en tanto que en Perú va de 11,4% en Namballe hasta 15,8% en Huarango (el municipio más oriental), siendo mayor en las mujeres, mostrando la clásica caracterización de machismo – falta

TABLA 1.13		
POBLACIÓN BAJO LA LÍNEA DE POBRE Y POBREZA EXTREMA EN FRONTERA ZUMBA SAN IGNACIO		
NUTE 2	Proporción de Población bajo línea de pobreza	Proporción de población en Pobreza Extrema
ZUMBA	33,10%	5%
SAN IGNACIO	64,5%	15,00%

**FIGURA NO. 1.6**

**PORCENTAJE DE RURALIDAD EN NUTES 3 ZUMBA Y SAN IGNACIO**



Es una población altamente rural la que se encuentra en este sector, con datos desde 65% de ruralidad hasta 80,4%, con las dificultades enormes de dotación de servicios.

<sup>32</sup> La Organización internacional del trabajo en: [http://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS\\_195955/lang-es/index.htm](http://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_195955/lang-es/index.htm)

### 2.1.3.- DISCUSIÓN

El corredor fronterizo Zumba – San Ignacio está localizado en las estribaciones de la cordillera de los Andes, con un clima subtropical, precipitaciones altas, con vías de comunicación de 3° orden en el Ecuador y mejoradas en el Perú.

El territorio en el que se ubica tiene una superficie de 9.557,59 Km<sup>2</sup>, de los cuales la mayor parte corresponden a San Ignacio.

Hace que las distancias entre las comunidades más alejadas y las ciudades principales, que además son las que tienen Unidades Operativas con mayor complejidad, sea grande, ya que la más alejada está a más de 200 kilómetros.

Así mismo, el llegar a Unidades de segundo (en el caso de Perú) y de tercer nivel (en Ecuador), es difícil, por las distancias de hasta 3 a 5 horas en vehículos terrestres. La ventaja es que las cabeceras de las NUTE 4 tienen medios de comunicación modernos, que van desde telefonía fija y celular hasta internet.

Los riesgos principales que se encuentran son los “movimientos de masa” en Ecuador o llamados derrumbes en las carreteras especialmente, y la contaminación por la minería artesanal – informal, los deslizamientos y los incendios forestales en Perú.

El conocimiento de las festividades es importante para la planificación de contingencia y se observa que en Ecuador son más las fechas políticas (de cantonización y parroquialización (dependiendo de la NUTE) y en Perú las religiosas.

En lo que respecta a población, en San Ignacio está ubicada el 84% en tanto que Zumba tiene una población mucho más pequeña.

Es una población mayoritariamente infanto-juvenil (llega casi al 50% del total), que en la planificación debe ser tomada en cuenta, tanto en salud como en desarrollo económico, es la población que actualmente está dependiendo de la producción del 47,52% de la población total (económicamente activa), sin contar el desempleo (5%).

La tasa bruta de mortalidad es alta en el Perú en tanto que en Ecuador no se la observa, surge la pregunta si realmente no hay o es que simplemente no se informa oficialmente sobre las muertes.

La Mortalidad Infantil por 1000 nacidos vivos es de 11,1 en Zumba (menor al promedio nacional que es de 19,06 lo que hace que se ocupe el puesto 100 de 221 países<sup>33</sup>) y 23 en San Ignacio, mayor al promedio nacional de Perú que es de 21,5 (puesto 90 de 221)<sup>34</sup>.

La Mortalidad Neonatal en San Ignacio (35) casi duplica al promedio nacional (17).

La esperanza de vida al nacer es más alta en Ecuador que en Perú, los niveles de desarrollo macro económico son mejores en el Ecuador que en el Perú, lo que podría ser

una de las razones, aunque a nivel de microeconomía, los niveles de pobreza y extrema pobreza son altos en el sector de frontera por ejemplo.

Así mismo, las tasas sociales y económicas como la de desempleo y de analfabetismo son altas en este sector, dándonos muestra del bajo desarrollo conseguido en este sector de frontera, alejado del centralismo de la capital en los dos países.

Los índices de ruralidad son sumamente altos en estos sectores, que van desde el 65% en Chinchipe Zumba hasta el 80,4% en San Ignacio, dando un promedio de 73,57%, que unido a la dificultad de tener servicios en las zonas rurales, comunes a todos los países de América Latina, pueden ser otra causa de los datos anteriores.

## INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELEVANTES

1. Población infanto- juvenil alta.
2. Distancia de las comunidades a las Unidades Operativas de salud más cercanas
3. Zonas de riesgo
4. Número de personas con capacidades diferentes
5. Tasa de crecimiento poblacional
6. Población en Pobreza y pobreza extrema
7. Tasa de ruralidad
8. Tasa de fecundidad
9. Tasa de mortalidad
10. Analfabetismo
11. Tasa de desempleo.

---

<sup>33</sup> <http://www.indexmundi.com/es/ecuador/tasa...>

<sup>34</sup> Idem

## 2.2 COMPONENTE SALUD ENFERMEDAD



### 2.2.1. MARCO METODOLÓGICO:

La salud es sin duda, y debe ser considerado así, como un proceso dinámico en la sociedad que ocurre en una misma persona o en un mismo colectivo. Este proceso requiere de la interacción de condiciones propias del ser humano: biológicas o estilos de vida, por ejemplo, con otras como económicas, servicios de salud, educacionales, medio ambientales y culturales.

La afectación a una o más de estas condiciones, por más mínima que sea, resulta en el apareamiento de la enfermedad. En este momento, intervienen los servicios de salud para corregir la condición o condiciones desviadas; por supuesto, con grandes esfuerzos y alto costo y no siempre eficientes. Es obvio pensar, que después de la intervención, nada vuelve a su valor inicial.

El enfoque fundamental de los servicios de salud esta orientados a disminuir el riesgo de enfermar y morir, también a poner al alcance de toda la población la atención primaria de salud, con prioridad a los más excluidos y con mayores necesidades, con ello se lograría que los servicios de salud sean más efectivos y eficientes, esto contribuye para que se logre una disminución de las acciones recuperativas y se logren altos niveles de promoción y prevención de la salud en todos los niveles de atención de salud.

Para referir el componente salud enfermedad de la parte ecuatoriana, es menester indicar que se hará contar la información existente en archivos de Estadística y Epidemiología del Hospital Básico de Zumba y en el Registro Civil (oficina estatal que lleva los datos de nacimientos y defunciones de las personas en Ecuador). Como es obvio, los datos obtenidos de la institución de salud nombrados tendrán los diagnósticos de enfermedad basados en la CIE-10 y están apegados a la nomenclatura internacional; mientras que, los datos obtenidos del Registro Civil, generalmente no son dados por un profesional de la salud y, la referencia de la causa de defunción es un síntoma o signo.

La información presentada en este marco metodológico corresponde al año 2012. Se incluyen datos extraídos de la consulta ambulatoria del primer nivel de atención de 8 unidades de salud locales; y, del segundo nivel – Hospital Básico de Zumba de los servicios de Internación y Emergencia, se ha excluido las NUTES 4: PS de La Canela, La Diversión, La Guayusa y no aparecerán datos estadísticos, indicadores ni poblacionales

También es prudente aclarar que los productos matemáticos del cálculo de los

Indicadores fueron analizados en la Reunión Binacional llevada a cabo el 22 de febrero en la ciudad de Zumba y la decisión fue mantener los presentados en las matrices originales.

El conocimiento de la evolución de la morbilidad y mortalidad en la población nos ayuda a implementar acciones y establecer estrategias para abordarlos en forma más efectiva con un enfoque de integralidad en un medio ambiente saludable, tomando en cuenta también la situación socio económica del espacio de frontera donde nos desenvolvemos.

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera en lo que se refiere al componente Salud enfermedad, sigue los lineamientos establecidos en el documento guía para el Análisis de situación de salud de las poblaciones en ámbitos de fronteras de los países andinos.

Para nuestro ASIS, presentamos de manera descriptiva, las principales enfermedades que afectan al eje en el componente de salud enfermedad, se puede observar las causas por las que las personas acuden a consulta externa de los establecimientos de salud.

El componente Salud Enfermedad está conformado por dos perfiles: morbilidad y mortalidad, cada uno de ellos sustentado en un grupo de indicadores, los mismos que fueron identificados y estructurados a través de una matriz estandarizada para el recojo de dicha información y análisis de fronteras, tomando como año base para el ASIS de la frontera Zumba- San Ignacio el 2010, significando ello que los datos recolectados y presentados en el presente ASIS corresponden al año en mención, salvo excepciones citadas.

Las fuentes de datos utilizadas en Perú para el recojo de la información de los presentes indicadores fueron: IV censo de población y XI de vivienda 2007- INEI – PERU, Sistema de Inf. HIS – SRSJ Año 2010, indicadores de evaluación año 2010 que nos brinda información del Articulado Nutricional, Materno perinatal, Estrategias sanitarias de enfermedades Transmisibles y enfermedades metaxémicas, etc.

En Perú los registros de morbilidad de este ámbito de frontera cuenta con data que proviene de los servicios de atención primaria: establecimientos de salud nivel I-1, I-2, I-3 y I-4 comprendidos en el ámbito de la red de salud San Ignacio y a su vez inmersos en el presente ASIS.

**Perfil de Morbilidad:** Describe las principales causas por las que la población se enferma de las NUTES 3 de Perú y Ecuador:

- % de nacidos vivos con bajo peso (N.V. con peso < 2,500grs)
- % de niños menores de 5 años con Desnutrición Aguda
- % de niños menores de 5 años con Desnutrición Global
- % de niños menores de 5 años con Desnutrición Crónica
- Enfermedades de notificación obligatoria

- Tasa TBC x 100,000 habitantes.
- Tasa VIH-SIDA x 100,000 habitantes
- Tasa DENGUE x 100000 habitantes
- Tasa de enfermedad de Carrion x 100,000 habitantes
- Tasa MALARIA x 100,000 habitantes.
- Tasa Leishmaniosis 100,000 habitantes
- Tasa VARICELA x 100,000 habitantes
- TASA IRAS x 100,000 habitantes.
- Tasa EDA x 100,000 habitantes.

