



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE FRONTERAS ASIS



EJE TACNA – ARICA
PERÚ – CHILE



BANCO DE DESARROLLO
DE AMÉRICA LATINA



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE FRONTERAS

ASIS

EJE TACNA – ARICA
PERÚ – CHILE
2013

ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE



PERÚ

Ministerio
de Salud



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE FRONTERAS/ EJE TACNA – ARICA
(PERÚ – CHILE)/ Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -- Lima:
ORAS-CONHU; 2014.
56p.; illus.
DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD/ ÁREAS FRONTERIZAS/ PERFIL DE SALUD/
ANÁLISIS DEMOGRÁFICO/ Indicadores/ Glosario

Agosto, 2014

Lima, Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2014 - 14486

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

Impreso en Mercedes Group S.A.C.

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

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, funcionarios de las Oficinas de Cooperación Internacional de los Ministerios de Salud de Perú y Chile, 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	2
• ANTECEDENTES	3
• JUSTIFICACIÓN	4
• INTRODUCCIÓN	6
• CAPÍTULO I: INFORMACIÓN CONTEXTUAL	7
CONTEXTO DE LOS PAÍSES DE LA FRONTERA, EJE Y/O CORREDOR	8
• CAPÍTULO II: ANÁLISIS POR COMPONENTES	13
2.1. COMPONENTE SOCIAL, DEMOGRÁFICO Y ECOLÓGICO	14
2.1.1.- MARCO METODOLÓGICO	
2.1.2.- ANÁLISIS POR PERFILES	
2.1.2.1 Perfil del entorno territorial	15
2.1.2.2 Perfil demográfico	20
2.1.2.3. Perfil socioeconómico	25
2.1.3.- DISCUSIÓN	26
2.2. COMPONENTE SALUD ENFERMEDAD	28
2.2.1.- MARCO METODOLÓGICO	
2.2.2. ANÁLISIS POR PERFILES.....	28
2.2.2.1. Perfil de morbilidad	35
2.2.2.2. Perfil de mortalidad	35
2.2.3- DISCUSIÓN	38
2.3. COMPONENTE SISTEMA DE SALUD O RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA	39
2.3.1.- MARCO METODOLÓGICO	39
2.3.2- ANÁLISIS POR PERFILES	39
2.3.2.1. Perfil de recursos, servicios y cobertura en salud	39
2.3.3.- DISCUSIÓN	43
• CAPÍTULO III: LA PRIORIZACIÓN	44
3.1. COMPONENTE PRIORIZACION	45
3.1.1.- MARCO METODOLÓGICO	45
3.1.2.- PRIORIZACIÓN	47
3.1.3.- CONCLUSIONES	47
• CAPÍTULO IV	48
PRINCIPALES INTERVENCIONES QUE REQUIERE EL EJE	49
• GLOSARIO DE TÉRMINOS	52
• BIBLIOGRAFÍA	53
• ANEXOS	50
• PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL ASIS	54

PRESENTACIÓN

El 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

DEL ASIS EN EL EJE TACNA - ARICA

El ASIS en este eje se inició en el año 2009, con importantes acuerdos y compromisos entre los países de Perú, Bolivia y Chile en abril del 2010, Coroico-Bolivia. Los equipos de Tacna – Arica, trabajaron el ASIS de frontera con base a la Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos y las Guías metodológicas alcanzados por el Ministerio de Salud del Perú, desarrollando cada componente del ASIS binacional.

Los días 13 y 14 de junio de 2013, el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), a través del proyecto “PASAFRO: Salud Puente para la Paz y la Integración”, con apoyo financiero del Banco de Desarrollo de América Latina (CAF), convocaron a los representantes del Ministerio de Salud del nivel local de Tacna-Perú y Arica-Chile para socializar el plan de medición y análisis de la situación de salud y su respectivo cronograma de actividades, comprendido dentro del primer objetivo del proyecto PASAFRO (Plan Andino de Salud en las Fronteras): “Desarrollar el diagnóstico de la situación de la salud en los ámbitos de frontera priorizados por los países”. En tal evento los representantes del nivel local determinaron el espacio territorial para el trabajo bifronterizo el eje Tacna – Arica.

Las primeras actividades se coordinaron mediante fonoconferencias, hasta constituir un equipo organizado el que propuso desarrollar los siguientes pasos:

1. Sensibilización de las autoridades y su compromiso conjunto con la población a ser beneficiada.
2. Definición del cronograma de actividades.
3. Definición de los aspectos administrativos.
4. Identificación de indicadores (ficha técnica).
5. Definición de los instrumentos para la recolección de datos.
6. Diseño del flujo de la información.
7. Capacitación de los equipos locales para elaborar el ASIS, mediante el taller desarrollado en Coroico de La Paz - Bolivia, con representantes de nivel nacional y local de Bolivia, Perú y Chile, durante los días de 9, 10 y 11 de marzo del 2010.
8. Recolección de la información, se hizo en cada uno de los ámbitos, inicialmente con la información del 2007, al no progresar lo presentado, se retomó con la información del 2012.
9. Consistencia de los datos.
10. Procesamiento de datos
11. Diagnóstico y análisis de los datos.
12. El análisis y redacción
13. La publicación.

Para el año 2014, durante los días 16, 17 y 18 de junio con el apoyo de ORAS-CONHU, los equipos locales de Tacna y Arica proceden a trabajar el ASIS de Frontera.

JUSTIFICACIÓN



El tema fronterizo es sin duda una de los principales entornos en los que fijamos cuando hablamos de integración entre naciones; el reto es que, sin perder soberanía, los países se integren con sus vecinos en un proceso de impulso a las zonas que, con frecuencia son dejadas de lado por las diversas gestiones. Una de las formas de integración es el trabajo conjunto, identificación de problemas de manera conjunta y propuesta de soluciones. Siendo el Análisis de Situación de Salud (ASIS), un proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños, problemas y sus determinantes para identificar necesidades y prioridades en salud, útiles para la definición de intervenciones y estrategias, se convierte entonces en una herramienta necesaria para el reconocimiento en los ejes.

El ASIS de fronteras está respaldado por la Resolución REMSAA XXIV/384 suscrita por los Ministros de Salud de los países andinos, en noviembre del año 2002, mediante la cual se establecen los lineamientos del Plan Andino de Salud en las fronteras. El comité ejecutivo del PASAFRO (Plan Andino de Salud en Fronteras) acordó la metodología del Análisis de Situación de todos los países de la subregión andina, con 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 XXV REMSAA/393 de septiembre del 2004 uno de artículos establecía la necesidad de definir las áreas dónde se realizaría la aplicación del diagnóstico de salud, así como 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.

En las Resoluciones 444 y 445 de la XXVIII REMSAA realizada en Santa Cruz de la Sierra en marzo del 2007, se aprueba mediante Resolución 427 el Plan Estratégico del Plan Andino de Salud en Fronteras 2007 – 2012. Asimismo la CAF aprueba en marzo del 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 de 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.

El PASAFRO logró consolidar un rol de apoyo a las fronteras en algunas de las cuales se ha posibilitado el mejoramiento de la calidad de la atención y el fortalecimiento de los servicios y la gestión de salud a través de proyectos que están en marcha (frontera Perú - Chile), lo que ha impulsado la necesidad de ir consolidando este proceso en otros sectores de fronteras andinas.

INTRODUCCIÓN



El ASIS de frontera Tacna – Arica ha sido elaborado bajo el esquema propuesto en la “Guía para el Análisis de Situación de Salud para las poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos”, documento técnico que fue elaborado por los expertos en ASIS de los seis países integrantes del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela). El documento ASIS de frontera Tacna – Arica está conformado por cuatro capítulos; el primero, de información contextual abordándose la situación social, política, económica y demográfica del país, esto es Perú y Chile; para el caso de Perú se utilizan datos e indicadores del año 2012, mientras que para Chile los datos corresponden a las proyecciones del INE de la población según el Censo del 2002.

El segundo capítulo corresponde al análisis de la información de los componentes sociodemográfico, Salud-Enfermedad, de morbilidad, de mortalidad y de respuesta organizada a la sociedad, cada uno de estos componentes ha sido abordado de manera organizada por las Nute 4 Tacna y Arica.

El tercer capítulo trata sobre el análisis de información del 2012 correspondiente a la priorización, criterios utilizados para la selección, la respuesta social organizada en salud, la información se aborda por Nute 4 y se consolida por eje fronterizo; y, por último, el cuarto capítulo busca proponer las principales intervenciones que se requieren para el eje.



• PERÚ

El Perú es una República democrática, social, independiente y soberana, logró su independencia de la dominación española el 28 de Julio de 1821, su gobierno es unitario, representativo y descentralizado, y está estructurado en tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. La República está dividida política y administrativamente en regiones, departamentos, provincias y distritos, actualmente existen 25 regiones, que se corresponden con cada uno de los 24 departamentos y la Provincia Constitucional del Callao, 194 provincias y 1,834 distritos. Su capital es la ciudad de Lima, sede de los principales entes estatales y del Gobierno Nacional. Son idiomas oficiales el castellano y, en las zonas donde predominan, también lo son el quechua, el aymara y las demás lenguas aborígenes. La capital de la República es la ciudad de Lima y la moneda oficial es el Nuevo Sol (S/.).

El territorio peruano tiene una extensión de 1'285,215.60 Km², limita por el norte con los países de Ecuador y Colombia, por el este con los países de Brasil y Bolivia, por el sur con el país de Chile y, por el Oeste con el Océano Pacífico.

La población del Perú estimada para el año 2012 fue de 30 135 875 habitantes, siendo la densidad poblacional de 23,45 habitantes por Km² y la tasa de crecimiento anual de la población de 1,13 por mil. La razón de género estimada tiene un valor de 1,004, lo cual indica que la proporción de hombres (50.1%) y mujeres (49.9%) es homogénea. La población de 30 a 59 años constituye el grupo etáreo más numeroso representando el 34,57% de la población, seguido por la población de 0 a 9 años con el 19,44%, la población de 10 a 19 años con el 19,30%, la población de 20 a 29 años con el 17,69% y, finalmente, la población de 60 años a más representa el 9%. La población peruana presenta una razón de dependencia de 53,82 y un índice de envejecimiento de 29,9.

Entre la década de los noventa y el año 2010 la salida de peruanos al exterior se multiplicó casi por seis (de 46 596 a 235 541 respectivamente). El 74,3% de los emigrantes al extranjero correspondieron al grupo de 15 a 49 años de edad. El 50,6% fueron mujeres, el 22,7% estudiantes, 13,6% empleados de oficina, 12,3% trabajadores de servicios, vendedores de comercio y mercado, 10,9% amas de casa, 9,4% profesionales, científicos e intelectuales y un 5,5% técnicos, entre los principales.

En dicho período emigraron 269 081 profesionales y técnicos peruanos, los cuales no han retornado. Del grupo de profesionales, un 21% fueron profesores, 13,7% ingenieros, 8,9% administradores de empresas, 7,5% enfermeros, 6,6% contadores y un 5,1% fueron médicos. Para el mes de Noviembre del 2012, el flujo migratorio total de entradas y salidas de peruanos y extranjeros, alcanzó más de un millón de movimientos, que representó un aumento de 10,0% respecto al alcanzado en noviembre de 2011. Para ese mismo período, los principales países de destino de los peruanos son: Chile (48,9%), Bolivia (12,5%), Estados Unidos (10,3%), Ecuador (6%), Panamá y Argentina (3,3% cada uno).

El principal punto de emigración de los peruanos es el aeropuerto Internacional Jorge Chávez, que durante el período 1994-2010 registró la salida de 880 912 peruanos (44% del total de los peruanos migrantes). En segundo lugar se encuentra el puesto de control fronterizo Santa Rosa (Tacna) en la frontera con Chile que registró el 43,6% del total del movimiento migratorio, le sigue Desaguadero (Puno) con un 5,3%, Tumbes con 3,1%,

Aguas Verdes (Tumbes) con 1,1% y el resto de puestos concentran solo el 1,3%.

En cuanto a la migración interna, las regiones que presentaron una tasa de migración negativa (más emigrantes que inmigrantes) para el año 2012, fueron: Huancavelica (-14,9), seguido por Amazonas (-1,8), Cajamarca (-11,7), Apurímac (-11,1), Huánuco (-9,3), Pasco (-8,7), Junín (-8,7), Ancash (-8,4), Piura (-7,6), Loreto (-7,4), Cusco (-6,9), Ayacucho (-6,4), Puno (-6,1), Lambayeque (-4,4), Ica (-2,5), La Libertad (-1,7), Ucayali (-1,2), San Martín (-1,0) y Arequipa (-0,5).