**Perfil de mortalidad:** Describe las principales causas por la que la población fallece en el ámbito materia del presente documento y contiene los siguientes indicadores:

- Tasa de mortalidad infantil por mil n.v.
- Tasa de mortalidad infantil por mil n.v. Masculino
- Tasa de mortalidad infantil por mil n.v. Femenino
- Tasa de mortalidad neonatal por 1000 n.v
- Tasa de mortalidad neonatal por 1000 n.v Masculino
- Tasa de mortalidad neonatal por 1000 n.v Femenino
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 100,000 < 5 años
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 100,000 < 5 años Masculino
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 100,000 < 5 años Femenino
- Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años por 100,000 < 5 años
- Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años por 100,000 < 5 años. Masculino
- Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años por 100,000 < 5 años. Femenino
- Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años por 100,000 < 5 años
- Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años por 100,000 < 5 años Masculino
- Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años por 100,000 < 5 años. Femenino
- Número de muertes maternas
- Razón de mortalidad materna por 100,000 n.v.
- Número de muertes por malaria
- Número de muertes por dengue hemorrágico
- Número de muertes por TBC
- Número de muertes por VIH-SIDA

## 2.2.2. ANALISIS POR PERFILES

### 2.2.2.1. PERFIL DE MORBILIDAD

Las principales causas de atención en los consultorios externos de los establecimientos de salud de la NUTE 3 en Perú en el año 2012 fueron las Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias superiores que ocuparon el primer lugar con un 28.6%, en segundo lugar se registraron las Enfermedades Infecciosas intestinales con el 7.2 %, en tercer lugar las helmintiasis con el 7.1 %, seguida de las enfermedades de la cavidad bucal con un 5.7 %.

**TABLA 2.1**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL  
NUTE 3 SAN IGNACIO 2012

MORBILIDAD GENERAL	ATENDIDOS	PORCENTAJE
Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias	40813	28.6
Enfermedades Infecciosas Intestinales	10326	7.2
Helmintiasis	10281	7.1
Enfermedades de la Cavidad Bucal	8141	5.7
Otras Enfermedades del Sistema Urinario	7099	5.0
Infecciones de la Piel y del Tejido subcutáneo	6885	4.8
Trastornos de Otras Glándulas Endocrinas	5162	3.6
Dermatitis y Eczema	4543	3.2
Enfermedades del Esófago, del Estómago	3871	2.7
Dorsopatías	2876	2.0
Todas las Demás Causas	42513	29.8
Total Morbilidad	142510	100.0

Fuente: Sistema de Información HIS – SRSJ Año 2012

En lo que se refiere a Zumba, las Infecciones Respiratorias Agudas son las primeras causas de morbilidad, seguidas por las Parasitosis Intestinales y las Infecciones de Vías Urinarias, que muestran el nivel de desarrollo socioeconómico de la zona.

**TABLA 2.2**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL  
ZUMBA 2012

MORBILIDAD GENERAL	ATENDIDOS	PORCENTAJE
IRA	6905	27,18
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	4048	15,93
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1754	6,90
Enfermedad diarreica aguda	960	3,78
Dorsalgia, ciática lumbago	605	2,38
Vaginitis aguda [vaginosis)	590	2,32
Gastritis y duodenitis	483	1,90
Neuralgia y neuritis, no especificadas	394	1,55
Cefalea	360	1,42
Dermatofitosis	319	1,26
Todas Las Demas Causas	8991	35,39
Total Morbilidad	25409	100,00

Fuente: Estadística Distrito 19D03 Chinchipe-Palanda-Salud

En general, en la zona de frontera, las principales enfermedades por las que consulta la comunidad son las Infecciones de Vías Respiratorias con el 28,42%, seguidas de las Parasitarias e intestinales en general que suman el 15,25% y las enfermedades del Sistema Urinario.

### TABLA 2.3

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL FRONTERA  
ZUMBA – SAN IGNACIO 2012

MORBILIDAD GENERAL	ATENDIDOS	PORCENTAJE
INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	47718	28,42
HELMINTIASIS (B65 - B83)	14329	8,53
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	11286	6,72
OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	8853	5,27
ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS	8141	4,85
INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO	7204	4,29
SUBCUTANEO	5162	3,07
TRASTORNOS DE OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS	4543	2,71
DERMATITIS Y ECZEMA	4354	2,59
ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO	3481	2,07
DORSOPATIAS	52848	31,47
TODAS LAS DEMAS CAUSAS		
<b>TOTAL DE MORBILIDAD</b>	<b>167919</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Sistema de Inf. HIS – SRSJ y Estadística Distrito 19D03 Chinchipe-Palanda-Salud

El hospital de Zumba es el principal hospital de la zona de frontera, en San Ignacio se hospitaliza pero solamente por cortos espacios de tiempo para poder enviar al hospital de referencia. En este caso veremos la morbilidad de los egresos hospitalarios del Hospital Básico de Zumba, siendo la primera causa la colelitiasis, seguida por la Neumonía, las Hernias Inguinales, los Abortos Espontáneos. Si se suma las diarreas y gastroenteritis infecciosas con las Diarreas Agudas, vemos que pasa a ocupar el primer puesto de hospitalización.

### TABLA 2.4

MORBILIDAD POR EGRESOS HOSPITALARIOS  
ZUMBA 2012

CI10	MORBILIDAD EGRESOS HOSPITALARIOS	TOTAL	PORCENTAJE
K80	COLELITIASIS	44	5.6
J18.9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA (BRONCONEUMONIA)	38	4.9
K40	HERNIA INGUINAL	35	4.5
O03	ABORTO ESPONTANEO	32	4.1
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS ORIGEN INFECCIOSO	31	4.0
K37	Apendicitis, no especificada	24	3.1
A00-A08	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	21	2.7
N39.0	INFECCION DE VIAS URINARIAS , SITIO NO ESPECIFICADO	21	2.7
D17	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO	19	2.4
T07	TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS	19	2.4
	Las demás	496	63.6
	<b>TOTAL EGRESOS 2012</b>	<b>780</b>	<b>100.0</b>
O80	Parto eutócico [único espontáneo]	101	
O82	Parto único por cesárea	66	
Z01.9	Labor de Parto Embarazo a término [Examen especial no especificado]	20	

La consulta en emergencia tiene que ver con Amigdalitis Aguda e infecciones respiratorias como primera causa, seguida de Heridas (violencia) y Traumatismos, para pasar al tercer lugar las Enfermedades Diarreicas.

TABLA 2.5			
MORBILIDAD POR EMERGENCIA HOSPITAL BASICO ZUMBA 2012			
C10	ENFERMEDADES ATENDIDAS EN EMERGENCIA DEL HB DE ZUMBA NUTE 3	TOTAL	PORCENTAJE
J03	AMIGDALITIS AGUDA	240	9.6
T14.1	HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	238	9.6
J02.9	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	126	5.1
A00-A08	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	87	3.5
K30	DISPEPSIA	76	3.1
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS ORIGEN INFECCIOSO	75	3.0
T07	TRAUMATISMOS [POLITRAUMATISMOS], NO ESPECIFICADOS	75	3.0
J39.9	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	73	2.9
Y84.9	ENFERMEDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	71	2.9
K29	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	61	2.4
	Otras	1369	55.0
	Total morbilidad Emergencia	2491	100.0

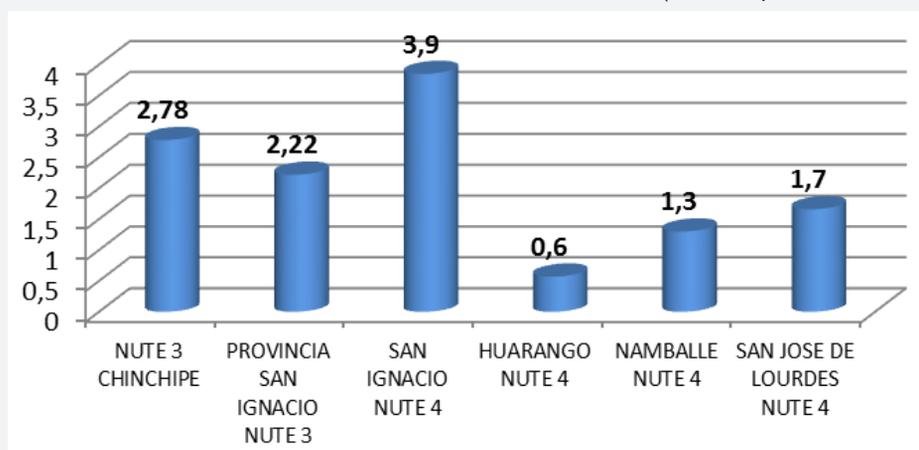
### RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACER

El porcentaje de recién nacidos vivos con bajo peso al nacer en la NUTE San Ignacio es de 2,22% del total de recién nacidos atendidos, constituyendo una de las principales causas de muerte neonatal temprana, siendo esta cifra inferior al promedio nacional (9.8 %), por lo que probablemente exista un problema de registro de esta patología, siendo necesario enfatizar el seguimiento y asistencia técnica en el correcto reporte de RN con bajo peso al nacer, en tanto que en Zumba es de 2,78% del total de nacidos vivos,

## GRÁFICO 2.1

### % de Recién nacidos vivos con bajo peso al nacer San Ignacio - 2012

PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO (N.V. co peso < 2,500 g)



#### DESNUTRICIÓN INFANTIL:

La desnutrición es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono - grasas) y proteínas. Según la UNICEF, la desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo, como el nuestro. La prevención es una prioridad de la Organización Mundial de la Salud.

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades. Sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional. Según el manual internacional de clasificación de enfermedades, es una complicación médica posible, pero que puede prevenirse y que tiene impacto muy importante sobre el resultado de los tratamientos.

El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo.

Es muy frecuente que los niños desnutridos tengan infecciones repetidamente; de hecho, es la principal causa de mortalidad en ellos. Esto es debido a que el déficit de nutrientes altera las barreras de inmunidad que protegen contra los gérmenes y éstos pueden invadir fácilmente.

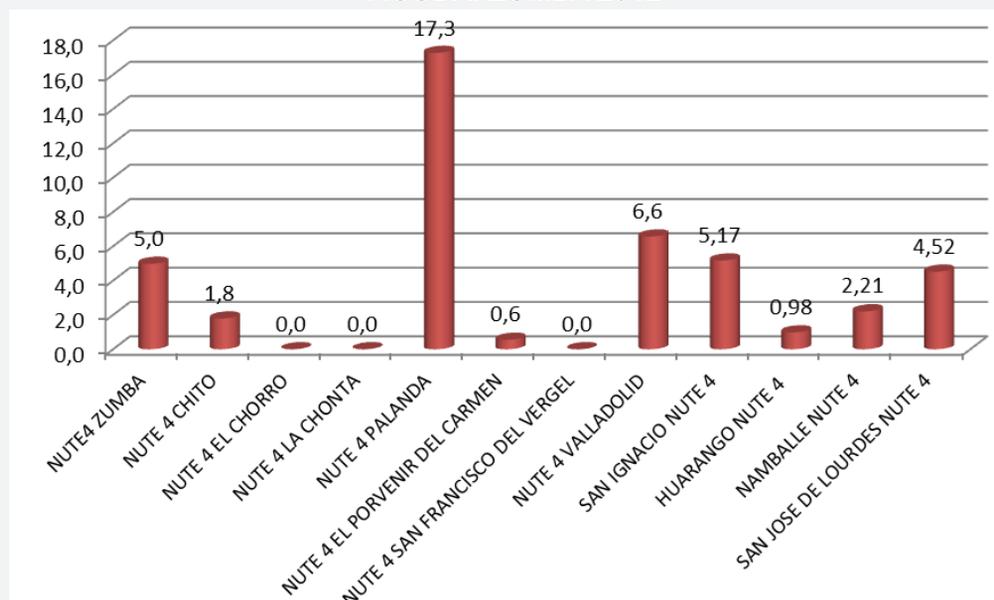
#### DESNUTRICIÓN AGUDA:

Según los Indicadores Básicos de Salud 2007, la desnutrición aguda alcanzó el 3.0% en el Perú, en tanto que en Ecuador llegó a 2,24%<sup>35</sup>

Los datos binacionales que se observan en el gráfico 2.2 nos muestran que en Palanda la desnutrición aguda es más alta que en los otros sectores. A excepción de los sitios que no tienen datos, la mayor parte de NUTES 4 están por encima de las cifras nacionales, demostrando nuevamente que la situación socioeconómica de la zona es baja.

## GRÁFICO 2.2

### PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION AGUDA. ZUMBA 2012



Fuente: SIEN (sistema de información del estado nutricional) Red de salud San Ignacio y Estadística Area 3 Zumba

## DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Uno de los principales problemas de salud infantil en el Perú, es la desnutrición crónica (baja talla) existente, originada por la ingesta de una dieta inadecuada (deficiente en yodo, hierro, micronutrientes, proteínas y carbohidratos) o por la existencia de una enfermedad recurrente, o la presencia de ambas.

La desnutrición crónica es usada como indicador del retraso del crecimiento de los niños menores de cinco años de edad. El retraso del crecimiento se define como la baja talla para la edad inferior al menos dos desviaciones estándar de la norma de referencia internacional de crecimiento (National Center for Health Statistics/Organización Mundial de la Salud). La prevalencia de la desnutrición crónica es una medida pertinente y válida de la pobreza endémica y constituye un mejor indicador que las estimaciones del ingreso per cápita.

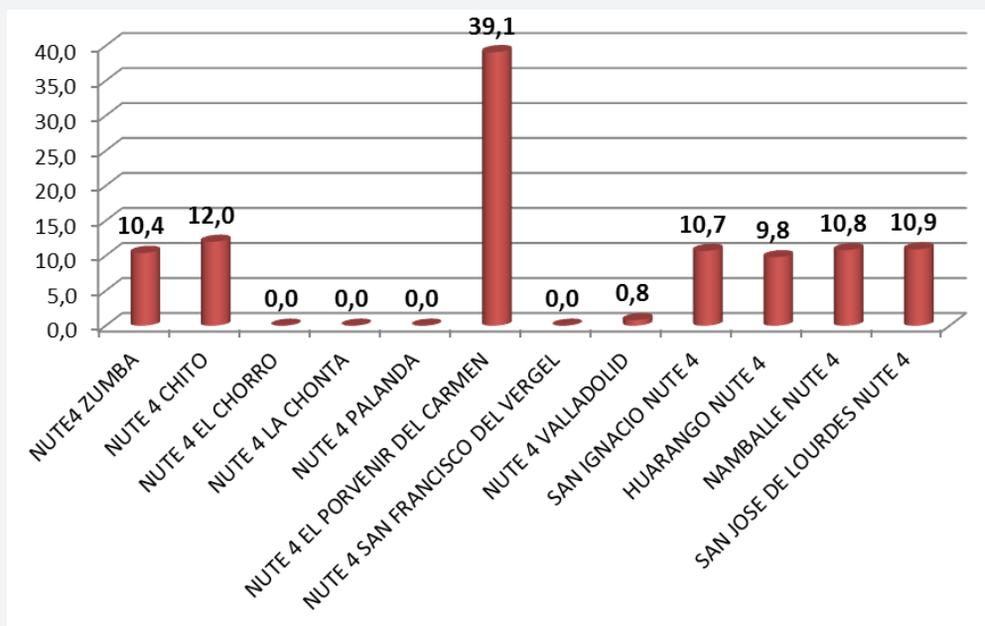
A nivel nacional, en Perú, la desnutrición crónica alcanzó el 26.7%, y en la región Cajamarca llegó a 36.0 %, según se muestra en los Indicadores Básicos de Salud 2007, la cifra regional es 10 puntos porcentuales más que el indicador nacional, y en Ecuador es de 26% .

En la zona de frontera, El Porvenir del Carmen es el que mayor cantidad de desnutrición tiene, inclusive por encima del promedio nacional en tanto que Valladolid es el que menos tiene (0,8%)

<sup>35</sup> <http://ecuador.nutrinet.org/ecuador/situacion-nutricional/58-las-cifras-de-la-desnutricion-en-ecuador>

## GRÁFICO 2.3

### PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON DESNUTRICION CRÓNICA NUTE 4



Fuente: SIEN (sistema de información del estado nutricional) Red de salud San Ignacio Ignacio y Estadística Area 3 Zumba

## DESNUTRICIÓN GLOBAL

La desnutrición global es la deficiencia del peso con relación a la edad; representa el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes. Es considerada como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad; y de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente.

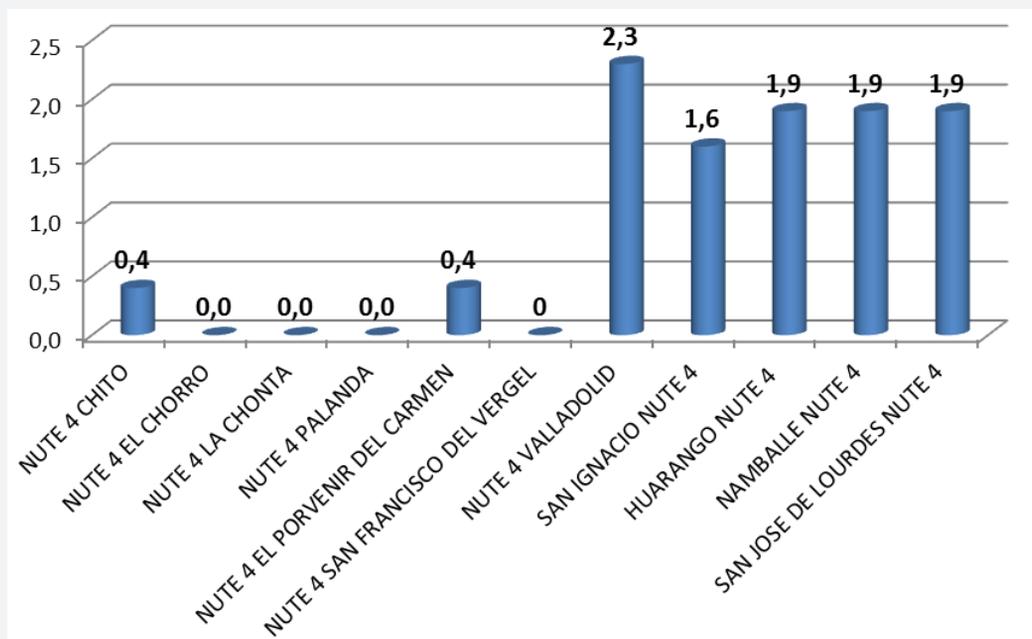
En el Perú, la desnutrición global alcanzó el 13.6%; en cambio, en la región Cajamarca la proporción fue de 18.6%, según los Indicadores Básicos de Salud 2007, en tanto que en Ecuador es el 1,7%<sup>36</sup>.

En la NUTE 4 San Ignacio durante el año 2010, el 1.8 % de los menores de cinco años presentan déficit en el peso para su edad, cifra que está muy por debajo de las cifras nacionales y departamentales.

<sup>36</sup>Idem nota 35

## GRÁFICO 2.4

### PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION GLOBAL



Fuente: SIEN (sistema de información del estado nutricional) Red de salud San Ignacio Ignacio y Estadística Area 3 Zumba

## ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

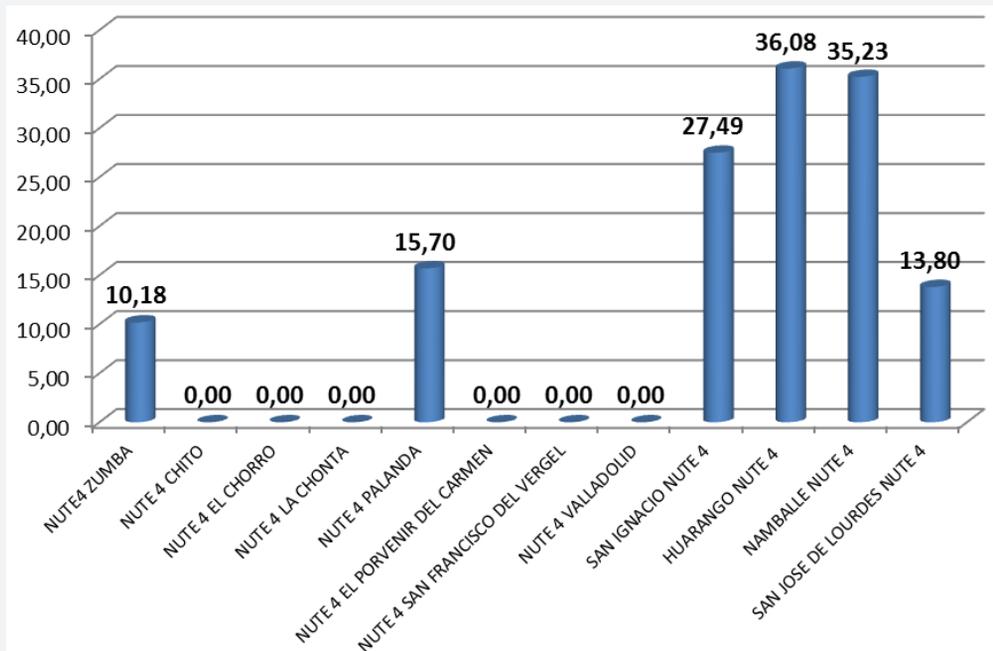
A nivel nacional se monitoriza las enfermedades que están bajo vigilancia epidemiológica, toda vez que son de importancia por su alto potencial epidémico, letalidad, alto impacto socioeconómico y por afectar a las zonas más pobres de una determinada región. Estas enfermedades están constituidas por: enfermedades Metaxémicas, enfermedades zoonóticas, enfermedades respiratorias, enfermedades de transmisión sexual y otras.

### TUBERCULOSIS

La Tuberculosis constituye uno de los principales problemas de salud pública. Para el año analizado la NUTE 4 de Huarango alcanzó una tasa de 36,08 x 100 000 habitantes, siendo la más alta del corredor, en tanto que la más baja es Zumba con 10,18 x 10.000 hab.

## GRÁFICO 2.5

TASA DE TBC X 10,000 HAB. ZUMBA -SAN IGNACIO



### VIH- SIDA

No se han presentado casos en el cordón fronterizo materia del presente análisis de la situación de salud, la ausencia o el nulo reporte de casos podría deberse tal vez a un bajo tamizaje.