Las regiones con mayores tasas de migración positiva (más inmigrantes que emigrantes), es decir con mayor recepción de población fueron: Moquegua (0,3), Tacna (0,7), Tumbes (1,0), Callao (3,0), Lima (3,1) y Madre de Dios (10,2). Esta última principalmente debido a las actividades madereras y de minería

Una mujer en edad fértil tiene en promedio 2,6 hijos, valor muy cercano a la tasa promedio de América Latina y el Caribe (3,06 hijos por mujer). La tasa bruta de natalidad es 19,7 por mil, mientras que la tasa bruta de mortalidad es 5,32 por mil. La población peruana tiene una esperanza de vida de 74,1 años.

No se cuenta con un estudio actual dirigido a determinar la distribución de la población por grupos étnicos, a excepción del II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana 2007, cuyos resultados mostraron que el 1,16% de la población pertenece a estas comunidades.

La tasa de analfabetismo de la población es de 8,13%, siendo el promedio de años de escolaridad de la población de 15 años a más de 9,85 años; las tasas de coberturas en el nivel primario (1-6 grado) y secundario (1-5 años) son de 97,6% y 80,2% respectivamente, mientras que las tasas de deserción escolar alcanzan valores de 2,6% (nivel primario) y 8,8% (nivel secundario).

La cobertura de los servicios públicos de saneamiento todavía muestra valores subóptimos, la cobertura de los servicios de agua potable y alcantarillado, considerando la red pública intra y extra domiciliaria, alcanza valores del 78,9% y 56,3%, respectivamente. El servicio de energía eléctrica tiene una cobertura del 89,2%, y el servicio de telefonía, fija más móvil, para el año 2012, tuvo una cobertura del 87,3%. Otro de los servicios básicos que tiene relación e implicancias con el estado de salud de la población es la eliminación de excretas. En el 2012, el 88,5% de los hogares tenía servicio higiénico: 59,3% con inodoro conectado a la red Pública (dentro o fuera de la vivienda), 28,9% con letrina incluyendo pozo ciego o negro y 0,3% utilizaron río, canal y otros. En el área urbana, la proporción de hogares con servicio higiénico fue del 94,9%, mayor que en el área rural (74,8%).

El producto bruto interno (PBI) en el año 2012 ascendió a \$. 199 682.00 millones de dólares (539 863.00 millones de nuevos soles), creciendo un 6,3% y haciendo que la economía peruana sea la más estable en América Latina. El sector construcción fue el que más creció durante el año 2012. El principal producto de exportación es el cobre (mineral y concentrados), el cual representó el 27,67% del total de exportaciones; en ese mismo año más de un tercio de la población era pobre; el 25,8% de la población se encontraba bajo la línea de pobreza y el 6,01% bajo la línea de pobreza extrema, si consideramos la pobreza no monetaria, el 40,7% de la población tuvo al menos una necesidad básica insatisfecha. Por otra parte, la tasa de desempleo alcanzó un valor de 4,0% y el salario

mínimo desde ese año ascendió a S/. 790.60, asimismo un coeficiente de Gini de 0,37 evidencia la existencia de desigualdad en los ingresos de la población.

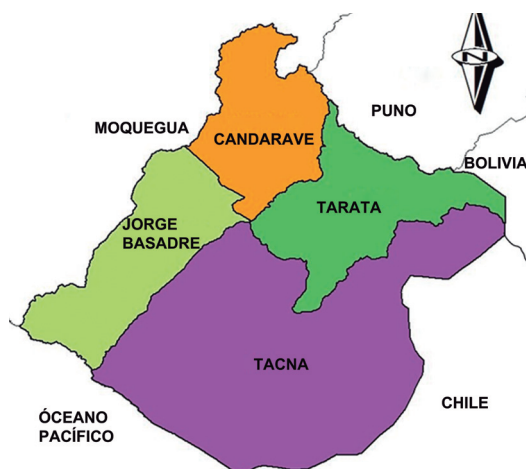
El gasto público destinado a salud como porcentaje del PBI es bajo en comparación con el promedio de la región de las Américas (7,6%); solamente se destina el 5,30%, sin embargo la diferencia se hace más notoria al considerar el gasto público en salud per cápita, el promedio de la región de las Américas asciende a US\$ 1217 mientras que en el Perú solo lo hace a US\$ 289. Adicionalmente, solo el 61,9% de la población peruana cuenta con un seguro de salud sea este público o privado.

El problema de la contaminación ambiental, no solo tiene efecto inmediato en la salud de las poblaciones, sino que contribuye a largo plazo a un fenómeno global conocido como cambio climático, el cual es producto del uso intensivo de combustibles fósiles, la quema de bosques y el cambio de uso de las tierras. Esto aumenta la concentración de gases de efecto invernadero en la atmósfera y genera el aumento de las temperaturas e incrementa la frecuencia e intensidad de eventos climáticos extremos. En Tacna las fuentes de contaminación principalmente son de fuente natural, también el uso de plaguicidas en el ámbito de la agricultura y la contaminación en las aguas del río Caplina, (por conformación geológica en la cabecera de cuenca, aguas residuales domésticas, aguas residuales agrícolas, aguas residuales acuícolas, residuos sólidos, agricultura y ganadería).

La Región Tacna se encuentra ubicada en el extremo sur del Perú, entre las coordenadas geográficas 18° 20' 19" y 70° 22' 31.5" de Latitud sur y 17° 49' 04" a 71° 06' 16" de Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich. Limita por el Norte con el departamento de Moquegua, por el Sur con la República de Chile, al Este con el departamento de Puno y la República de Bolivia y al Oeste con el Océano Pacífico.

La división política administrativa está conformada por 4 provincias y 27 distritos. El departamento de Tacna tiene como capital a la ciudad de Tacna, a 1 293 kilómetros de la ciudad de Lima, capital del Perú. Es una ciudad considerada polo de desarrollo en el sur del país y su creación fue el 25 de junio del año 1875.¹

MAPA POLÍTICO DEL DEPARTAMENTO DE TACNA



¹Instituto Nacional de Estadística e Informática; Sistema de Información Regional para la toma de decisiones; Disponible: <http://webinei.inei.gob.pe/SIRTOD/infgen.html#>

● CHILE

Chile es una República democrática, es decir, posee una forma de gobierno representativa, basada en valores de dignidad, igualdad y libertad humana, conjuntamente con el principio de la autodeterminación de los pueblos y respeto a los derechos humanos, entre otros.

El Estado de Chile es unitario, cuenta con un solo centro político de impulsión central, cuyos órganos establece la Constitución Política. A su vez, el territorio se divide en regiones y éstas en provincias, las cuales para efectos de su administración interior se dividen en comunas.

La población estimada al 2012, según proyecciones del Censo 2002, es de 17 402 630.

La Constitución establece que la administración del Estado será funcional y territorialmente descentralizada o desconcentrada en su caso, en conformidad a la ley.

El gobierno y la administración del Estado corresponden al Presidente de la República, quien es el Jefe del Estado. Los ministros de Estado son colaboradores directos e inmediatos del Primer Mandatario en las labores de administración y de gobierno.

El gobierno regional goza de personalidad jurídica de derecho público, con funciones y patrimonio propio. Lo encabeza el intendente, el cual es de la exclusiva confianza del Presidente de la República y constituye el órgano ejecutivo de la región. Preside el Consejo Regional de Desarrollo, órgano de carácter normativo, resolutivo y fiscalizador a nivel regional, que tiene entre sus máximas atribuciones aprobar los planes de presupuesto del gobierno regional, ajustados a la política nacional de desarrollo y al presupuesto de la nación, como también resolver la inversión de los recursos consultados para la región en el Fondo Nacional de Desarrollo Regional, sobre las bases de propuestas que formula el Intendente.

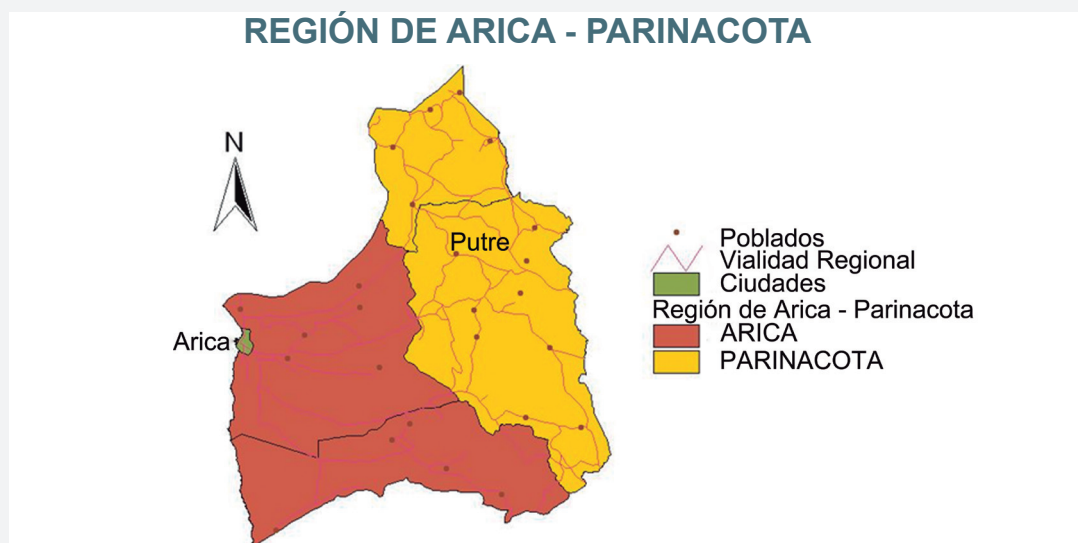
La administración local de cada comuna reside en una municipalidad, la que está constituida por un alcalde, que es su máxima autoridad, y por el concejo integrado por concejales, quienes son elegidos por sufragio universal y duran en sus cargos cuatro años, pudiendo ser reelegidos.

Las municipalidades son corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el proceso económico, social y cultural de la comuna. Una ley orgánica constitucional reglamenta todo su funcionamiento.

Chile al igual que muchos países latinoamericanos ha sufrido acelerados cambios desde los puntos de vista epidemiológico y nutricional, que han sido propiciados por una serie de cambios demográficos, sociales y económicos tales como el aumento nacional del ingreso, la globalización, migración, urbanización, industrialización entre otras. Chile presenta un alto nivel de urbanización (86.6%) que garantiza alto nivel de cobertura y acceso a agua potable, alcantarillado, escuelas y servicios de salud. Ello ha hecho posible alcanzar bajas tasas de mortalidad infantil (7.6 x mil nacidos vivos), baja mortalidad general (5.2 por mil), aumento de la esperanza de vida a 78.5 años.

En concordancia con lo anterior, el perfil epidemiológico de Chile ha pasado de una situación pre- transicional, caracterizada por el predominio de enfermedades infecciosas y materno-infantiles en los años 60, a una post-transición marcada por el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, patologías de salud mental y accidentes. Sin embargo es necesario mencionar que este país al igual que el resto del mundo presenta marcadas diferencias en sus distintos territorios y poblaciones. De este modo, la llamada transición epidemiológica no se presenta en forma homogénea ni con todos sus elementos en cada territorio.

La Región Arica y Parinacota se encuentra emplazada en una zona de clima desértico. La división político administrativa regional se estructura en 2 provincias, Provincia de Arica y Provincia de Parinacota, y 4 comunas, de las cuales Arica y Camarones corresponden a la provincia de Arica, en tanto las comunas de Putre y General Lagos corresponden a Parinacota.



HISTORIA EN EL ÁMBITO FRONTERIZO TACNA - ARICA

El territorio en el que se encuentra Arica ha estado poblado por más de 11 000 años. La cultura Chinchorro, uno de los primeros pueblos con comunidad aldeana, realizó rituales mortuorios a todos sus miembros a través de la momificación. De ellos permanecen, además de las momias más antiguas del mundo, majestuosos petroglifos, geoglifos y una vasta muestra de artesanía y objetos culturales con más de 10 000 años de historia, pertenecientes también a culturas pre-incaicas andinas y marítimas.

Esta ciudad fue escenario del Asalto y Toma del Morro de Arica, el 7 de junio de 1880. Después del Tratado de Ancón la ciudad pasó a administración chilena por diez años. Un plebiscito definiría su pertenencia a Chile o al Perú, junto con la de Tacna. Este plebiscito no se realizó, sino que se firmó el Tratado de Lima en 1929 que fijó la pertenencia de la Provincia de Arica a Chile, y la de Tacna al Perú.