### DENGUE

El dengue, también conocido popularmente como “fiebre rompe huesos” es la más importante enfermedad viral humana transmitida por vectores artrópodos del genero Aedes, principalmente A. aegypti.

En la nute 3 San Ignacio, durante el año 2012 se reportaron un total de 107 casos de Dengue, con una Incidencia Acumulada de 124,27 x 10 000 habitantes, en tanto que en Ecuador, se presentaron 80 casos con una incidencia de 86,43 x 10000 habitantes.

Este escenario epidemiológico está asociado sobre todo porque la población no tiene agua potable lo que les obliga a almacenar este líquido elemento en tanque, bidones, cilindros, botellas, en condiciones no adecuadas, convirtiéndose estos recipientes en lugares propicios para la proliferación del vector del dengue. A todo lo cual se agrega estilos de vida no saludables de la población.

## ENFERMEDAD DE CARRIÓN O BARTONELLOSIS

Durante el año 2012 se han reportado 117 casos de Enfermedad de Carrión, con una tasa de incidencia de 135,89 x 10 000 habitantes, resaltando que los distritos más afectados fueron los de este Cordón fronterizo, siendo San José de Lourdes y Namballe los distritos más afectados, reportaron 47 y 49 casos respectivamente. En Ecuador no se presentan casos, el cuestionamiento es de diagnóstico, capacitación de personal.

## MALARIA

No se han presentado casos de esta enfermedad en ninguno de los dos sectores de frontera.

## LEISHMANIOSIS

La Leishmaniosis, enfermedad de evolución crónica que se adquiere en zonas rurales y es producida por parásitos del género Leishmania, Se han reportado un total de 87 casos, de los cuales 52 corresponden a Zumba y Palanda con una tasa de 29,35 x 10.000 hab y 35 casos a San Ignacio con una tasa de 4,06 x 10.000 hab.

## VARICELA

Durante el año 2012 en San Ignacio se han reportado 76 casos de varicela con una incidencia de 8,82 x 10 000 habitantes, en tanto que en Zumba han sido 38 casos con 21,45 x 10.000 hab. Refleja los posibles espacios donde no ha llegado adecuadamente la vacunación.

### 2.2.2.2. PERFIL DE MORTALIDAD

La información sobre mortalidad permite conocer los cambios en la composición y estructura de la población; asimismo, es un componente demográfico para efectuar las estimaciones y proyecciones de población. Por otro lado, es un indicador de las condiciones de vida y salud de la población.

#### PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD:

En la provincia de San Ignacio - Perú, del total de fallecidos (179), observamos que la principal causa de mortalidad son las septicemias, no especificadas, alcanzando el 31.8% de las principales causas, el 11.59% son fallecimientos por paro cardiaco no especificado, el 8.70% de muertes son por Hipertensión reno vascular y neumonías no especificadas respectivamente y el 5.80% son fallecimientos por Efecto toxico de sustancia, no especificada. En tanto que en Ecuador como se observa en el cuadro siguiente, las primeras causas de mortalidad se refieren a la Neumonía, seguidas de "muerte natural" (sic), hemorragia aguda, osteoporosis (sic), asfixia, Cáncer de estómago, de mama, de vesícula. Información tomada del Registro Civil, muchos de ellos no son casos con asistencia médica.

## GRÁFICO 2.6

Primeras causas de Mortalidad  
Zumba – Ecuador 2012

MORTALIDAD 2012, NUTE 3	TOTAL
Neumonía	3
Muerte Natural	2
Hemorragia Aguda	2
Osteoporosis	2
Asfixia por inmersión	2
Cáncer de estómago	2
Óbito fetal	2
Cáncer de mama	2
Hipoxia neonatal	1
Hipertermia maligna	1
Cáncer de vesícula	1
Malformación digestiva	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Total	1

Fuente Registro Civil, Libro Defunciones HB Zumba

### MORTALIDAD INFANTIL (MENORES DE 1 AÑO)

La mortalidad infantil es un indicador de calidad de vida, pero a la vez evalúa la calidad de las estrategias y de las intervenciones de los servicios de salud en relación a su efectividad y oportunidad.

La Tasa de Mortalidad Infantil (T.M.I.) es un indicador del funcionamiento de los sistemas de salud de un país. Diferentes regiones pueden tener cifras similares de T.M.I. o de otros indicadores de forma global. Sin embargo, la población de cada una de las regiones suele no ser heterogénea desde el punto de vista económico y por ende las cifras de T.M.I. también diferirán, por lo que las medidas de intervención deberían de enfocarse hacia aquellas regiones donde los indicadores resulten elevados.

Se encuentran datos en Ecuador solamente en Zumba, con una tasa de 0,1 x 1000 nacidos vivos, en tanto que en San Ignacio tiene tasas altas, Namballe no tiene casos, Huarango es más bien baja en relación a los otros municipios, y San José de Lourdes tiene datos muy altos en mortalidad neonatal y bajos en mortalidad infantil. Reflejan nuevamente la situación socioeconómica y de servicios para la población.

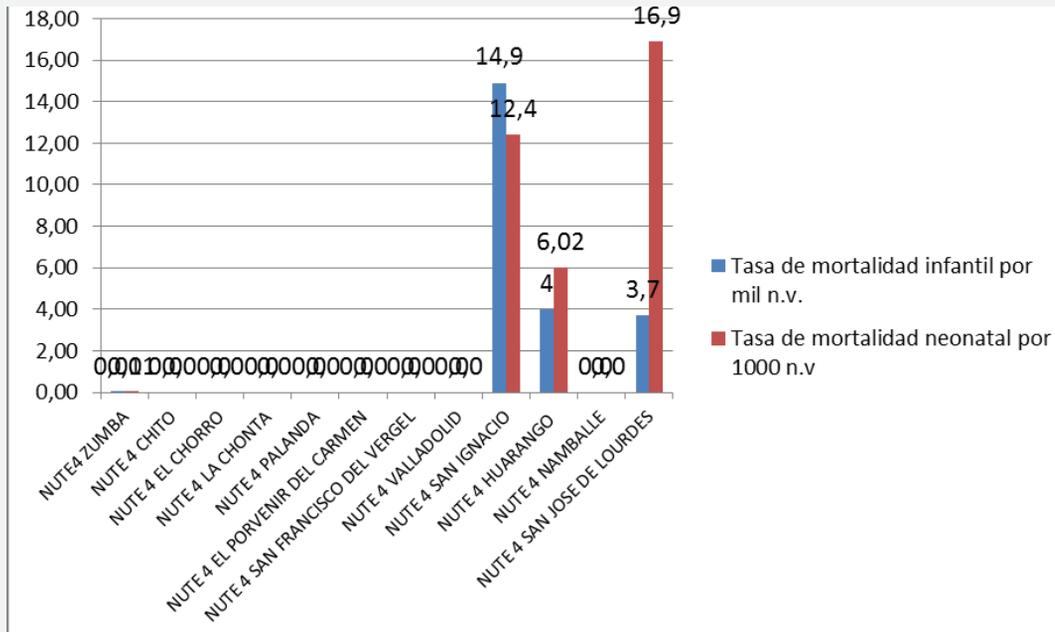
### TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS POR 100,000 < 5 AÑOS

La EDA en la infancia es manifestación de las enfermedades metabólicas o infecciosas que altera los procesos normales de absorción y secreción de agua y electrolitos por la mucosa intestinal y por alteración en los mecanismos de regulación fisiológica de estos eventos.

La EDA hasta hace unos años era la causa principal de mortalidad infantil, pero gracias a las intervenciones adecuadas en su manejo se ha logrado disminuir a cero en ambos lados de la frontera.

## GRÁFICO 2.6

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y NEONATAL SUMBA - SAN IGNACIO



### TASA DE MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS POR 100,000 < 5 AÑOS

Las Infecciones Respiratorias agudas (IRA) es el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el resfrío común hasta la neumonía grave.

Para el año 2012 no se han producido muertes por esta causa en el lado Ecuatoriano de la frontera, en tanto que se tiene una tasa de 2,32 en San Ignacio y de 0,92 en San José de Lourdes.

### MORTALIDAD MATERNA

La Mortalidad Materna es un indicador de desarrollo y equidad, se presentan por limitaciones de acceso a los servicios de salud como por la existencia de barreras conductuales, económicas, culturales y geográficas. Existe una corresponsabilidad de la familia desde el momento de la concepción, gestación, parto, la crianza, educación y la formación de los hijos en general y la prestación de los servicios de salud.

Los casos de muerte materna van relacionados al embarazo, parto o el puerperio especialmente con problemas hemorrágicos, la no asistencia al establecimiento de salud por inaccesibilidad física, económica o cultural, por temor a no ser atendido adecuadamente. La razón de mortalidad materna en la NUTE 3 Palanda es de 7,9

### MORTALIDAD POR MALARIA, DENGUE, TUBERCULOSIS, VIH-SIDA

No se han presentado casos de mortalidad por estas enfermedades en ninguna de las NUTES 4 que se encuentran en este corredor de frontera.

### 2.2.3. DISCUSIÓN

En el corredor de frontera Zumba – San Ignacio, la primera causa de morbilidad en la atención de consulta externa, se refiere a las Infecciones Respiratorias Agudas, seguidas a cierta distancia de las enfermedades Parasitarias y Diarreicas. Enfermedades de la pobreza, de la falta de agua potable, pensando en la gran ruralidad que tiene este sector y la dificultad de llegar con servicios sanitarios básicos, aparte de la situación producción para mercado y por lo tanto ingresos económicos bajos.

En el Hospital Básico Zumba, donde asiste la población cercana tanto de Ecuador como de Perú, las principales causas de egresos hospitalarios desde el punto de vista de la morbilidad son los casos para cirugía (Colelitiasis, Hernias Inguinales, Apendicitis Agudas) y los respiratorios más graves como las Neumonías. Pero en general, la principal causa de hospitalización tiene que ver con el Parto normal y Cesáreas así como con los abortos. Dando muestras de que es importante mantener un pull de especialistas que resuelvan estos problemas principales. Más aún si observamos que también los problemas de los neonatos y los niños menores de 1 y 5 años (con mortalidad alta en algunos de estos sectores – NUTES 4).

A nivel de emergencia llegan más bien los casos de Problemas Respiratorios y de violencia o producto de trabajo (heridas y traumas), éstas últimas se relacionan con el nivel de ruralidad y el trabajo en el campo por lo general.

Los recién nacidos con peso bajo se los encuentra en todas las NUTES, indicando que el problema es de alimentación materna antes que de morbilidad misma, pero es menor que los niveles nacionales.

En los menores de 5 años la desnutrición aguda se observa más alta en Palanda que en otros sectores, la crónica en Porvenir del Carmen y la global en Valladolid, dando a entender que los niveles macroeconómicos conseguidos en el Ecuador no van de acuerdo con la situación real en estos sectores de frontera. En San Ignacio la situación es similar en todos los sectores.

La vigilancia epidemiológica nos muestra que continuamos teniendo casos de tuberculosis, dengue (en sectores de San Ignacio no hay agua y tienen que almacenarla en tanques lo que hace que la incidencia sea mayor), Enfermedad de Carrión solamente en Perú, no hay casos en el Ecuador, Leishmania y Varicela han tenido también presencia, pero en el caso de la Malaria se ha observado que no se presentan más casos en el año 2012.

Respecto de la mortalidad, se observa que no existe un buen registro, ya que en ambos lados de la frontera hay algunos casos de “muerte natural” o de “paro cardiorrespiratorio”, que muestran que no se conoció realmente la causa de muerte. En todo caso la septicemia no especificada, la neumonía y la hipertensión son causas en el Perú, en tanto que en Ecuador la primera es la neumonía y diversos tipos de cáncer.

## INDICADORES DE MORBI MORTALIDAD RELEVANTES

Mortalidad Materna  
Mortalidad neonatal  
Mortalidad Infantil  
Causas principales de morbilidad pro consulta externa  
Causas de egreso hospitalario  
Causas de Emergencia  
Desnutrición infantil  
Enfermedades de notificación obligatoria y de alto potencial epidémico.

## 2.3 COMPONENTE RESPUESTA SOCIAL



### 2.3.1. MARCO METODOLÓGICO

Este componente respuesta social al igual que los otros dos anteriores basa su metodología en los lineamientos establecidos en la “Guía para el Análisis de situación de salud de las poblaciones en ámbitos de frontera de los países Andinos”.

El componente de respuesta social se ha efectuado con la recopilación de información proveniente de los Departamentos de Estadística, Financiero y Contabilidad del Distrito 19D03 y Estadística de la red San Ignacio.

### INDICADORES ANALIZADOS

Sus estándares son:

1. Recursos propios
2. Asignación Presupuestaria de Salud
3. Sistema general de participación
4. Regalías
5. Transferencias Nacionales
6. Cobertura de inmunizaciones por inmunobiológico en niños menores de 7 años, y de 1 a 4 años.
7. Cobertura de inmunización con antiamarílica en población general.
8. Cobertura de inmunización con dT. Contra el tétanos y la difteria en mujeres en edad fértil

9. Cobertura de inmunización con dT. contra el tétanos y la difteria en mujeres en gestación.
10. Cobertura de atención prenatal (según estándar de cada país).
11. Coberturas de atención de parto no institucional por personal capacitado o calificado.
12. Cobertura de parto institucional.
13. Coberturas de atención en los programas de prevención de enfermedades
14. Cobertura de detección del cáncer cérvico uterino
15. Médicos por 1000 habitantes
16. Odontólogos por 1000 habitantes
17. Pruebas de ELISA de mujeres en gestación
18. Cobertura con tratamiento Retroviral para VIH
19. Egresos Hospitalarios por 1000 habitantes
20. Consultas ambulatorias por habitantes
21. Madres comunitarias y similares
22. Camas hospitalarias por 1000 habitantes
23. Porcentaje de ocupación de camas
24. Instituciones primer nivel de atención
25. Instituciones segundo nivel de atención
26. Instituciones tercer nivel de atención
27. Número de servicios de atención de urgencias
28. Número de laboratorios

### 2.3.2. ANÁLISIS

La asignación presupuestal en Ecuador es proporcionada por el Ministerio de Finanzas a través del sistema ESIGEF. En el Perú, el financiamiento de salud viene de diversas fuentes: Asignación presupuestal, fondos propios y sistema de participaciones (a través de los gobiernos descentralizados: regiones y municipios).

El presupuesto general del corredor Zumba San Ignacio para el año 2012 es de 8'590.348,61, correspondiendo a un promedio de 81,36 USD per cápita.

Al analizar por NUTE 3 la presupuestación, en Ecuador observamos que la mayor parte del mismo se queda en Zumba, donde funciona el Hospital Básico y apenas la mitad del presupuesto llega a las otras NUTES.

En Perú, La situación es similar, cuando en San Ignacio se queda un poco menos de la mitad del presupuesto total.

### TABLA 3.1

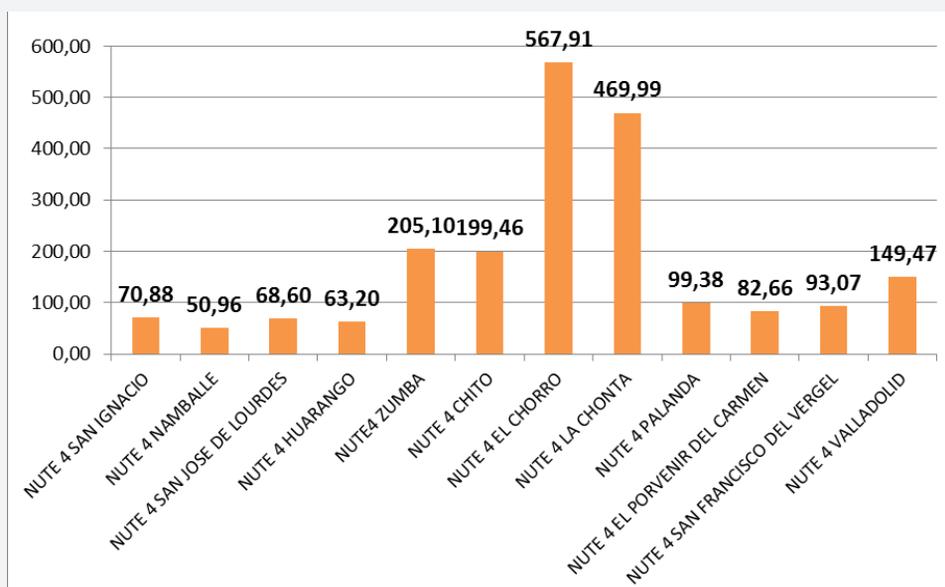
PRESUPUESTO DE LAS NUTES EN USD AÑO 2012,  
CORREDOR ZUMBA SAN IGNACIO

NUTE	TOTAL PRESUPUESTO
NUTE 4 SAN IGNACIO	2.552.906,08
NUTE 4 NAMBALLE	568.555,84
NUTE 4 SAN JOSE DE LOURDES	1.406.636,66
NUTE 4 HUARANGO	1.363.559,90
NUTE4 ZUMBA	1.410.678,94
NUTE 4 CHITO	245.335,47
NUTE 4 EL CHORRO	122.667,73
NUTE 4 LA CHONTA	122.667,73
NUTE 4 PALANDA	368.003,20
NUTE 4 EL PORVENIR DEL CARMEN	122.667,73
NUTE 4 SAN FRANCISCO DEL VERGEL	122.667,73
NUTE 4 VALLADOLID	184.001,60
<b>TOTAL</b>	<b>8.590.348,61</b>

En el momento que analizamos la presupuestación per cápita, encontramos que en Ecuador es más alta que en Perú, con un promedio de 233,38 USD en Ecuador vs. 63,41 en Perú.

### GRÁFICO 3.1

PRESUPUESTO PER CAPITA USD  
ZUMBA - SAN IGNACIO

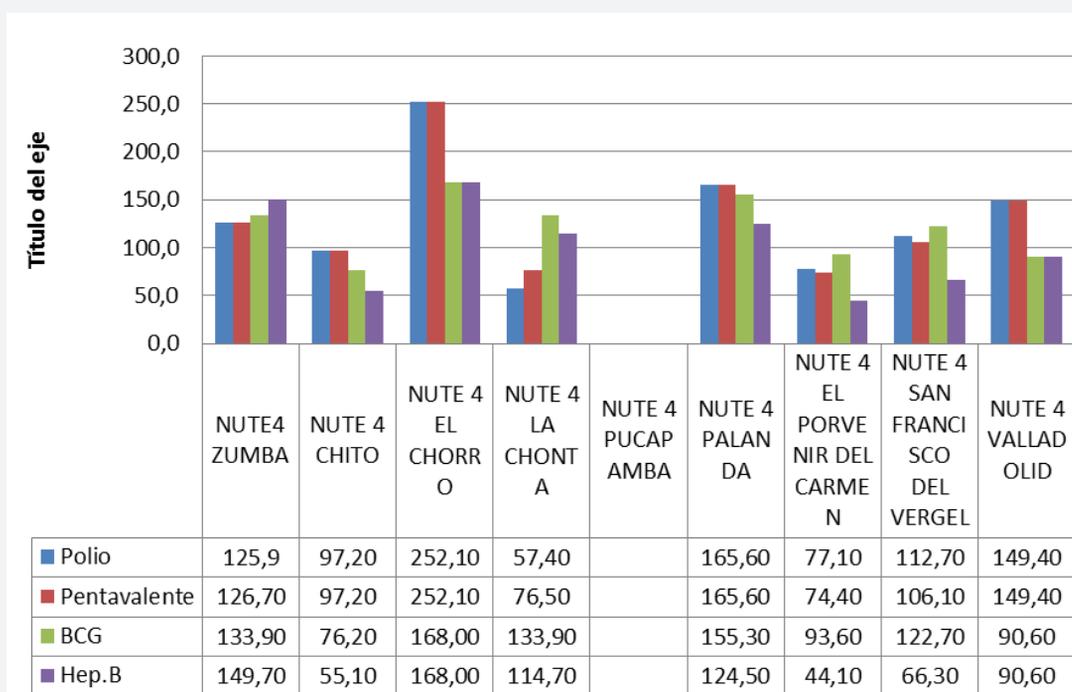


## Cobertura De Inmunizaciones<sup>37</sup>

Las coberturas de vacunas en menores de 1 año durante el 2012 en Zumba – Ecuador son altas, a excepción de El Porvenir del Carmen, donde no se llega a los niveles de las otras NUTES, en cuanto a Hepatitis B, se encuentra que hay niveles bajos en ciertas NUTES, que podrían explicarse con esos porcentaje encima del 100% en otros sectores. Situación que se da debido a que el denominador de las coberturas son proyecciones de población oficiales (INEC) que no se compatibilizan con la realidad de población de la zona.