En el año 2007 se crea la nueva región de Arica y Parinacota, se formaliza con la promulgación de la ley N° 20.175 por parte de la Presidenta Michelle Bachelet, el 23 de marzo de 2007 en Arica.

• CAPÍTULO II

ANÁLISIS POR COMPONENTES



2.1 COMPONENTE SOCIAL DEMOGRÁFICO Y GEOGRÁFICO



2.1.1 MARCO METODOLÓGICO

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el componente Social, Demográfico y Económico, 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”*.

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

- Perfil de entorno territorial
- Perfil demográfico
- Perfil socioeconómico

Perfil del entorno territorial: caracteriza geográficamente los NUTES 4 objetos del ASIS, y contiene las variables:

- Ubicación geográfica
- Límites
- NUTES 4 que conforman el Eje N° 1
- Vías de comunicación, formas de acceso y medios de comunicación
- Temperatura, humedad relativa, precipitación, zonas de riesgo y festividades

Para efectos del presente Análisis de Situación de Salud Binacional se ha definido como zona fronteriza del Eje Tacna – Arica, el cual está conformado por distrito Tacna (Nute 4), perteneciente al departamento de Tacna en el Perú y la Comuna Arica que pertenece a la Región Arica Parinacota (Nute 4).

Perú: Tacna / Chile: Arica

Estos municipios fueron definidos conjuntamente en el taller Binacional Tacna 2013 (Tacna - Arica), determinando el eje fronterizo para la elaboración del ASIS, durante los días 13 y 14 de Junio del 2013.

El Perfil Demográfico describe la población del eje fronterizo por sexo y grupos de edad, área urbana y rural, 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

El Perfil Socioeconómico, describe pobreza, cobertura de educación y servicios básicos:

- Pobreza, necesidades básicas insatisfechas (NBI), Línea de Pobreza
- Tasa de analfabetismo en población mayor de 15 años por sexo
- Cobertura neta con educación primaria
- Cobertura neta con educación secundaria
- Hacinamiento.
- Desempleo

La información recolectada tiene como fuentes: los sistemas de información estadística del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), ASIS 2013, SENAHMI, indicadores sociales, educativos y económicos de CENSO 2007, ENDES, MINEDU e INEI; y sistemas de estadísticas e información del Ministerio de Salud de Chile (DEIS), Diagnóstico Regional de Situación de Salud Región Arica y Parinacota 2013, Compendio Estadístico 2012, Instituto Nacional de Estadística Chile, Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN 2011 del Ministerio de Desarrollo Social, proyecciones de población Censo 2002 INE, Ministerio de Obras Públicas.

Los años acordados de la información para el análisis:

- Población año 2012.
- Indicadores socio demográficos y poblacionales año 2011.

Las tablas o cuadros presentados forman parte de la base de datos de ASIS 2013 concertada y trabajada conjuntamente entre los equipos de los ámbitos de Tacna, recoge indicadores de los años 2012 reales o proyectados del censo del 2010; en el caso de Chile, las

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, la primera es el distrito de Tacna clasificada como Nute 4 y ubicada en el Departamento de Tacna - Perú, y, la segunda, la comuna de Arica de la Región Arica y Parinacota de Chile.

TABLA 1				
EXTENSIÓN TERRITORIAL Y DENSIDAD POBLACIONAL EJE TACNA - ARICA				
NUTE 3	Población Total 2012	Extensión territorial en Km ²	Porcentaje territorial	Densidad poblacional (hab. x Km ²)
TACNA	91847	8066.11	62.7	11.4
ARICA	177232	4799	37.3	36.9
TOTAL	269079	12865.11	100.0	20.9

Fuente: ASIS 2013-DIRESA Tacna, Diagnóstico Regional de Salud Arica-Parinacota 2013

EXTENSIÓN TERRITORIAL Y DENSIDAD POBLACIONAL

El total de la extensión territorial de la zona fronteriza Tacna – Arica es de 12 865,11 Km². La zona con mayor aporte territorial es Tacna. En relación a la densidad poblacional se observa que la Comuna Arica triplica la densidad poblacional (36,93 habitantes/ Km²) de Tacna (Tabla 1), esto se refleja porque en la región Arica Parinacota de Chile se concentra fundamentalmente en Arica (nute 4), donde reside el 97,7% de los habitantes con una densidad poblacional 3,4 veces mayor que la regional.

TABLA 2		
LONGITUD Y LATITUD EJE TACNA - ARICA		
NUTE 4	Longitud	Latitud
TACNA	70°15'00	18°00'21
ARICA	70°18' 52"	18°28'30"

Fuente: ASIS 2013-DIRESA Tacna, Diagnóstico Regional de Salud Arica-Parinacota 2013

LONGITUD Y LATITUD

La zona fronteriza Tacna - Arica, se encuentra entre una longitud mínima de 70°15'00 y máxima de 70°18'52" y una latitud mínima de 18°00'21 y máxima de 18°28'30". Lo que indica que se encuentra en la zona sur. (Tabla 2)

TABLA 3	
TIPO DE VÍAS Y DISTANCIAS EJE TACNA - ARICA	
NUTE 4	Tipo de vías entre centros poblados de desarrollo y la comunidad dispersa mas alejada
TACNA	Carretera asfaltada y línea férrea
ARICA	Carretera asfaltada y línea férrea

Fuente: ASIS 2013-DIRESA Tacna, Diagnóstico Regional de Salud Arica-Parinacota

TIPO DE VÍAS

El tipo de Vía principal en la zona de frontera es básicamente terrestre, que se combina entre carretera asfaltada y línea férrea en las Nute 4 de Tacna y Arica. (Tabla 3)

TABLA 4		
FORMAS DE ACCESO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN EJE TACNA - ARICA		
NUTE 3	Lista de Formas de Acceso	Medios de Comunicación
TACNA	Terrestre, férrea y aérea	Televisión por cable y satelital - teléfono red fija y celular - fax - internet -periódicos - radios
ARICA	Terrestre, aérea, férrea y marítima	Televisión por cable y satelital - teléfono red fija y celular - fax - internet -periódicos - radios

Fuente: Ministerio de Transportes y Comunicaciones Perú, Diagnóstico Regional de Salud Arica-Parinacota 2013

FORMAS DE ACCESO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La forma de acceso es terrestre en todo el ámbito fronterizo, a través de carretera y ferrocarril. Además, ambas Nute 4 cuentan con aeropuerto y Arica cuenta con vía de acceso marítima.

Arica cuenta con el Aeropuerto Internacional Chacalluta para las comunicaciones aéreas, mientras que por tierra se comunica a través de la Carretera Panamericana, siendo el Terminal Rodoviario Nacional el punto de llegada y salida de los buses nacionales e internacionales, con salidas diarias al resto del país y también hacia Perú, Bolivia, Argentina y Brasil, principalmente.

El Puerto de Arica es utilizado tanto para atraque y desatraque de barcos de carga, como de cruceros internacionales. Por vía férrea, opera el ferrocarril Arica – Tacna.

La ruta principal es la Carretera Panamericana (Ruta N° 5) que atraviesa la Región de Arica Parinacota, de sur a norte, uniendo al país con Perú.

Respecto a los medios de comunicación las dos Nute 4, Tacna y Arica, tienen amplia cobertura con televisión abierta: por cable y satelital, teléfono: red fija y celular, fax, internet, periódicos y radios.

TABLA 5			
TEMPERATURA, HUMEDAD Y PRECIPITACIÓN EJE TACNA - ARICA			
NUTE 3	Temperatura	Humedad Relativa (%)	Precipitación
TACNA	19.00°C	75.00	2.20
ARICA	18.61°C	73.96	0.11

Fuente: SENHAMI-Perú, Diagnóstico Regional de Salud Arica-Parinacota 2013

TEMPERATURA, HUMEDAD Y PRECIPITACIÓN MEDIOS DE COMUNICACIÓN

En el eje fronterizo Tacna - Arica, existe similitud en las características climáticas y de tiempo como son temperatura y humedad; pero se resalta que en Tacna, es mayor la precipitación que en la Nute 4 de Arica. (Tabla 5)

Debido a la influencia de la masa marina y la Corriente de Humboldt, el clima de la zona de Arica es desértico costero, caracterizándose por nublados abundantes, baja oscilación y baja amplitud térmica desde otoño hasta invierno y parte inicial de primavera, aunque en verano las temperaturas llegan a duplicarse y la oscilación aumenta. En materia climatológica, posee el récord mundial por ser la ciudad más seca del mundo por sus casi nulas precipitaciones lo cual es reflejado en su normal anual de 0,8 mm de agua caída. Las temperaturas van desde los 9° C en invierno hasta los 28° C en verano, con un promedio de 21° C.

TABLA 6	
ZONAS DE RIESGO EJE TACNA - ARICA	
ZONAS DE RIESGO (DESLIZAMIENTOS, VOLCANES, AVALANCHAS, INUNDACIONES, TORMENTAS, SISMOS, CONTAMINACIÓN)	
TACNA	Sismo: Zona Sísmica Contaminación del Aire: Fabrica ladrillera dentro de la ciudad Zonas de contaminación ambiental: Mercado mayorista Grau, talleres mecánicos de automóviles, antenas de telecomunicaciones, eliminación de residuos sólidos
ARICA	Sismo: Zona Sísmica Tsunamis: Principalmente la zona Litoral Inundaciones: Desborde de los ríos San José y Lluta Zonas de contaminación ambiental: Por poli metales en la zona Cerro Chuño y población los Industriales, talleres mecánicos de automóviles, antenas de telecomunicaciones y eliminación de residuos sólidos.

Fuente: INDECI-Perú, ALA Tacna, Diagnóstico Regional de Salud Arica-Parinacota 2013

ZONAS DE RIESGO

El tipo de riesgo mayor en la frontera de Arica-Chile y Tacna-Perú, son los sismos, resaltando que Arica tiene mayores probabilidades de riesgos de tsunami en la zona litoral de la ciudad.

En Tacna existen industrias ladrilleras dentro de la ciudad, lo que permite contaminar con partículas de polvo algunas zonas de la ciudad.

La contaminación ambiental es común para el eje fronterizo Tacna-Arica, en tema de presencia de talleres mecánicos de automóviles, antenas de telecomunicaciones dentro de cada ciudad y eliminación de residuos sólidos a cielo abierto externo a la ciudad. Arica además tiene contaminación por pasivos ambientales con depósito de desechos tóxicos principalmente plomo y Arsénico en sectores residenciales e industriales de la ciudad.

Por otro lado, existe el riesgo de contaminación ambiental por la actividad minera que influye en el ámbito fronterizo.

TABLA 7	
FESTIVIDADES EJE TACNA - ARICA	
NUTE 4	FESTIVIDADES
TACNA	Febrero: Carnavales Mayo: Las cruces Junio: Fiesta de San Pedro Agosto: Reincorporación de Tacna Noviembre: Todos los santos
ARICA	Febrero: Carnaval Con la fuerza del Sol Mayo: Cruz de Mayo - San José 29 Junio: Fiesta de San Pedro Julio: Tirana Chica Octubre: Fiesta de la Virgen de las Peñas.

Fuente: DIRCETUR 2012, Diagnóstico Regional de Salud Arica-Parinacota 2013

FESTIVIDADES

En la frontera de Tacna y Arica, el calendario de festividades destaca la celebración del mes de febrero y marzo con los carnavales que congrega gran masa de población local, nacional e internacional. El resto de festividades son de costumbre religiosa, generando alertas sanitarias de distinto tipo por el riesgo de ocurrencia de violencia social y familiar, accidentes de tránsito y brotes epidémicos. (Tabla 7).

2.1.2.2. PERFIL DEMOGRÁFICO

El análisis del perfil demográfico se ha realizado integrando información de la Nutes 4 de Tacna - Perú y Arica - Chile y además tablas integradas del Eje Fronterizo Tacna - Arica.

TABLA 8		
POBLACIÓN 2012 EJE TACNA - ARICA		
NUTE 4	Población	%
TACNA	91 847	34,1
ARICA	177 232	65,9
TOTAL	269 079	100,0

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna, INE, Compendio estadístico 2012

POBLACIÓN TOTAL 2012

La población total para la eje fronterizo Nute 4 Tacna y Arica es de 269 079 habitantes, según las proyecciones de población del censo 2002 de Chile y Censo 2007 de Perú. En Arica se concentra mayor población (Tabla 8).

TABLA 9	
TASA DE CRECIMIENTO POBLACIÓN 2012 EJE TACNA - ARICA	
NUTE 4	TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACIÓN %
TACNA	-2,1
ARICA	1,1

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna, INE,
Compendio estadístico 2012

La tasa de crecimiento durante el año 2012 tuvo un promedio de -0,5% en el eje fronterizo Tacna - Arica; en la frontera del Perú la población de Tacna tiene un crecimiento poblacional negativo de -2,1%, mientras que en la frontera de Chile datos proyectados del 2002 reporta la tasa de crecimiento poblacional de 1,1% (Tabla 9).

TABLA 10	
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD 2012 EJE TACNA - ARICA	
NUTE 4	TASA GENERAL DE FECUNDIDAD (Por 1000 hab.)
TACNA	57,7
ARICA	77,3

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna,
Estadística Vitales DEIS MINSAL Chile 2011

TASA GENERAL DE FECUNDIDAD

En la zona del eje fronterizo nacieron en promedio 67,5 niños por cada 1000 mujeres; Arica es la de mayor tasa con 77,3 respecto a la que tiene Tacna (57,7), quiere decir que en Arica hay una mayor cantidad de nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fértil (15-49 años) que Tacna. (Tabla 10).

TABLA 11		
TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD 2011 EJE TACNA - ARICA		
NUTE 4	TASA BRUTA DE NATALIDAD X 1000 HAB.	TASA BRUTA DE MORTALIDAD X 1000 HAB.
TACNA	18,03	6,2
ARICA	20,3	6,1

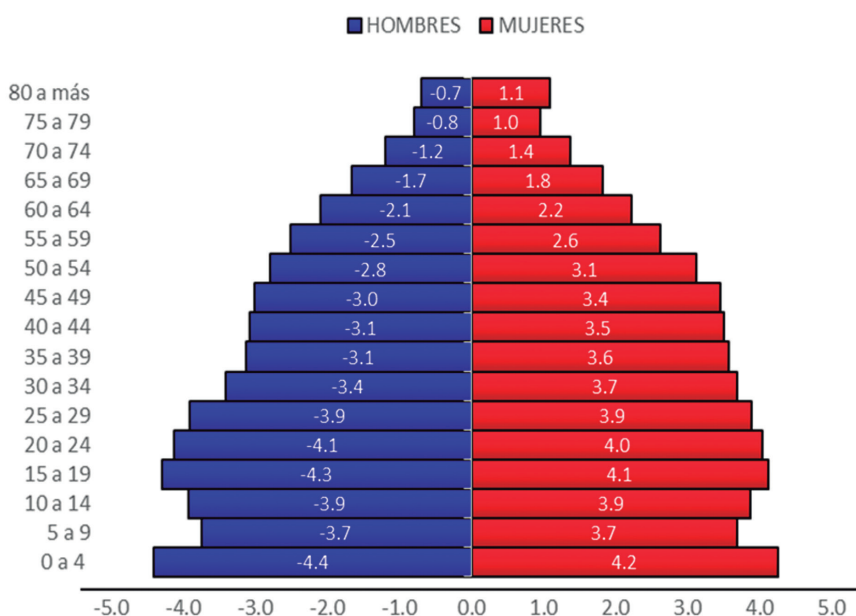
Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna, Estadística Vitales DEIS MINSAL
Chile 2011

TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD

La tasa bruta de natalidad para la zona fronteriza es más alta en la zona de Arica con 20,3 nacidos vivos por mil habitantes que Tacna con 18 nacidos vivos por mil habitantes. Mientras que la tasa bruta de mortalidad, es similar tanto para Tacna con 6,2 defunciones por mil habitantes y Arica con 6,1 defunciones por mil habitantes, es decir, comparten el mismo riesgo absoluto de morir.

Gráfico N° 01

Pirámide Poblacional
Eje Fronterizo: Tacna - Arica
2012



Fuente: DEEPI- DIRESA Tacna, INE, Compendio estadístico 2012

PIRÁMIDE POBLACIONAL

La pirámide poblacional del eje fronterizo tiene aún características propias de las zonas en desarrollo, es decir una base amplia y una punta estrecha. La población infantil menor de 1 año es casi la misma proporción para ambos sexos, de 1 a 4 años de niños y niñas representan el 6,8%. Si ampliamos el rango del grupo de edad hasta menores de 15 años, suman 65 103 (23,9%). En cambio, en el otro extremo de edad, la población mayor de 65 años es de 26 137 adultos mayores (9,6%), con mayor proporción de mujeres que hombres. Por otro lado, al comparar el sexo del grupo de edad de 0 a 54 años, existen diferencias mínimas entre los valores porcentuales de hombres y mujeres por quinquenios de edad, (Gráfico 01, Tabla 12), esto permite ver que la razón de hombre/mujer es de 0.9.

TABLA 12

POBLACIÓN SEGÚN EDAD QUINQUENAL
EJE FRONTERIZO TACNA - ARICA
2012

ESTRATO DE EDADES	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
0 a 1	2556	0,9	2388	0,9	4944	1,8
1 a 4	9441	3,5	9191	3,4	18 632	6,8
5a 9	10 219	3,7	10 040	3,7	20 259	7,4
10 a 14	10 709	3,9	10 559	3,9	21 268	7,8
15 a 19	11 708	4,3	11 209	4,1	22 917	8,4
20 a 24	11 267	4,1	10 982	4,0	22 249	8,2
25 a 29	10 675	3,9	10 602	3,9	21 277	7,8
30 a 34	9298	3,4	10 052	3,7	19 350	7,1
35 a 39	8501	3,1	9743	3,6	18 244	6,7
40 a 44	8371	3,1	9548	3,5	17 919	6,6
45 a 49	8222	3,0	9391	3,4	17 613	6,5
50 a 54	7597	2,8	8507	3,1	16 104	5,9
55 a 59	6851	2,5	7124	2,6	13 975	5,1
60 a 64	5725	2,1	6024	2,2	11 749	4,3
65 a 69	4521	1,7	4974	1,8	9495	3,5
70 a 74	3263	1,2	3729	1,4	6992	2,6
75 a 79	2157	0,8	2603	1,0	4760	1,7
80 a más	1910	0,7	2980	1,1	4890	1,8
Total	132 991	48,8	139 646	51,2	272 637	100,0

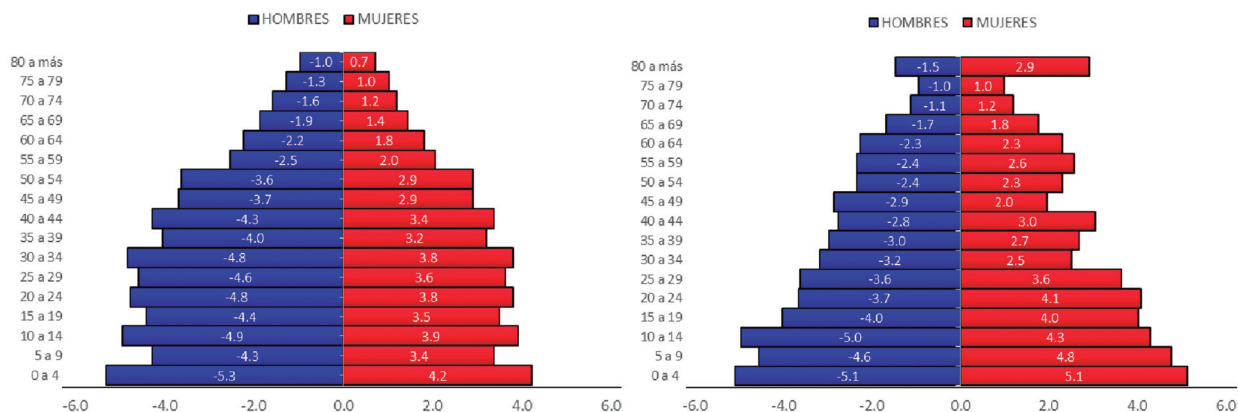
Fuente: DEEPI-DIRESA Tacna, INE, Compendio estadístico 2012

Gráfico N° 02

Pirámide Poblacional
Eje: Tacna - Arica
2012

Pirámide Poblacional distrito Tacna – Perú 2012

Pirámide Poblacional Comuna Arica – Chile 2012



Fuente: DEEPI- DIRESA Tacna, INE, Compendio estadístico 2012

TABLA 13		
POBLACIÓN SEGÚN URBANIDAD Y RURALIDAD EJE. TACNA - ARICA 2012		
NUTE 4	POBLACIÓN URBANA (%)	POBLACIÓN RURAL (%)
TACNA	93,5	6,5
ARICA	89,76	10,2

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna, INE, Censo estadístico 2012

POBLACIÓN SEGÚN URBANIDAD Y RURALIDAD

En relación a la población por zonas, se observa que en Tacna el 94,5% es población urbana y el 6,5% rural, mientras que Arica cuenta con un 89,76% de población urbana y 10,24 % rural. Estos valores indican que tanto Tacna y Arica son predominantemente de población urbana, donde también se concentra la mayor demanda en salud (Tabla 13).

TABLA 14		
POBLACIÓN GESTANTE EJE. TACNA - ARICA 2012		
NUTE 4	GRUPO VULNERABLE	%
TACNA	1731	55,4
ARICA	1395	44,6
TOTAL	3126	100,0

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna, INE, Censo estadístico 2012

GESTANTES

Durante el año 2012, se registra un total de 3126 mujeres en fase de gestación, donde Tacna tiene el 55,4% y Arica el 44,6%. Se debe resaltar que Arica tiene mayor cantidad de población pero existe menor cantidad de gestantes (Tabla 14).

TABLA 15			
ESPERANZA DE VIDA AL NACER EJE: TACNA - ARICA 2012			
NUTE 4	ESPERANZA DE VIDA AL NACER TOTAL	ESPERANZA DE VIDA AL NACER POB. FEMENINA	ESPERANZA DE VIDA AL NACER POB. MASCULINA
TACNA	75,0	78,0	73,0
ARICA	79,1	82,2	76,1

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna, INE, estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950-2050.

ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida al nacer en el eje fronterizo Tacna – Arica en promedio está en 77,1 años de edad, mientras que en la población femenina es de 80,1 y los varones 74,6; se observa que las mujeres tienen 5,5 años más de esperanza de vida que los hombres

POBLACIÓN INDÍGENA Y AFRODESCENDIENTE

Es necesario resaltar que solo Arica - Chile cuenta con información sobre población indígena y afrodescendiente. Según la Encuesta CASEN 2011, el 26,3% de la población de la región pertenece a algún pueblo originario. Esta cifra corresponde al segundo mayor porcentaje de población indígena entre todas las regiones del país.

Mientras no se cuente con información censal actualizada, se utiliza los resultados del Censo de 2002. De acuerdo con esta fuente, 25 615 se reconocieron aymara, correspondientes al 13,6% del total poblacional; un 1,9% declaró pertenecer a otros pueblos indígenas; y, el 84,5% señaló no pertenecer a estos pueblos. Conjuntamente, 9 de cada 10 aymaras de la Región, reside en la comuna de Arica. (Fuente: Estudio Epidemiológico con enfoque sociocultural de la población aymara de la región Arica y Parinacota).

La Encuesta de Caracterización de la Población Afrodescendiente de la Región de Arica y Parinacota se enmarca en el Convenio Marco de Colaboración y Acta de Acuerdo suscrito el 22 de Marzo de 2013, para el estudio de la situación de la etnia Afrodescendiente, suscrito entre la Intendencia Regional de Arica y Parinacota, el Instituto Nacional de Estadísticas y ONGs de la Región. En su diseño y ejecución se ha realizado un trabajo colaborativo entre las organizaciones de afrodescendientes de la región, el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y el Instituto Nacional de Estadísticas.

Población afrodescendiente estimada: **8415, 4,7%**

Total de Población estimada: 179 172, 94,7%

2.1.2.3. PERFIL SOCIOECONÓMICO

TABLA 16		
POBREZA EJE. TACNA - ARICA 2012		
NUTE 4	% POBLACIÓN BAJO LA LINEA DE POBREZA	% POBLACIÓN BAJO LA LINEA DE POBREZA EXTREMA
TACNA	14,0	S/D
ARICA	13,6	2,1

Fuente: INEI - Perú, Ministerio de Desarrollo Social CASEN 2011

Pobreza.² Los porcentajes de pobreza para Tacna y Arica son similares con 14% y 13,6%, respectivamente, mientras que en la línea de pobreza extrema³, Arica presenta un 2,1% y en Tacna no se cuenta con el dato registrado. (Tabla 16)

2.1.3. DISCUSIÓN

En el análisis de situación de salud del corredor fronterizo Tacna-Perú y Arica-Chile, se observa que en el ámbito geográfico, el distrito Tacna tiene mayor extensión territorial, con 8066,11 Km², representando el 62,7% del eje Tacna-Arica y tiene una densidad poblacional de 11,4 habitantes por Km², con alta concentración poblacional en zona urbana, lo cual, permite de manera eficiente implementar estrategias de acceso a la población. Por el lado de Arica, al tener una menor extensión territorial, la densidad poblacional es mayor que la de Tacna (37,3 hab./Km²), lo que también permite una agilidad en las intervenciones sociales y de salud. Por tanto, ambos territorios fronterizos comparten características geográficas similares con población urbana concentrada.