### GRÁFICO 3.2

VACUNACIÓN MENOR DE 1 AÑO ZUMBA ECUADOR

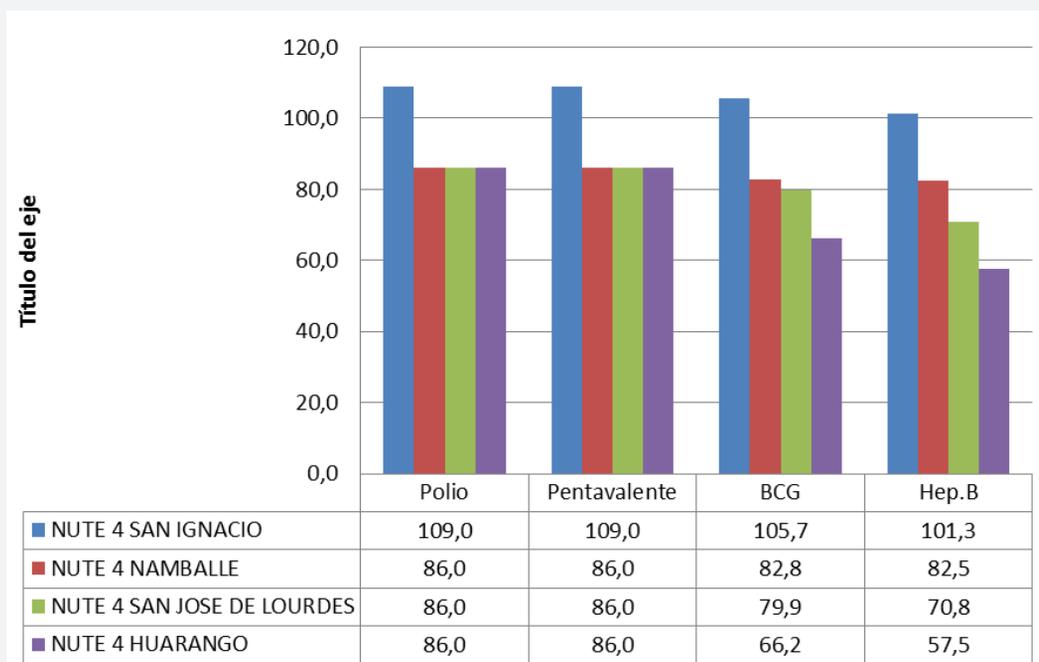


En San Ignacio la Vacunación en menores de 1 año tiene similitud, es decir coberturas altas excepto en Huarango y San José de Lourdes.

<sup>37</sup> Se encuentran casi todas las coberturas de vacunación de Ecuador por encima del 100%, esto se debe posiblemente a que los denominadores son las proyecciones de población de los censos para cada año, que no se compatibilizan con la realidad.

### GRÁFICO 3.3

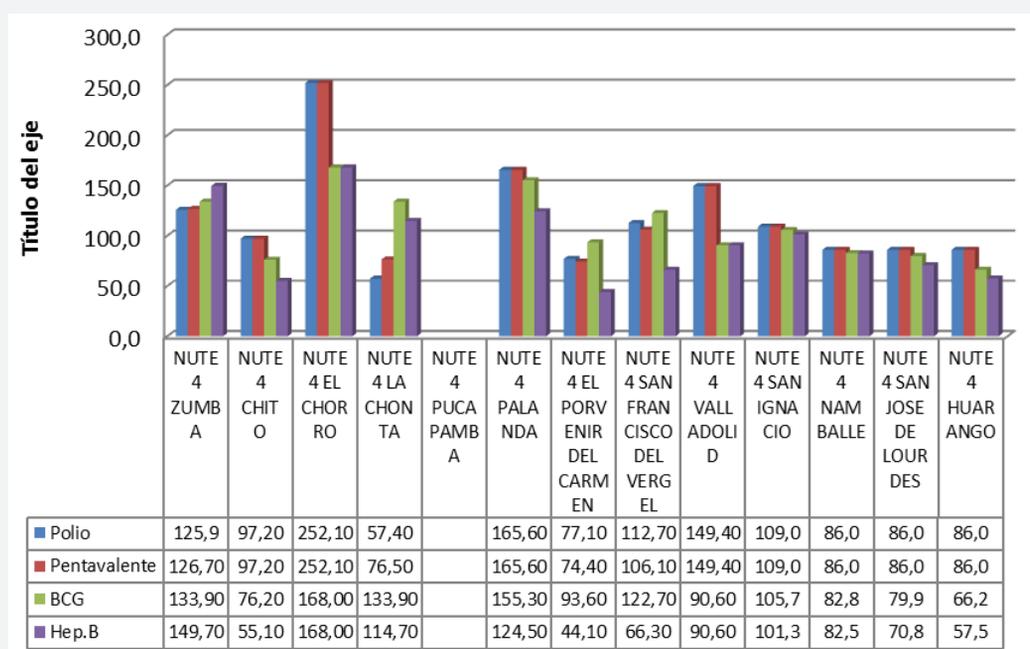
#### VACUNACIÓN MENOR DE 1 AÑO SAN IGNACIO



Al comparar las coberturas binacionales, se observa que están bastante cercanas entre sí, teniendo las mejores coberturas en El Chorro y Palanda.

### GRÁFICO 3.4

#### VACUNACIÓN MENOR DE 1 AÑO ZUMBA - SAN IGNACIO



### Cobertura de Control Prenatal:

No es posible analizar conjuntamente, ya que las coberturas tienen diferentes definiciones en cada país, en Perú la cobertura significa cuando una mujer embarazada a completado por lo menos 6 controles prenatales, en tanto que en Ecuador la cobertura de control prenatal significa que se ha captado por primera vez a la embarazada.

En ese marco, las coberturas son altas desde ambos puntos de vista, el primero que llega a superar en todas las NUTES 4 la mitad de las mujeres previstas con al menos 6 controles y la segunda (Ecuador) que la captación es elevada, excepto en Chito, Chonta y Porvenir del Carmen donde las coberturas son más bien bajas.

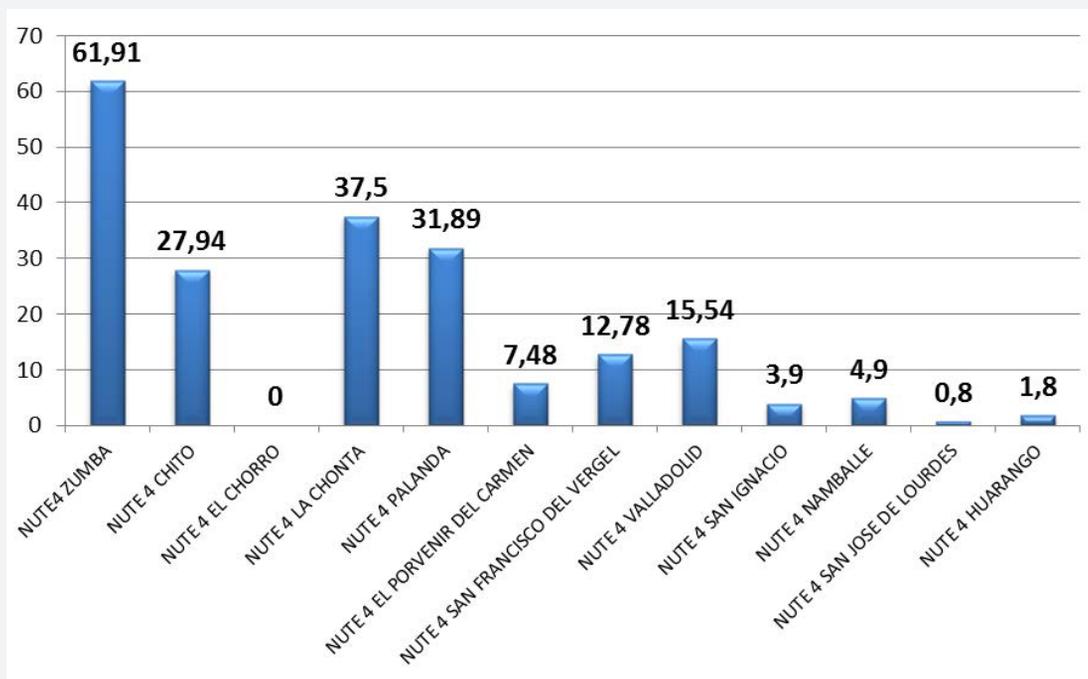
### Parto Institucional:

En el año 2012, no se ha llegado a más del 50% de la atención del parto institucional, las distancias, el hecho de no tener permanentemente personal trabajando en la zona (24 horas 7 días a la semana), las barreras económicas y culturales que no han sido superadas todavía hacen que se tengan aún esos niveles bajos.

### Detección Oportuna de Cáncer de Cérvix:

## GRÁFICO 3.5

### COBERTURA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE CERVIX

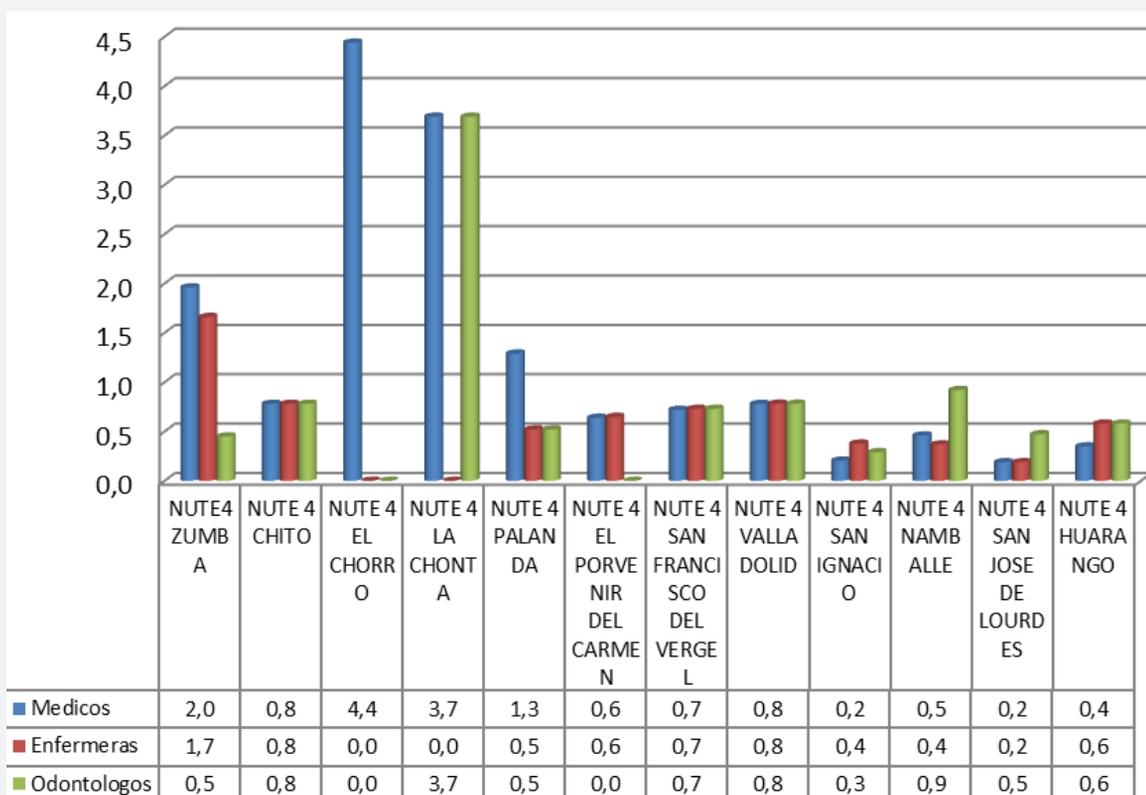


La detección oportuna de cáncer de cérvix se convierte en una estrategia para salvar vidas, sabiendo que a nivel internacional este tipo de cáncer es una de las primeras causas de muerte, observamos que en Zumba, donde hay la presencia de especialista en gineco obstetricia, es la más alta (61,91%, en tanto que las más bajas alas tenemos en San José de Lourdes con 0,8% y El Chorro con 0,00%.