La infraestructura vial favorece la facilidad al acceso de la población a las unidades operativas para la atención de salud, así en Tacna tienen carreteras asfaltadas e incluso hasta la parte rural más alejada, como la zona litoral (Los Palos, La Yarada, Santa Rosa) y el anexo de Calientes del valle interandino Caplina. De igual forma, en Arica el acceso es de carretera asfaltada que permite llegar a la unidad operativa de mayor complejidad, para resolver problemas de salud que ameriten intervención sobre todo de segundo nivel.

En cuanto a los parámetros ambientales, el territorio fronterizo tiene una temperatura promedio similar que fluctúa alrededor de 19°C, igualmente la Humedad Relativa es de 75% para Tacna y 74% para Arica, sin embargo, la precipitación pluvial es ligeramente mayor en Tacna comparado a Arica. Cabe resaltar que estas condiciones ambientales son propicias para albergar vectores transmisores de enfermedades metaxénicas, principalmente durante los meses de diciembre a abril, que al incrementar la temperatura constituye un factor de riesgo para el ingreso del *Aedes aegypti*, (vector del Dengue) y otros de importancia de salud pública.

Por su ubicación geográfica, la zona fronteriza tiene alto riesgo sísmico por encontrarse en el anillo o el cinturón de fuego del Pacífico, que es una de las zonas más destructivas del planeta, sobre todo gran parte de la zona litoral de Arica está expuesto a eventos de Tsunamis. También existen probabilidades de inundaciones en épocas pluviosas, que por el

²La **pobreza** es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso y/o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de segregación social o marginación.

En muchos países del tercer mundo, se dice que uno está en situación de pobreza cuando su salario (si es que tiene un salario), no alcanza para cubrir las necesidades que incluye la canasta básica de alimento.

³La **pobreza extrema** es el estado más severo de pobreza. Cuando las personas no pueden satisfacer varias de las necesidades básicas para vivir como alimento, agua potable, techo, sanidad, y cuidado de la salud. Para determinar la población afectada por la pobreza extrema, el banco mundial define la pobreza extrema como personas viviendo con menos de \$1.25 al día.

lado de Arica pueden darse desbordes de los Ríos San José y Lluta y en lado de Tacna el Río Caplina, que consecuentemente, las localidades podrían aislarse y además por la intermitencia de la distribución de agua potable, se generen condiciones para la presencia de enfermedades como EDAs, IRAS, enfermedades de la piel, entre otros. Por otro lado, ambas ciudades fronterizas tienen zonas de contaminación ambiental producida por humo del parque automotor, talleres mecánicos de automóviles, antenas de telecomunicaciones y eliminación de residuos sólidos; además, en Arica existe riesgo de contaminación por polimetales en la zona Cerro Chuño y población Los Industriales.

En lo cultural, el eje fronterizo celebra costumbres festivas como el carnaval en el mes de marzo; festividades religiosas en Arica como de la Virgen de las Peñas, Tirana Chica y fiesta de San Pedro; mientras que en Tacna es preponderante la fiesta de las Cruces y celebraciones cívicas como la reincorporación de Tacna, estas congregan y aglomeran gran cantidad de personas, constituyendo un factor de riesgo para la presencia de brotes sobre todo alimentarios.

En lo poblacional, la Nute 4 Arica tiene mayor concentración poblacional (65,9%) que la Nute 4 Tacna, esto probablemente porque existe un crecimiento poblacional positivo de 1,1 en Arica, mientras que en Tacna es negativo (-2,1). También la tasa general de fecundidad es mayor en Arica (77,3 x 1000 MEF) y la tasa bruta de natalidad (30,3 x 1000 Hab.) indicando de la población necesita controlar la natalidad.

La composición de la pirámide poblacional del eje fronterizo, refleja la transición demográfica, que principalmente está concentrada en la población joven distribuida entre escolares, adolescentes, y población económicamente activa, mientras que es menor el porcentaje en adultos mayores, preferentemente en mujeres.

Específicamente en Tacna, la pirámide poblacional muestra un predominio entre población joven de 20 a 29 años y adultos de 30 a 54 años, con crecimiento lento hacia la vejez. Mientras que en Arica, existe una base amplia de población pre escolar, escolar y adolescente, aumentando el porcentaje para los jóvenes y adultos hasta los 54 años, además existe mayor porcentaje de adultos mayores que Tacna. Se destaca que ambas estructuras poblacionales están pasando por una transición demográfica y se torna en riesgo en la medida de los diferentes problemas que puede presentar cada uno de las etapas de vida, por tanto, permite direccionar las intervenciones dentro de los programas que se encuentran vigentes en el Ministerio de Salud de cada país.

En el componente socio económico, tanto Tacna y Arica tienen similares porcentajes de población que se encuentra bajo la línea de pobreza, mientras que bajo la línea de pobreza extrema, se destaca que existe un mínimo porcentaje tanto en lado chileno y peruano. La pobreza, es un indicador de peso, que genera impacto en la población, sobre todo en aquellas patologías propias de la pobreza, como EDA, IRA y parasitosis; los cuales, no figuran en la estructura de mortalidad en el eje fronterizo Tacna – Arica. Los bajos porcentajes de pobreza están fuertemente asociados a la concentración del crecimiento económico y la mejora en las condiciones laborales en la zona urbana de ambos lados fronterizos. Aunque, queda el reto de continuar las mejoras en el acceso a servicios básicos, el fortalecimiento de los programas sociales y la inversión en capital humano focalizado a la población en línea de pobreza del eje fronterizo.

2.2 COMPONENTE SALUD ENFERMEDAD



2.2.1. ANÁLISIS POR PERFILES

El perfil de morbilidad se obtuvo a partir de los reportes estadísticos de consulta externa, egresos hospitalarios a través de la codificación del CIE10 en ambas zonas de frontera.

La mortalidad se obtuvo de datos de defunciones de bioestadística (Chile) y sistema de hechos vitales de defunciones (Perú). Los datos fueron procesados tanto en tasas como en porcentajes, para los cuales se recurrió a los datos específicos por causas de mortalidad en relación a la población total, mientras que el porcentaje se calculó a partir de los casos específicos relacionados con el total de defunciones.

La medición de la morbilidad y mortalidad no es suficiente para el conocimiento integral de los problemas de salud, es importante su análisis ya que miden eventos tangibles del proceso salud – enfermedad, cuya interpretación debe hacerse desde el ámbito del eje fronterizo de Chile y Perú, que busca conseguir la toma de decisión acertada y oportuna sobre los problemas relevantes aquí señalados.

2.2.1.1. PERFIL DE MORBILIDAD

La morbilidad es un componente de difícil medición y la información referida a “enfermedades” es influenciada por múltiples factores, así se tiene que la morbilidad no se presenta como un evento único en el año, no todos los daños son registrados con los mismos criterios de exigencia, los registros de morbilidad sólo consignan los casos que acudieron al servicio y no necesariamente expresan la magnitud real de un problema de salud en un determinado ámbito geográfico. Sin embargo, a fin de tener una aproximación al perfil de morbilidad en el presente ASIS se realiza un análisis de las causas de consulta externa en los establecimientos del eje fronterizo.

TABLA 17

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA DISTRITO TACNA 2011

ORDEN	DESCRIPCION	TOTAL	F	M	%	TASA
	TOTAL	101620	62137	39483	100,00	1106,41
1.	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES (J00 - J06)	16856	9189	7667	16,59	183,52
2.	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y DE LOS MAXILARES (K00 - K14)	15124	9282	5842	14,88	164,67
3.	OBESIDAD Y OTROS DE HIPERALIMENTACION (E65 - E68)	9051	6516	2535	8,91	98,54
4.	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (A00 - A09)	3895	2074	1821	3,83	42,41
5.	OTROS TRASTORNOS MATERNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO (O20 - O29)	3372	3372	S/D	3,32	36,71
6.	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO(K20 - K31)	2926	1918	1008	2,88	31,86
7.	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (J40 - J47)	2871	1707	1164	2,83	31,26
8.	DERMATITIS Y ECZEMA (L20 - L30)	2050	1119	931	2,02	22,32
9.	TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS (N80 - N98)	1926	1926	S/D	1,90	20,97
10.	SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES (R50 - R69)	1736	887	849	1,71	18,90
TLD.	TODOS LOS DEMAS GRUPOS	41813	24147	17666	41,15	455,25

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna.

*Tasa por mil habitantes

En el perfil de la morbilidad atendida en consulta externa de Tacna, está en primer lugar las infecciones agudas de las vías respiratorias, cuya incidencia es mayor en mujeres que hombres, en segundo orden se tiene a las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, luego la Obesidad y otras y otras de hiperalimentación, donde las mujeres duplican a los hombres; en cuarto orden figura las enfermedades infecciosas intestinales y quinto orden, otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo. Estas cinco primeras causas, concentran al 47,53% del total de egresos hospitalarios.

TABLA 18

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA COMUNA ARICA 2011

CÓDIGO	DISTRIBUCIÓN	N	%
J00-J99	ENF. SISTEMA RESPIRATORIO	29582	30,7
Z00-Z99	FACTORES DE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	24121	25,0
M00-M99	ENF. SISTEMA OSTEO MIO ARTICULAR	8145	8,4
K00-K93	ENF. SISTEMA DIGESTIVO	5978	6,2
A100-B99	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	4514	4,7
L00-L90	ENF. DE PIEL Y TEJ. SUBCUTANEO	3799	3,9
E00-E90	ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES	3297	3,4
N00-N99	ENF. SISTEMA GENITOURINARIO	3075	3,2
I00-I99	ENF. SISTEMA CIRCULATORIO	2886	3,0
F00-F99	TRASTORNOS MENTALES	2325	2,4
S00-T98	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	2169	2,2
H00-H59	ENF. DE LOS OJOS Y SUS ANEXOS	2015	2,1
R00-R99	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES	1595	1,7
H60-H95	ENF. DEL OIDO Y DE APOFISIS MASTOIDES	1308	1,4
G00-G99	ENF. SISTEMA NERVIOSO	815	0,8
D50-D89	ENF. DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	701	0,7
O00-O99	EMBARAZO, PARTO PUERPERIO	55	0,1
Q00-Q99	MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y DEFORMACIONES	48	0,0
P00-P96	AFECCIONES ORIGINADOS EN PERIODO PERINATAL	2	0,0
TOTAL		96430	100,0

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DESAMU, Arica

EGRESOS HOSPITALARIOS DEL EJE FRONTERIZO

En relación a los Egresos Hospitalarios del eje fronterizo Tacna Arica en el año 2011 suma un total de 30 607 egresos. Se observan en primer lugar las enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (29,7%), seguidas por las enfermedades del sistema digestivo (11,4%) Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (10,2%) y las enfermedades del sistema genitourinario (7,8%). Estas cuatro primeras causas concentran al 59,1% en el eje fronterizo (Tabla 19).

TABLA 19

CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EJE TACNA ARICA 2011

CÓDIGO CIE - 10	GRUPO DE CAUSAS	TOTAL	%
COD	TOTAL	30607	100,00
O00 - O99	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	9082	29,7
K00 - K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	3496	11,4
S00 - T98	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	3110	10,2
N00 - N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	2391	7,8
C00 - D48	TUMORES	1795	5,9
I00 - I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1550	5,1
J00 - J98	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1478	4,8
P00 - P96	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	1059	3,5
H00 - H59	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	966	3,2
A00 - B99	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	859	2,8
M00 - M99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	820	2,7
Z00 - Z99	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	764	2,5
F00 - F99	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	755	2,5
E00 - E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	691	2,3
R00 - R99	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	508	1,7
G00 - G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	404	1,3
L00 - L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	382	1,3
Q00 - Q99	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	292	1,0
D50 - D89	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPÉYICOS	114	0,4
H60 - H95	ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	91	0,3

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna, DEIS MINSAL Chile

En cuanto a morbilidad por egresos hospitalarios en el distrito Tacna, se observa que el comportamiento está relacionado con aquellas patologías prevenibles y también con las de la infancia como son las afecciones ocasionadas en el periodo perinatal y las enfermedades infecciones parasitarias.

TABLA 20

CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS DISTRITO TACNA 2011

CÓDIGO CIE - 10	GRUPO DE CAUSAS	TACNA	%
	TOTAL	8995	100,00
O00 - O99	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	4691	52,2
K00 - K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	797	8,4
P00 - P96	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	741	8,2
S00 - T98	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	699	7,7
J00 - J98	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	455	5,1
N00 - N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	332	3,7
A00 - B99	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	287	3,2
F00 - F99	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	243	2,7
I00 - I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	190	2,1
C00 - D48	TUMORES	127	1,4
E00 - E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	121	1,4
L00 - L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	117	0,3
Q00 - Q99	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	62	0,7
G00 - G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	54	0,6
M00 - M99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	29	0,3
R00 - R99	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	22	0,2
D50 - D89	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPÉYICOS	18	0,2
H00 - H59	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	5	0,06
H60 - H95	ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	4	0,04
Z00 - Z99	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS	1	0

Fuente: Departamento de Estadística de Hospitales básicos, Tacna.

En el distrito Tacna, las 6 primeras causas de los egresos hospitalarios corresponden a: embarazo, parto y puerperio que constituye el 52,2% del total de egresos (4691), de los cuales 2901 son partos. Luego le sigue las enfermedades del sistema digestivo (8,4%), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (8,2%), traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas (7,7%), enfermedades del sistema respiratorio (5,1%) y las enfermedades del sistema genitourinario (3,7%); estas primeras causas concentran al 86% del total de egresos hospitalarios. (Tabla 20)

TABLA 21

EGRESOS HOSPITALARIOS COMUNA ARICA 2011

CÓDIGO CIE - 10	GRUPO DE CAUSAS	ARICA	%
	TOTAL	21.612	100,00
O00 - O99	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	4.391	20,3
K00 - K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2.699	12,5
S00 - T98	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	2.411	11,2
N00 - N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	2.059	9,5
C00 - D48	TUMORES	1.668	7,7
I00 - I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1.36	6,3
J00 - J98	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1.023	4,7
H00 - H59	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	961	4,5
M00- M99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	791	3,7
Z00 - Z99	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	763	3,5
A00 - B99	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	572	2,7
E00 - E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	570	2,6
F00 - F99	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	512	2,4
R00 - R99	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	486	2,3
G00 - G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	350	1,6
P00 - P96	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	318	1,5
L00 - L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	265	1,2
Q00 - Q99	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	230	1,0
D50 - D89	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPÉYICOS	96	0,5
H60 - H95	ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	87	0,4

Fuente: Egresos Hospitalarios DEIS/MINSAL Chile.

En la comuna de Arica, las 5 primeras causas de egresos hospitalarios, están dadas por embarazo, parto y puerperio que constituye el 20,3% del total de los egresos (4391) de los cuales 1944 son partos. Luego le siguen las enfermedades del sistema digestivo (12,5%), traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas (11,2%), enfermedades del sistema genitourinario (9,5%) y los tumores (7,7%).

TABLA 22	
TASA DE HEPATITIS A EJE ARICA - TACNA 2012	
NUTES 4	TASAS POR 100 000 HABITANTES
TACNA	219,9*
ARICA	54,7

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna. DEIS MINSAL Chile
*tasa que consolida el total del Departamento de Tacna.

Al revisar las tasas de morbilidad por hepatitis A, el cordón fronterizo de la comuna de Arica – Chile, muestra una tasa de 54,7 por 100 000 habitantes, mientras que en el distrito de Tacna – Perú, fue de 219,9 por 100 000 habitantes. Cabe mencionar que la elevada tasa observada en Tacna, es producto de la alta demanda de atención que se da en el Hospital “Hipólito Unanue” del MINSA, proveniente de los distritos con mayor densidad poblacional del departamento.

TABLA 23	
TASA DE TUBERCULOSIS EJE. ARICA - TACNA 2012	
NUTES 4	TASAS POR 100 000 HABITANTES
TACNA	181,8
ARICA	33,3

Fuente: Estrategia Sanitaria de CP-TB 2012, DIRESA Tacna. DEIS MINSAL Chile

El cordón fronterizo de Tacna-Perú tiene la mayor tasa de incidencia acumulada de tuberculosis (181,8 por cien mil habitantes), mientras que en Arica-Chile, a pesar de que la incidencia acumulada es de 33,3 por cien mil habitantes, esta es considerada como alta para la población ariqueña. Por otro lado, se observa que en el distrito Tacna, el impacto de riesgo por tuberculosis es 6 veces mayor que la ocurrida en la Comuna de Arica.

TABLA 24	
TASA DE VIH/SIDA EJE.ARICA - TACNA 2012	
NUTES 4	TASAS POR 100 000 HABITANTES
TACNA	19,6
ARICA	43,4

Fuente: Estrategia Sanitaria de ITS y VIH/SIDA 2012, DIRESA Tacna, DEIS MINSAL Chile

El corredor fronterizo de la comuna Arica, presenta una mayor tasa de incidencia acumulada de VIH/SIDA (43,4 por cien mil habitantes), que la acumulada en el distrito de Tacna (19,6 por cien mil habitantes). Se observa que en la comuna de Arica, el impacto de riesgo por VIH/SIDA es 2,2 veces mayor que la ocurrida en el distrito Tacna para el año 2012.

2.2.1.2. PERFIL DE MORTALIDAD

En la mortalidad, el eje Tacna – Arica se visualiza daños producto de la modernidad como las crónicas no transmisibles entre las que figuran enfermedades del hígado, sistema urinario, diabetes, tumores y accidentes de transporte terrestre.

TABLA 25					
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD (LISTA 6/67) EJE TACNA – ARICA AÑO 2011					
GRUPO	ENFERMEDADES	ARICA	TACNA	TOTAL	%
6.08	CIRROSIS Y CIERTAS OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO	56	46	102	6,1
6.06	RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	43	36	79	4,7
6.01	DIABETES MELLITUS	45	23	68	4
6.1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	40	26	66	3,9
5.01	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	38	23	61	3,6
2.14	TUMORES MALIGNOS DE OTRAS LOCALIZACIONES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	32	24	56	3,3
3.04	ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR, ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	38	16	54	3,2
3.02	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	33	19	52	3,1
6.09	RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	31	18	49	2,9
	TOTAL	1107	565	1672	100

Fuente: Hechos Vitales - OITE - DRST – 2012; Estadísticas Vitales DEIS-MINSAL Chile

Al analizar las principales causas específicas de mortalidad a nivel del eje fronterizo Arica-Tacna se observa que predominan las enfermedades crónicas y causas externas, seguido de tumores, los cuales, son propias de la transición demográfica que viene pasando ambas poblaciones fronterizas y expresa un perfil en transición epidemiológica.

La cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado constituyen la primera causa de mortalidad del eje fronterizo, concentrando un 6,1% del total de muertes en el año 2011, el resto de enfermedades del sistema respiratorio representa un 4,7%, diabetes mellitus 4%, las enfermedades del sistema urinario 3,9%, los tumores malignos de otras localizaciones 3,3%.

De acuerdo a la agrupación de enfermedades (6/67) el mayor peso de mortalidad se encuentra en las enfermedades crónicas no transmisibles, para lo cual se debe intervenir sobre estilos de vida saludable en función de la promoción y prevención.

TABLA 26

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD (LISTA 6/67) COMUNA ARICA

ORDEN		DESCRIPCIÓN	F	M	TOTAL	%	TASA
		TOTAL	466	641	1107	100,0	618,4
1	3.03	ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	17	47	64	5,8	35,8
2	3.07	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	31	31	62	5,6	34,6
3	2.03	TUMOR MALIGNO DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS Y DEL PERITONEO, EXCEPTO ESTÓMAGO Y COLON	26	33	59	5,3	33,0
4	6.08	CIRROSIS Y CIERTAS OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO	18	38	56	5,1	31,3
5	6.01	DIABETES MELLITUS	19	26	45	4,1	25,1
6	6.06	RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	23	20	43	3,9	24,0
7	6.05	ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	15	25	40	3,6	22,3
8	6.1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	25	15	40	3,6	22,3
9	2.04	TUMOR MALIGNO DE LA TRÁQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMÓN	11	28	39	3,5	21,8
10	3.04	ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR, ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	18	20	38	3,4	21,2
11	5.01	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	7	31	38	3,4	21,2
12	3.02	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	19	14	33	3	18,4
13	2.14	TUMORES MALIGNOS DE OTRAS LOCALIZACIONES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	12	20	32	3	17,9
14	6.09	RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	18	13	31	2,8	17,3
TLD		TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	207	280	487	44	272,1

Fuente: Estadísticas Vitales DEIS-MINSAL Chile

En la comuna de Arica, las 6 primeras causas de mortalidad del año 2011 agrupan el 29,7% del total de defunciones. Las dos primeras causas corresponden a enfermedades isquémicas del corazón y a cerebrovasculares, concentrando ambas un 11,4 % del total y con una tasa de 70,4 por 100.000 habitantes. En un tercer lugar se posicionan los tumores malignos de órganos digestivos en un 5,3% con una tasa de 33 por 100.000 habitantes. La cirrosis y otras en enfermedades crónicas del hígado representan un 5,6% y la diabetes Mellitus un 4,1%.

TABLA 27

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD (LISTA 6/67)
DISTRITO TACNA AÑO 2011

ORDEN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	F	M	TOTAL	%	TASA
		TOTAL	258	308	567	100	615,2
1	1.08	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	24	22	46	8,1	50,1
2	6.08	CIRROSIS Y CIERTAS OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO	16	30	46	8,1	50,1
3	6.06	RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	21	15	36	6,4	39,2
4	6.1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	13	13	26	4,6	28,3
5	1.02	TUBERCULOSIS	12	12	24	4,3	26,1
6	2.14	TUMORES MALIGNOS DE OTRAS LOCALIZACIONES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	18	6	24	4,3	26,1
7	5.01	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	5	18	23	4,1	25,0
8	6.01	DIABETES MELLITUS	10	13	23	4,1	25,0
9	3.02	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	12	7	19	3,4	20,7
10	6.09	RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	9	9	18	3,2	19,6
11	3.04	ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR, ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	8	8	16	2,8	17,4
12	6.02	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	8	7	15	2,6	16,3
13	3.07	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	7	7	14	2,4	15,2
14	3.08	ATEROSCLEROSIS	5	9	14	2,4	15,2
15	4.03	RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, DESNUTRICIÓN FETAL, GESTACIÓN CORTA Y BAJO PESO AL NACER	5	9	14	2,4	15,2
	TLD	TODAS LAS DEMÁS	85	123	207	36,6	225,3

Fuente: Hechos Vitales - OITE - DRST - 2012.

En el distrito fronterizo de Tacna las 6 primeras causas de mortalidad del año 2011 concentran el 35,8% del total de defunciones. Estuvieron representados por las infecciones respiratorias agudas y la cirrosis y otras enfermedades crónica, con 8,1% cada una y una tasa de 50,1 por 100 000 habitantes, respectivamente. En tercer lugar el resto de las enfermedades del sistema respiratorio con 6,4%, cuarto lugar, enfermedades del sistema urinario con 4,6%, y comparten el 5 y 6 lugar, la tuberculosis junto con los tumores malignos con un 4,3%, respectivamente.

En conclusión las enfermedades crónicas, tumores malignos, las enfermedades hipertensivas, los traumatismos, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades isquémicas del corazón tienen una carga de más del 34 por ciento del total de defunciones ocurridas en el cordón fronterizo Tacna – Arica del 2011. (Tabla 25)

2.2.2 DISCUSIÓN

Se denota que en el perfil patológico por morbilidad se conjugan causas de enfermedades crónicas no transmisibles que incluye también la diabetes, así como los tumores y las ocasionadas por accidentes de transporte. Existiendo de manera similar el perfil en ambos países.

Al analizar las causas de morbilidad por egresos hospitalarios en el eje fronterizo, se mantienen en primer lugar las patologías relacionadas al embarazo, parto y puerperio, junto con las enfermedades del sistema digestivo, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, al igual que las enfermedades del sistema genitourinario, tumores, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio y las afecciones originadas en el período perinatal.

Al correlacionar las causas de morbilidad por consulta externa en el eje Tacna – Arica se denota que la carga de enfermedad preponderante son las respiratorias en ambas ciudades. Así mismo como se presentan las enfermedades infecciosas, y las del sistema urinario.