*Oferta de profesionales por habitantes:*

### GRÁFICO 3.6

PROFESIONALES PO 1000 HABITANTES



Como se observa, la oferta de profesionales en cada una de las NUTES es variable, teniendo 2 médicos por 1000 habitantes, 1,7 Enfermeras y 0,5 odontólogos solamente en Zumba (donde está ubicado el hospital), en tanto que en algunos sectores ni siquiera cuentan con el personal.

*Micro Elisa en Embarazadas:*

En Zumba se ha realizado el tamizaje con micro Elisa a las embarazadas en un 51,46% en tanto que en San Ignacio ha sido un 15,8, además no se encuentran casos de VIH en ninguno de los dos sectores de frontera. Si el tamizaje es tan pequeño, podría ser la causa para no encontrar ningún caso de VIH, la epidemia mundial.

### *Unidades Operativas que funcionan en el sector de frontera:*

En San Ignacio tenemos 46 unidades de primer nivel y en Zumba 11, lo que nos da un total de 57 unidades de primer nivel que no alcanzan a prestar el servicio de salud que la comunidad necesita. De segundo nivel tenemos solamente el Hospital Básico de Zumba, en tanto que emergencia se hace en ambos sectores de frontera.

En cuanto a laboratorios clínicos, en el lado Ecuatoriano hay solamente 2, uno ubicado en Zumba y 1 en Palanda, en tanto que en el lado Peruano hay 14 distribuidos así: 2 en San Ignacio, 2 en Namballe, y 5 en San José de Lourdes y 5 en Huarango.

### *Sistema de Referencia y contrarreferencia:*

Está funcionando en Ecuador y de manera general en Perú, pero no existe todavía una coordinación precisa para hacerlo binacional.

## **2.3.3. DISCUSIÓN**

A nivel presupuestario, se observa disparidad bastante grande entre el otorgado en Ecuador y en Perú, en el primer país la inversión presupuestaria ha sido más alta desde el año 2007, con un per cápita más alto que en las NUTES Perú. La tecnología médica ha mejorado bastante en Ecuador gracias a esta intervención, además del personal que era necesario. En Perú todavía hace falta el mejorar este presupuesto para llegar a la comunidad.

En cuanto a vacunación se refiere, observamos altas coberturas, se hace necesario el trabajar conjuntamente campañas de vacunación, si observamos que hay patologías que pueden ser prevenibles por vacunación, es importante trabajar esta clase de campañas binacionales.

En cuanto al control prenatal y parto, como un punto importante de análisis y de respuesta a la comunidad, para evitar estas muertes, vemos que las coberturas no son equiparables, pero que a pesar de todo no son muy altas, más aún los partos institucionales son bajos, situación que se presta para la presentación de muerte materna y neonatal en potencia. El proyecto que han aprobado y que está en discusión se refiere a apoyar este punto.

La detección oportuna de cáncer cérvico uterino es una estrategia que ha evitado muertes prematuras por esta enfermedad en el mundo entero, solamente la toma de una muestra periódica (Papanicolaou) permite proteger a través del diagnóstico a las mujeres, pero en nuestro sector observamos que la mayor cantidad de muestras las está tomando el Hospital Básico Zumba, cuando podría llevarse a efecto campañas binacionales en las comunidades.

A nivel internacional se dice que con un número inferior a 2,28 médicos, enfermeras y obstétricas por mil habitantes no se podría alcanzar coberturas de 80% de atención de parto e inmunizaciones<sup>38</sup>. Por otro lado, el Banco Mundial establece que para dar atención de calidad debería existir 4 enfermeras por cada médico <sup>39</sup>

A nivel fronterizo observamos que tenemos 1,3 médicos por 1000 habitantes, 0,8 odontólogos y 0,6 enfermeras que no permiten dar una atención adecuada a los pacientes de esta zona de frontera. Si comparamos con países desarrollados vemos más aún el déficit de profesionales, por ejemplo en España para el año 2010 tenían 4,76 médicos; 9,58 enfermeras y 5,55 odontólogos por cada 1000 habitantes.<sup>40</sup>

El número de Unidades operativas funcionando efectivamente en la zona de frontera es bajo para la cantidad de población y las distancias que desde allí se encuentran a las comunidades, la dotación de personal y de unidades operativas hará factible tener una mejor atención de salud y llegar a completar acciones inclusive de prevención como en el caso del tamizaje a las embarazadas que no se está cumpliendo y se está quedando una bolsa de atención en VIH que podría reventar posteriormente.

## MAPA ESQUEMA DEL EJE CONSIGNANDO INDICADORES DE RESPUESTA SOCIAL RELEVANTES



<sup>38</sup> Estableciendo y monitoreando las metas para los recursos humanos de la salud: enfoque basado en la densidad de la fuerza de trabajo. Spotlight. Publicación No 6. Noviembre 2008. En [http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight\\_6\\_SP.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_6_SP.pdf)

<sup>39</sup> Banco Mundial, Investing in Health:1993, citado en: ESTUDIO DE LA DOTACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD. Lima Oct. 2007. <http://bvs.per.paho.org/SCT/SCT2007-110/SCT2007110.pdf>

<sup>40</sup> Gobierno de España- Ministerio de sanidad y política social .Indicadores claves del sistema nacional de salud Versión 2010 en [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns\\_docs/InformeC\\_INCLASNS.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns_docs/InformeC_INCLASNS.pdf)

## COBERTURA DE INMUNIZACIONES

Menores de 1 año

1 año a 4 años

Cobertura con dT en mujeres en edad fértil

Cobertura con dT en mujeres en gestación

Cobertura de atención prenatal

Cobertura de atención de parto institucional por personal capacitado o calificado

Cobertura parto institucional

BCG, HB,PENTA,OPV,  
ROTAVIRUS NEUMOCOCO,SR

FA,SRP, NEUMOCOCO 3,  
VARICELA,OPV,DPT

### COBERTURAS DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Coberturas detección de Ca. de Cérvix  
Médicos por mil habitantes  
Enfermeras por mil habitantes  
Odontólogos por mi habitantes  
Pruebas ELISA en mujeres en gestación  
Cobertura con tratamiento antirretroviral para VIH  
Egresos hospitalarios por 1000 habitantes  
Consultas ambulatorias por habitante/ año  
Madres comunitarias y similares  
Camas hospitalarias por 1000 habitantes  
Porcentaje de ocupación de camas

### INSTITUCIONES O SERVICIOS DE SALUD SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN

Numero de Instituciones Primer nivel de atención  
Numero de Instituciones Segundo nivel de atención  
Numero de Instituciones Tercer nivel de atención  
Numero de servicios de atención de urgencias  
Numero de Laboratorios  
Número de bancos de sangre  
Sistema de referencia y contra referencia

## • CAPÍTULO III

## LA PRIORIZACIÓN



## COMPONENTE RESPUESTA ORGANIZADA A LA SOCIEDAD

MEDICION	LIMITADO PRESUPUESTO	RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES POR GRUPO OCUPACIONAL	BAJAS COBERTURAS EN VACUNAS BCG Y HVB EN MENORES DE UN AÑO	BAJAS COBERTURAS DE PRUEBA DE ELIZA EN MUJERES EN GESTACION	BAJA COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL	BAJA TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS X 1000 HABITANTES	NUMERO DE LABORATORIOS INSUFICIENTES	DEBIL PROCESO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
MAGNITUD	9	8	8	9	10	7	7	6
SEVERIDAD	10	10	10	8	10	6	5	9
EFICACIA	0.7	0.6	0.6	0.9	0.8	0.7	1	0.8
FACTIBILIDAD	0.3	0.2	0.8	0.7	0.5	0.5	0.2	0.5
RESULTADO	<b>3.99</b>	<b>2.16</b>	<b>8.64</b>	<b>10.71</b>	<b>8</b>	<b>4.55</b>	<b>2.4</b>	<b>6</b>

## COMPONENTE SOCIAL DEMOGRÁFICO

MEDICION	DISTANCIA	MEDIOS COMUNICACION	ZONAS DE RIESGO	FESTIVIDADES	TASA DE FECUNDIDAD	INTERCULTURALIDAD	DISCAPACIDAD	HACINAMIENTO
MAGNITUD	4	3	3	6	6	7	4	3
SEVERIDAD	8	6	5	6	6	7	4	3
EFICACIA	1	0.5	0.6	0.6	0.8	0.8	0.6	0.6
FACTIBILIDAD	0.1	0.1	0.1	0.1	0.5	0.5	0.1	0.1
RESULTADO	<b>1.2</b>	<b>0.45</b>	<b>0.48</b>	<b>0.72</b>	<b>4.8</b>	<b>5.6</b>	<b>0.48</b>	<b>0.36</b>

## COMPONENTE SALUD ENFERMEDAD

MEDICION	DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS	PREVALENCIA DE DENGUE	PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE CARRION	INCIDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	MORTALIDAD MATERNA - NEONATAL
MAGNITUD	8	10	8	10	8	4
SEVERIDAD	8	10	10	5	5	10
EFICACIA	1	1	1	0.5	1	1.5
FACTIBILIDAD	0.5	1	0.5	1	1	1
RESULTADO	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>7.5</b>	<b>13</b>	<b>21</b>

## 3.1 ANÁLISIS

Una vez realizado la identificación de problemas de salud por componentes y al aplicar el Método de Hanlon, para la determinación de prioridades en Salud por componentes en la zona de frontera Ecuador – Perú, se determinan las siguientes prioridades:

### 1. Componente Respuesta Organizada a la Sociedad

El problema prioritario a intervenir es: **Bajas coberturas de prueba de ELISA en mujeres en gestación.**

En el Eje Fronterizo Zumba-San Ignacio se oferta las pruebas rápidas de tamizaje para VIH en gestantes solamente en el Segundo Nivel en Zumba (HB) y en establecimientos I-4 (CS San Ignacio) más Consejería como parte de la Norma de Atención de la Embarazada. El 55% de las gestantes no reciben esta prueba por accesibilidad geográfica, limitación económica para el transporte y movilidad, no hay oferta en los establecimientos del primer nivel en Ecuador y niveles I-1 a I-3 en Perú.

### 2. Componente Social Demográfico

El problema prioritario a intervenir es: **Interculturalidad**

En el Eje Fronterizo Zumba-San Ignacio hay comunidades indígenas Aguarunas en los Distritos de San José de Lourdes y Huarango. En Ecuador en línea de frontera no existen asentamientos indígenas. Considerando la cosmovisión de los diferentes grupos étnicos se observa la importancia de trabajar en el reconocimiento de su realidad, y adaptar los servicios a sus necesidades.