Al análisis integrado de las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, VIH-SIDA y hepatitis A, se evidencia que existen altas tasas de incidencia en el eje fronterizo Tacna - Arica, identificando mayores tasas en tuberculosis y hepatitis A para el distrito de Tacna y el VIH-SIDA para la comuna de Arica. Esta situación, hace que se considere como una de las prioridades sanitarias a trabajar en el eje fronterizo, dado que comparten alto flujo poblacional de uno y otro lado durante todo el año, por tanto, se tiene a la migración como una de los factores sociales preponderantes que influiría en la diseminación de estas enfermedades.

Mientras que en la mortalidad del eje fronterizo, la carga de la enfermedad que viene prevaleciendo está en función de la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, el resto de enfermedades del sistema respiratorio en un 4,7%, diabetes mellitus en un 4%, las enfermedades del sistema urinario un 3,9% y los tumores malignos de otras localizaciones un 3,3%. Estos tienen un peso de 22,2% y constituiría desde el punto de vista mortalidad para el eje fronterizo, tenerlas en cuenta para las medidas de intervención conjunta, enfatizando los estilos de vida saludable.

Se puede resaltar que entre Tacna y Arica, la mortalidad para el año 2011, existe una significativa diferencia de fallecimientos, siendo para Arica un total de 1107 defunciones y para Tacna 565 defunciones, resaltando que según la lista (6/67 de OPS), la Comuna Arica tiene mayor número (487 causas) que agrupan todas las demás enfermedades y Tacna tiene 207 causas.

Al analizar la estructura de mortalidad general según lista (6/67 de OPS), se observa que Tacna difiere en las tres primeras causas con la Comuna de Arica, es decir, mientras para Tacna son: Infecciones respiratorias agudas, cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado y resto de enfermedades del sistema respiratorio; para Arica son: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon.



2.3.1. MARCO METODOLÓGICO

La determinación de los numeradores, para el cálculo de las coberturas de vacunación y de los diferentes programas o estrategias sanitarias, se hace en base al número de personas que reciben dicha prestación en alguno de los establecimientos de salud pertenecientes al MINSA en Perú y en Chile, en vacunatorios autorizados y en convenio ubicados generalmente en establecimientos de la red asistencial pública y privada. Las poblaciones a vacunar son determinadas por INEI (Perú) e INE (Chile) en base a proyecciones censales. Por otro lado, tenemos que en algunos casos se emplea un criterio diferente, así en Perú en el caso de las inmunizaciones se determina en base al número de personas que reciben la última dosis de acuerdo al esquema de vacunación vigente, en el caso de la vacuna DT aplicada a mujeres en edad fértil (MEF) se considera la segunda dosis y si se trata de gestantes se considera la tercera, mientras en la cobertura acumulada de DT para mujeres en edad fértil, se consideran 5 dosis. Para el cálculo de la cobertura de atención prenatal se considera a las gestantes que reciben 5-6 ó más controles prenatales. En Chile se considera tasa completa de esquema de vacunación en menores de 1 año en base a cobertura de vacunación de tercera dosis poliomielitis y pentavalente.

2.3.2. ANÁLISIS POR PERFILES

2.3.2.1. PERFIL DE RECURSOS, SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD

VACUNACIÓN

Para el análisis de vacunación, se cuenta con el esquema de vacunación para ambos países y la cobertura disponible a la fecha del año 2012.

TABLA 28		
ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERÚ - CHILE		
VACUNA	PERÚ	CHILE
BGG	Recién Nacido	Recién Nacido
HVB	Recién Nacido	NSA
Pentalvente	2°-4°-6°-18m	2°-4°-6°-18m
VOP	2°-4°-6° mes	2°-4°-6° mes
SPR	12° mes	12° mes
Neumocócica conjugada	2°-6°-12m	
AMA	12° mes	NSA
Refuerzo SPR	4° año	6° año
DT	MEF y gestantes (5 dosis)	NSA

Fuente: Estrategia Nacional de Inmunizaciones 2012; MINSAL, 2012.

Los esquemas de vacunación vigentes en el año 2012 para Chile y Perú coinciden en 03 vacunas para los menores de 1 año (BCG, Pentavalente y Polio Oral) excepto vacuna Hepatitis B en período de recién nacido, y en población de 1 año en ambos países se administra vacuna trivérica. Cabe resaltar que en Perú se administra la vacuna DT en mujeres en edad fértil (MEF) y gestantes.

TABLA 29		
COBERTURAS DE VACUNACIÓN EJE TACNA-ARICA 2012		
VACUNA	COBERTURAS	
	TACNA	ARICA
BCG	130,7	103,8
Pentavalente	147,8	92,1
VOP	147,3	91,8
SPR	146,7	92,0

Fuente: Estrategia Nacional de Inmunizaciones 2012; MINSAL, 2012.

Se analizó las coberturas de vacunas que están establecidas en calendarios de vacunación en ambos países, para efectos de evaluar porcentaje de esquemas completos de vacunación o porcentaje de niños/as protegidos, se consideró tercera dosis de vacunas pentavalente y poliomielitis. Se observa que en eje fronterizo Tacna-Arica todas las coberturas alcanzan sobre el 90%, así mismo el porcentaje de niños/as protegidos alcanzan coberturas sobre el 90%.

Cabe destacar que en Tacna todas las coberturas sobrepasan el 100%, esto porque el distrito Tacna tiene establecimientos de salud de mayor nivel, los cual, concentra proporcionalmente la mayor cantidad de prestaciones, superando la población asignada y programada.

SALUD MATERNA

Entre las coberturas de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud materna se tiene a la cobertura de Parto Institucional.

TABLA 30	
COBERTURAS DE ATENCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL EJE TACNA – ARICA 2012	
NUTES 4	COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL (%)
TACNA	99,9
ARICA	99,8

Fuente: Estrategia Sanitaria de Salud Materna DIRESA Tacna Perú.
DEIS MINSAL Chile

La cobertura de intervención dirigidas a mejorar la salud materna como la Atención de Parto institucional con atención profesional, muestra que la comuna de Arica tiene una alta cobertura (99,8%), es decir casi todas las gestantes prefieren atenderse en el hospital perteneciente al sistema público.

Por el lado de Tacna, ocurre una situación similar, ya que también la cobertura del parto institucional es muy alta (99,9%).

TABLA 31			
RECIEN NACIDOS VIVOS EN ADOLESCENTES EJE TACNA-ARICA 2012			
NUTES 4	NÚMEROS DE RECIEN NACIDOS EN TOTAL	RECIEN NACIDOS ADOLESCENTES	% DE RECIEN NACIDOS DE ADOLESCENTES
TACNA	1563	41	2.6
ARICA	3654	562	15.4
TOTAL	5217	603	11.6

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna. DEIS MINSAL Chile MINSAL, 2012.

A nivel de eje fronterizo Tacna - Arica, en el año 2012 existieron 5217 recién nacidos, de los cuales, el 11,6% ocurrieron en madres adolescentes.

Específicamente en la comuna de Arica, se observa que las madres adolescentes menores de 19 años, que tuvieron su recién nacido, representaron un 15,4% de un total de 562 recién nacidos.

Sin embargo, contrasta con lo que se observa en el distrito de Tacna, donde el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes es bajo (2,6%)

TABLA 32	
COBERTURAS DE PAPANICOLAO EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO EJE TACNA – ARICA 2012	
NUTES 4	% COBERTURA PAP
TACNA	62,3
ARICA	66,2

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA Tacna. DEIS MINSAL Chile

Los programas de prevención de enfermedades en la mujer, como la detección oportuna del cáncer de cérvix (mediante el examen citológico del PAP) mostró cobertura del 66,2 % en la comuna de Arica y 62,3% en el distrito de Tacna.

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

La red de servicios de salud en Arica está constituido por 1 hospital de alta complejidad donde se derivan los usuarios de los centros de salud de la comunas de la región.

La Atención Primaria en Salud cuenta con 4 Centros de Salud Familiar. La red asistencial presenta 8 sub centros de salud, donde 2 de ellos corresponden a centros de Salud Mental y los otros son CECOF(Centros Comunitario de Salud Familiar).

TABLA 33					
ESTABLECIMIENTO DE SALUD SEGÚN CATEGORÍA EJE TACNA - ARICA 2012					
NUTE 4	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			TOTAL	%
	HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD - SUBCENTRO		
TACNA	1	6	9	16	55,2
ARICA	1	4	8	13	44,8
TOTAL	2	10	17	29	100,0

Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, DIRESA-Tacna, Diagnostico Regional de Situación de salud Arica y Parinacota 2013

El distrito Tacna tiene un Hospital Regional de mayor complejidad que el conformado por la red de servicios, este último incluye 6 Centros de Salud de diferentes categorías y nueve puestos de salud, los cuales constituyen los centros de atención primaria para la población. (Tabla 33)

2.3.3. DISCUSIÓN

Las coberturas de vacunación infantil y porcentaje de niños/as protegidos en el eje fronterizo para ambos países superan el 90%, destacando que en Tacna todas las coberturas sobrepasan el 100%. Lo que indica aparentemente una buena cobertura de inmunización de la población, sin embargo, podría estar influenciado por la demanda de población proveniente de otros distritos del departamento, ya que en su jurisdicción territorial se encuentran los establecimientos de mayor complejidad.

En ambas ciudades del eje fronterizo, existe una buena atención de salud materna, evidenciado por una alta cobertura de atención de parto institucional con profesionales de la salud, lo cual, contribuye a disminuir las probabilidades de mortalidad materna hospitalaria, no obstante, el parto institucional para el distrito Tacna, ha permitido incrementar los partos por cesárea significativamente en los últimos años.

No se puede afirmar lo mismo, con los programas de prevención de enfermedades en la mujer, como la detección oportuna del cáncer de cérvix (PAP), dado que en el eje fronterizo Tacna – Arica, no tienen coberturas óptimas, que fue de 66,2% para comuna de Arica y 62,3% para el distrito Tacna, este déficit de detección precoz de cáncer, tiene una influencia directa en la atención oportuna de la patología, ya que en ambas ciudades, el cáncer es una de las causas principales de muerte en la mujer.

En cuanto a los nacimientos que ocurrieron en el eje fronterizo Tacna - Arica, se destaca que existe un porcentaje importante en madres adolescentes (11,6%), siendo este mayor para la Comuna de Arica (15,4%) que la del distrito Tacna (2,6%), sin embargo, ambos porcentajes merecen especial atención por parte de los funcionarios sanitarios de ambos países, a fin de disminuir el embarazo en adolescentes con acciones conjuntas en el eje fronterizo Tacna - Arica.

En relación a los establecimientos de salud distribuidos en la NUTE 4 (Tacna - Arica), ambos tienen un solo Hospital con alta capacidad de resolución de todas las especialidades médicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General y Anestesiología, entre otros), cuentan con Hospitalización y Emergencia, así mismo, con laboratorio clínico, Banco de Sangre y diagnóstico por imágenes.

Por otro lado, el número de establecimientos públicos de atención primaria, es ligeramente mayor en Tacna que Arica, pero en ambos territorios logran cubrir a más del 95% de su zona urbana, e inclusive en los centros de salud de Tacna, cuentan con servicio de laboratorio de primer nivel, no cuentan con una emergencia propiamente dicha pero pueden atender y derivar urgencias.

La existencia de los establecimientos de salud en el Eje Arica – Tacna y el uso de camas, guarda relación con la demanda de atención en consulta externa, donde se dieron 198,050 atenciones, así como también con los egresos hospitalarios con 30,607 egresos. Esto podría indicarnos, que existiría colapso o saturación en situaciones de emergencia por desastres, debido a la alta concentración de la población en la zona urbana de ambas ciudades.



3.1 COMPONENTE PRIORIZACIÓN



3.1.1. MARCO METODOLÓGICO

PASAFRO, socializó las matrices para el llenado de los indicadores para cada componente, como lo detalla la guía del ASIS en sus puntos:

COMPONENTE: SOCIAL Y DEMOGRÁFICO

a. Perfil del entorno territorial
Lista de 15 indicadores

b. Perfil demográfico
Lista de 13 indicadores

c. Perfil socioeconómico
Lista de 11 indicadores

COMPONENTE: SALUD ENFERMEDAD

a. Perfil de mortalidad
Lista de 9 indicadores

b. Perfil de morbilidad
Lista de 8 indicadores

COMPONENTE: SISTEMA DE SALUD O RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

a. Perfil de recursos, servicios y cobertura en salud
Lista de 23 indicadores

2 3.1.1.1. ETAPAS

- Se socializó la guía del ASIS y los indicadores requeridos para el ASIS de frontera.
- Los equipos locales completan los indicadores en las matrices, sencillas y de fácil uso.
- Los equipos locales remitieron su información.
- Se propone para la priorización del eje, con la metodología de Índice de Necesidades en Salud (INS), del componente de jerarquización del EPIDAT.

3.1.1.2. INDICADORES PROPUESTOS:

COMPONENTE SOCIO DEMOGRÁFICO

1. Población
2. Tasa Global de Fecundidad
3. Número de gestantes adolescentes
4. Pobreza (si en ambos lados ha sido elaborado de la misma manera), de lo contrario- podemos tomar un indicador indirecto como es la cobertura de agua o excretas), o el cálculo del coeficiente de Gini.
5. Presencia de pasivos ambientales.

COMPONENTE SALUD ENFERMEDAD

1. Tasa Hepatitis A
2. Tasa TBC
3. Tasa de VIH/SIDA
4. TMI
5. Mortalidad por tumores
5. Mortalidad por IRA

COMPONENTE RESPUESTA ORGANIZADA A LA SOCIEDAD

1. Cobertura < 1 año con pentavalente
2. Cobertura parto en establecimiento de salud
3. Programa de detección de cáncer de cuello uterino
4. Médicos por 1000 habitantes
5. Egresos x 100 hab.

4 3.1.1.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS INDICADORES EN FRONTERAS

1. Disponibilidad
2. Representatividad de diversas dimensiones de salud
3. Aceptada validez
4. Generados por los sistemas de información rutinarios
5. Con suficiente variabilidad para discriminar entre situaciones

3.1.2. PRIORIZACIÓN Y PRIORIDADES SANITARIAS BINACIONALES

Mediante la utilización del EPI DAT se ingresaron las variables de densidad poblacional, tasa de crecimiento poblacional, tasa general de fecundidad, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, población rural, esperanza de vida al nacer, cobertura control prenatal, cobertura parto institucional, parto en adolescentes, población gestante, porcentaje de población bajo línea de pobreza, tasa de incidencia acumulada de TB, tasa de incidencia acumulada de VIH/SIDA, tasa de incidencia acumulada de VIA, cobertura vacunación BCG, cobertura vacunación pentavalente, cobertura vacunación VOP y cobertura vacunación SRP se obtuvo el siguiente cuadro:

INDICADORES PARA LA PRIORIZACIÓN DE SALUD

NUTE 4	POBT	DENSPO	TCREPOB	TGRAFECU	TNATAL	TM ORTA	POBURB	POBRURA	EVNACER	POBP POBR
Tacna	91847	11.4	-2.1	57.7	18.0	6.2	93.5	6.5	75.0	14.0
Arica	177232	36.9	1.1	77.3	20.3	6.1	89.8	10.2	79.1	13.6

NUTE 4	POBGESTAN	PARTOINST	PARTOADOLE	TBC	VIHSIDA	VHA	COBBCG	PENTVL	VOP	SPR
Tacna	55	99.9	2.6	181.8	19.6	219.9	130.7	147.8	147.3	146.7
Arica	45	99.8	15.4	33.3	43.3	54.7	103.8	92.1	91.8	92.0

3.1.3. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los indicadores sociales, demográficos, económicos, morbilidad, mortalidad usada para el cálculo del índice en Salud por localidades que constituyen el Eje Tacna – Arica, se tiene:

La comuna de Arica Chile obtiene ligeramente un puntaje menor al distrito de Tacna, lo cual, podría entenderse con mayor riesgo y deberían reorientarse los recursos disponibles.

El distrito Tacna obtiene ligeramente un puntaje mayor a nivel del eje fronterizo Tacna-Arica.

En la evaluación de la situación de salud entre Tacna y Arica, se determina la necesidad de establecer un plan de acción relacionado a la problemática de salud identificada para ambos espacios de frontera.



PRINCIPALES INTERVENCIONES QUE REQUIERE EL EJE:

- ☐ Intervención preventiva promocional de estilos de vida saludable, por ciclos de vida, dirigida a disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles y cáncer.
- ☐ Intervención preventiva promocional con enfoque de género e intercultural dirigido a disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer.
- ☐ Coordinar estrategias de prevención de embarazo en adolescentes
- ☐ Fortalecer la intervención en la salud sexual de la mujer en edad fértil, priorizando la cobertura de detección oportuna del cáncer de cérvix (PAP) y la atención materno-perinatal, principalmente en Tacna.
- ☐ Coordinar estrategias conjuntas entre los países del eje Tacna-Arica en la prevención y disminución de la morbilidad y mortalidad de TBC y VIH.
- ☐ Coordinar estrategias de vacunación binacional para mejorar coberturas, disminuir deserción y disminuir las enfermedades prevenibles por vacunación.
- ☐ En situaciones de emergencia brindar apoyo prestacional de salud entre ambos países a los lados del eje, que suplan las necesidades de atención para la población en zona de frontera.
- ☐ Integrar acciones conjuntas binacionales de vigilancia vectorial para prevenir el riesgo de introducción de nuevos vectores y consecuentemente la ocurrencia de brotes por enfermedades transmitidas por vectores.
- ☐ Establecer un sistema de intercambio de información epidemiológica binacional oportuno, confiable y sostenible.
- ☐ Impulsar investigaciones conjuntas binacionales en torno a los daños prevalentes que afectan a ambas poblaciones.

La situación de salud en un área geográfica o grupo de población está usualmente caracterizada por diversas variables e indicadores. A veces es necesario sintetizar la información en un índice que tome en consideración los diferentes aspectos de la necesidad en salud. Por otro lado, las necesidades insatisfechas en salud no sólo se expresan a través de indicadores de morbilidad y mortalidad. Por su relación como determinantes de salud, los indicadores sociales son también una fuente informativa importante para la evaluación de necesidades en salud (enfoque de indicadores sociales). En este sentido, la necesidad se expresa como un daño o riesgo a la salud, o bien como una carencia. Uno de los procedimientos más robustos y sencillos para el cálculo del Índice de Necesidades se conoce como el método de indicadores sociales, desarrollado en Estados Unidos para la asignación de recursos, y que aún está vigente.

Antes de generar un Índice de Necesidades en salud se requiere definir la idoneidad de los diferentes indicadores que lo constituyen, incluyendo las siguientes características:

1. Que represente dimensiones de salud importantes; en este sentido, se asume que diferentes condiciones expresan necesidades en varias dimensiones, tales como problemas de salud, nivel socioeconómico, acceso a servicios de salud, etc.
2. Que sea válido, en el sentido de que mida lo que se pretende
3. Que tenga suficiente sensibilidad para que pueda distinguir entre elementos
4. Que sea independiente; es decir, que no sea reflejo de otros indicadores.

Una vez identificados los indicadores para el índice, se requiere resolver otro aspecto: estandarizar las unidades de medida de los indicadores, que varían de unos a otros, antes de calcular un indicador de resumen único. Un procedimiento sencillo y estadísticamente robusto consiste en normalizar o estandarizar todas las unidades a una sola. Para ello se aplican los puntajes normalizados Z (Z scores, en inglés), que es uno de los métodos más comúnmente empleados en la medición y caracterización de individuos con respecto a sus poblaciones.

Los puntajes Z se calculan a partir de dos medidas ampliamente conocidas, el promedio y la desviación estándar de una distribución de frecuencias en una población. El puntaje de cada unidad geográfica para cada indicador se obtiene como la diferencia entre el valor observado con el esperado (promedio), dividida por la desviación estándar, de acuerdo con la siguiente fórmula:

FÓR
MU
LA

$$Z_i = \frac{X_i - X}{S}$$

Donde X_i es el valor observado, X el promedio y S la desviación estándar. Se sugiere que los valores de Z se aproximen o redondeen a unidades enteras para facilitar la clasificación final.

A su vez, el índice de necesidad en salud para cada unidad geográfica se calcula como la suma algebraica de los distintos puntajes Z de cada indicador, siguiendo la siguiente fórmula:

FÓR
MU
LA

$$INS = Z_1 + Z_2 + \dots + Z_n$$

Finalmente, los resultados de la suma se ordenan para identificar los grupos (áreas geográficas o poblaciones) con mayores necesidades.

Un aspecto crítico que se debe considerar en la suma de los puntajes Z es la dirección de cada indicador, de manera que el vector final tenga una sola orientación. Esto quiere decir que los indicadores deben alinearse para una sola dirección, sea positiva o negativa. Por ejemplo, si se emplea la tasa de mortalidad infantil y una unidad tiene un puntaje alto, ello significa que se encuentra en una situación de necesidad. Sin embargo, si se emplea el porcentaje de población alfabetizada y se obtiene un puntaje alto, esto significa que la población se encuentra en situación de baja necesidad. Si se desea emplear ambos indicadores, en el índice de necesidad en salud habrá que cambiar el signo de uno de ellos (lo que equivale a cambiar la dirección), para que tengan la misma orientación.

Para generar un Índice de Necesidades se selecciona un conjunto k de indicadores de salud y socioeconómicos (todos con el mismo sentido), que se miden en N unidades geográficas (países, regiones, etc.). Para cada unidad geográfica incluida se estandariza el valor de los indicadores, mediante los puntajes Z . El resultado es el Índice de Necesidades en Salud para cada unidad geográfica, en orden creciente.

MSP: Ministerio de Salud Pública (Ecuador)

MINSA: Ministerio de Salud (Perú)

ENAH0: Encuesta Nacional de Hogares (Perú)

DIRESA: Dirección Regional de Salud (Tacna)

TFG: Tasa Global de Fecundidad

EVN: Esperanza de vida al nacer

ASIS: Análisis de Situación de Salud

DGE: Dirección General de Epidemiología

CAF: Banco de Desarrollo de América Latina

PASAFRO: Plan Andino de Salud en las Fronteras

REMSAA: Reunión de Ministros de Salud del Área Andina

PBI: Producto Bruto Interno

TBN: Tasa Bruta de Natalidad

TBM: Tasa Bruta de Mortalidad

SPPI: Salud Puente para la Paz y la Integración

• BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2012 nacional y departamental. Abril 2013.
- OEIT; Boletín Estadístico de la Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones, DIRESA, Tacna 2012.
- SENAMHI; Boletín informativo de Clima por escenarios, Tacna 2012
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponibe en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0950/index.htm>.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2009. Lima, mayo 2012.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Lima 2012.
- Ministerio de Salud. Dirección General De Epidemiología. Análisis de Situación de Salud del Perú 2012.
- UNICEF, WHO, World Bank, UN Population Division Levels & Trends in. Child. Mortality. Report 2013.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos 2002, Chile.

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL ASIS BINACIONAL 2013

CHILE

MINISTERIO DE SALUD

Nivel local ARICA

- Mg. Fresia Rivera Sandoval, Unidad de Epidemiología SEREMI de Salud Arica y Parinacota
- Mg. Eda Siches Bahamondez, Coordinadora de Unidad de Epidemiología SEREMI de Salud Arica y Parinacota
- Claudia Avilés González, Encargada Unidad de Estadística SEREMI de Salud Arica y Parinacota
- Tec. Iván Villegas Véliz, Unidad de Estadística SEREMI de Salud Arica y Parinacota.
- Ps. Paula Sivori Juica, Encargada Salud y Pueblos Indígenas SEREMI de Salud Arica y Parinacota.

Nivel central

- Lic. José Luis Durán Muñoz.

PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

Nivel local TACNA

- Dr. Edgar H. Tejada Vásquez, Director Ejecutivo de Epidemiología DIRESA Tacna
- Bach. Blgo. Javier Villanueva Roque, Equipo Técnico Epidemiología DIRESA Tacna
- Ing. Pablo Amerí Villegas, Director de la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística
- Sr. Alfredo Castro Ancco, Equipo Técnico de Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística.

Nivel Central

- Dr. Jorge Medrano
- Dr. Omar Napanga.

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. José Pozo, Consultor Proyecto PASAFRO “Salud Puente para la Paz y la Integración Fase II”
- Dr. Edison Soto, Consultor Proyecto PASAFRO “Salud Puente para la Paz y la Integración Fase II”

GALERÍA DE FOTOS DEL ASIS TACNA – ARICA



GALERÍA DE FOTOS DEL ASIS TACNA – ARICA





ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República 3832 3er piso. Lima 27 Perú

Central Telefónica (511) 422 6862, 611 3700

www.orasconhu.org