### 3. Componente Salud Enfermedad

El problema prioritario a intervenir es: **Mortalidad materna – neonatal**

En el ámbito fronterizo existe mortalidad materna y neonatal como consecuencia de bajas coberturas de parto institucional; débil seguimiento de la atención prenatal; accesibilidad geográfica limitada; falta de transporte; la idiosincrasia de la mujer, familia, comunidad; falta de implementación de salas de parto con adecuación cultural.

• CAPÍTULO IV

PRINCIPALES INTERVENCIONES  
QUE REQUIERE EL EJE



## PRINCIPALES INTERVENCIONES QUE REQUIERE EL EJE:

### **1.Componente Respuesta Organizada a la Sociedad**

Con la finalidad de mejorar las bajas coberturas se propone implementar campañas selectivas (pruebas rápidas más consejerías) en establecimientos de salud rurales donde no se oferta el servicios de laboratorio.

### **2.Componente Social Demográfico**

El problema prioritario a intervenir es: **Interculturalidad**

Para la integración de la interculturalidad se requiere de dos actividades:

- Capacitación al personal de salud en la implementación del dialogo intercultural.
- Capacitación al personal de salud en la organización y adecuación cultural en la provisión de los servicios de salud.

### **3.Componente Salud Enfermedad**

El problema prioritario a intervenir es – **Mortalidad materna – neonatal**

#### **Aprobación del proyecto del Eje Fronterizo Zumba – San Ignacio:**

“Fortalecimiento de los servicios de salud y de las estructuras comunitarias para impulsar y facilitar el incremento de la atención institucional del parto en el área fronteriza de Zumba-San Ignacio”

# • BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.skyscraperlife.com/latin-bar/45080-pa%EDses-por-densidad-de-poblaci%F3n.html>.
- <http://www.observatoriofiscal.org/attachments/article/2442/Criterios%20OPF%20sobre%20ley,Fomento%20Ambiental%20y%20Optimizaci%C3%B3n%20de%20Ingresos%20del%20Estado.pdf>.
- <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>.
- Clements, Benedict, Faircloth, Christopher, Verhoeven, Marijn. Gasto público en América Latina: tendencias y aspectos clave de política. Revista de la CEPAL Saturday, December 1 2007.
- <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/desercion-escolar-en-aumento-214613.html>
- <http://www.conelec.gob.ec/contenido.php?cd=1102&l=>
- [http://www.supertel.gob.ec/pdf/publicaciones/revista\\_supertel\\_8.pdf](http://www.supertel.gob.ec/pdf/publicaciones/revista_supertel_8.pdf).
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa\\_del\\_Per%C3%BA#cite\\_note-LIBRO2-6](http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_del_Per%C3%BA#cite_note-LIBRO2-6)
- “Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos ”- ASIS / Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS-CONHU; 2009
- Estableciendo y monitoreando las metas para los recursos humanos de la salud: enfoque basado en la densidad de la fuerza de trabajo. Spotlight. Publicación No 6. Noviembre 2008. En [http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight\\_6\\_SP.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_6_SP.pdf)
- Banco Mundial, Investing in Health:1993, citado en: ESTUDIO DE LA DOTACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD. Lima Oct. 2007. <http://bvs.per.paho.org/SCT/SCT2007-110/SCT2007110.pdf>
- Gobierno de España- Ministerio de Sanidad y Política Social .Indicadores claves del sistema nacional de salud Versión 2010.

# • BIBLIOGRAFÍA

- [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns\\_docs/InformeC\\_INCLASNS.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns_docs/InformeC_INCLASNS.pdf).  
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS PERU
- DGE-MINSA. Guía para el Análisis de los Factores Condicionantes de la Salud. 2002.
- DGE-MINSA. Guía para el Análisis para el Proceso Salud – Enfermedad. 2002
- DGE-MINSA. Guía para el Análisis de la Respuesta Social. 2002.
- DGE-MINSA. Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional. 2008.
- Dirección Regional de Salud Cajamarca – Dirección de epidemiología - Análisis de Situación de Salud 2010 – Región Cajamarca  
MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. “ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD PERÚ 2010”
- MINSA: Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015.
- MINSA. Categorías de Establecimientos del Sector Salud. 2004.
- Ramírez- Rembao M, Rojas RI, García - Cueto R. Influencia de los contaminantes atmosféricos en las infecciones respiratorias bajas en Mexicali-Baja California, México. Información Tecnológica 2009;20:89-100.
- SANABRIA, Hernán y ZVALETA, Alfonso. Panorama epidemiológico del loxoscelismo en el Perú. Rev. perú. med. exp. salud pública, jul./dic 1997, vol.14, no.2, p.33-41. ISSN 1726-4634.
- ASIS Provincia Jaén 2010. Publicado a nivel Subregional.
- ASIS Provincia San Ignacio 2010. Publicado a nivel Subregional.

# • ANEXO I

Definiciones de variables utilizadas en el Proyecto para el eje de frontera entre Zumba, Ecuador / San Ignacio, Perú. Dirección Provincial de Zamora Chinchipe, Ecuador- Dirección Regional de Cajamarca, Perú . 2013-2014.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Presupuesto	cálculo anticipado de los ingresos y gastos de una actividad económica durante un período, por lo general en forma anual	Asignación del presupuesto de acuerdo a programas	Ejecución de programas	% de presupuesto asignado a cada programa
Cobertura de inmunizaciones	porcentaje de la población que ha sido vacunada en un determinado tiempo ( mes, trimestre, semestre, año	Aplicación de inmunizaciones a grupos etareos de edad	Realización de actividades inherentes a la aplicabilidad de vacunas	% de vacunados
Coberturas de programas de prevención de enfermedades	Porcentaje de la población que ha sido atendida en los diversos programas preventivos de salud	Programas preventivos de salud	Tipos de programas preventivos	% de programas de prevención de enfermedades
Instituciones o servicios de salud según nivel de atención	Numero de instituciones o servicios de salud existentes y según nivel de atención	Unidades de salud	Tipo de Unidades de salud	Número de unidades de salud en cada cantón

GRUPO DE EDAD	VACUNA	TOTAL DOSIS	FRECUENCIA DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
MENORES DE UN AÑO	BCG	1	RN	Esta se aplica dentro de las 24 horas de nacido
	HB(REGION AMAZONICA)	1	RN	Se está aplicando inmediatamente después del parto
	ROTAVIRUS	2	2m - 4m	Se toma la segunda dosis para coberturas
	PENTAVALENTE	3	2m - 4m - 6m	La vacuna de la pentavalente se puede administrar hasta los 11 meses 29 días y luego se continuara con DPT, HB Y OPV, se toma la tercera dosis para coberturas.
	OPV	3	2m - 4m - 6m	Se tomara la tercera dosis para coberturas.
	NEUMOCOCO	3	2m - 4m - 6m	Se tomara la tercera dosis para coberturas
	INFLUENZA PEDIATRICA	1	A partir de los 6 meses	Solo en campaña
	SR	1	Desde los 6 meses hasta los 11 meses	
12 23 MESES	DPT	1	Dosis única	
	OPV	1	Dosis única	
	SRP	1	Dosis único	
	FA	1	Dosis única	
	VARICELA	1	Dosis único	Cada 10 años un refuerzo
EMBARAZADAS	dT	5	1 dosis en el primer contacto, 2da dosis 1mes después del primer contacto, 3era dosis a los 6 meses de la segunda dosis 4ta dosis 1 año después de la tercera dosis 5ta dosis 1 año después de la cuarta dosis , y un refuerzo cada 10 años	Debo aclarar que en el Ecuador se toma para coberturas desde la 2da dosis hasta el refuerzo en lo que concierne a dT a embarazadas, igualmente para las MEF.

# GALERÍA DE FOTOS DEL ASIS SAN IGNACIO – ZAMORA



Taller en  
San Ignacio -  
Zamora



# GALERÍA DE FOTOS DEL ASIS SAN IGNACIO – ZAMORA



## Taller en San Ignacio - Zamora



# PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE ASIS BINACIONAL 2013

## ECUADOR

### Nivel Zonal y Provincial Ecuador

- Dr. Juan Carlos Ramón. Coordinador Zona 7
- Dra. Ruth Sigüenza. Directora Provincial de Salud de Zamora Chinchipe
- Lcda. Rosa Gálvez. Epidemióloga Provincial
- Dr. Manuel Albarracín. Coordinador Aseguramiento de la Calidad de Gestión

### Nivel local Distrito 19D03 Chinchipe-Palanda-Salud

- Dr. Ramón Calderón. Director Distrital 19D03 Chinchipe-Palanda-Salud
- Dr. Héctor Olalla. Epidemiólogo Distrital 19D03 Chinchipe-Palanda-Salud
- Lcda. Alicia Gaona. Enfermera de Emergencia del Hospital Básico Zumba
- Lcda. Shuly Jaramillo. Coordinadora de Enfermería del Distrito 19D03 Chinchipe-Palanda-Salud
- Dra. Beatriz Morales Cosíos. Asistente de Estadística Distrital 19D03 Chinchipe-Palanda-Salud.
- Dra. Maricela López. Coordinadora del Área.

### Nivel Central

Obst. María Gutiérrez  
Ing. Sandra Tapia

## PERÚ

### Nivel Subregional Jaén-Perú

- Dr. Simón Estrella Izarra. Director de la Subregión de Salud Jaén,
- Lcdo. Luis Alberto Muro Brenis. Director de Planificación y Presupuesto Subregión de Salud Jaén
- Lcdo. Fernando Alcalde Tantalean. Director de Estadística Subregión de Salud Jaén.
- Lcdo. Santos Campos Milla. Coordinador de Emergencias y Desastres Subregión de Salud Jaén

### Nivel local San Ignacio

- Dr. Gerardo Huatuco Crisanto. Médico asistente del CS de San Ignacio
- Lcda. María Berta Granda García. Coordinadora de Epidemiología Red de Salud San Ignacio.
- Lcdo. Rosemiro Vásquez Castillo. Gerente Micro red de Salud Huarango.
- Lcda. María Soledad Juárez Olazabal. Responsable de Laboratorio Micro red San José de Lourdes.

### Nivel Central

Dr. Omar Napanga, funcionario del Ministerio de Salud de Perú  
Dr. Jorge Medrano, funcionario del Ministerio de Salud de Perú.

## ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

- Dra. Caroline Chang Campos, Secretaria Ejecutiva
- Dr. Ricardo Cañizares Fuentes, Secretario Adjunto
- Dr. Luis Beingolea More, Coordinador PASAFRO
- Dr. Edison Soto, Consultor Proyecto PASAFRO “Salud Puente para la Paz y la Integración Fase II”
- Dr. José Pozo, Consultor Proyecto PASAFRO “Salud Puente para la Paz y la Integración Fase II”