



Organismo Andino de Salud
Convenio Hipólito Unanue



CORPORACIÓN ANDINA DE FOMENTO



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTE



GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LAS POBLACIONES EN ÁMBITOS DE FRONTERA DE LOS PAÍSES ANDINOS



Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos



Catalogación realizada por el ORAS - CONHU

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

DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN EN SALUD / ÁREAS FRONTERIZAS / PERFIL DE SALUD / ANÁLISIS DE DATOS / ANÁLISIS DEMOGRÁFICO / INDICADORES DE SALUD / GLOSARIOS / BOLIVIA / COLOMBIA / CHILE / ECUADOR / PERÚ / VENEZUELA

Febrero, 2009 Lima, Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009-02204

“Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos”

Recopilación hecha por:

Dr. Luis Beingolea More

Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

Dr. Oscar Feo Istúriz, Secretario Ejecutivo

Dr. Patricio Yépez Miño, Secretario Ejecutivo Adjunto

Comité Editorial:

Dr. Luis Beingolea More, Coordinador de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental

Ing. Elisa Solano Villarreal, Consultora

Coordinación de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz

Diagramación:

Téc. Milagros Araujo

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2009

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

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

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Primera Edición, 2009

Tiraje: 50 ejemplares

Impresión: Grupo Visión Publicidad S.A.C.

RUC 20509748048

Calle Ameghino Mz. K, lote 3 Urb. La Calera. Surquillo.



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.

Esta publicación ha sido financiada por la Corporación Andina de Fomento CAF, y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud OPS.

Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos

Instituciones participantes en la construcción de la Guía

Bolivia

*Ministerio de Salud y Deportes
Unidad Nacional de Epidemiología
Sistema Nacional de Planificación*

Chile

*Ministerio de Salud
División de Planificación Sanitaria
Departamento de Epidemiología
Oficina de Cooperación de Asuntos Internacionales*

Colombia

*Ministerio de la Protección Social
Viceministerio de Salud y Bienestar
Dirección General de Salud Pública
Grupo de Vigilancia en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
Subdirección Red Nacional de Laboratorios*

Ecuador

*Ministerio de Salud Pública
Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública
Subproceso de Epidemiología*

Perú

*Ministerio de Salud
Dirección General de Epidemiología
Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria*

Venezuela

*Ministerio del Poder Popular para la Salud
Dirección General de Epidemiología
Dirección de Análisis de Situación de Salud*

Organización Panamericana de la Salud con representación en todos los países participantes

Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

Puntos focales nacionales y delegados de OPS participantes en la construcción de la Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos

Bolivia

Dr. René Barrientos, Ministerio de Salud y Deportes
Dr. Alejandro Sánchez, Ministerio de Salud y Deportes
Dr. Jhemis Molina, Ministerio de Salud y Deportes
Dr. Marco Fidel Suárez, OPS

Chile

Dra. Andrea Olea N., Ministerio de Salud
EU. Viviana Sotomayor P., Ministerio de Salud
Sr. José Huerta, Ministerio de Salud
Mat. Mónica Chiu A., Ministerio de Salud

Colombia

Dr. Víctor Hugo Alvarez Castaño, Ministerio de la Protección Social
Dra. María Belén Jaimes, Ministerio de la Protección Social
Dr. Roberto Sempertegui, OPS

Ecuador

Dra. Eulalia Narváez, Ministerio de Salud Pública
Lcda. Lourdes Gualoto
Dra. Celia Riera, OPS

Perú

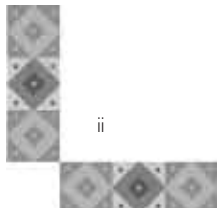
Dra. Gladys Ramírez, Ministerio de Salud
Dr. Omar Napanga, Ministerio de Salud
Dr. Fernando Gonzáles, OPS

Venezuela

Dr. Luis Montiel, Ministerio del Poder Popular para la Salud
Lic. Xiomara Ponce, Ministerio del Poder Popular para la Salud
Dr. Julio Córdova, Ministerio del Poder Popular para la Salud
Dr. Renato Gusmao, OPS

OPS sede Regional

Dr. Oscar Mujica



AGRADECIMIENTOS

A todas las instituciones y personas que contribuyeron con el desarrollo de la Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos y muy en especial al Ministerio de la Protección Social de Colombia y al Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela quienes brindaron el documento base para la construcción de esta guía.

A:

Colombia: *María Belén Jaimes Sanabria y Víctor Hugo Álvarez Castaño del Grupo Vigilancia en Salud Pública del Ministerio de la Protección Social. Jacqueline Acosta De La Hoz de la Gestión Integral en Salud Pública del Ministerio de la Protección Social.*

*Gina Carrioni Denyer, Asuntos Étnicos y de Género del Ministerio de la Protección Social,
Vilma Fabiola Izquierdo Charry,
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.
Luz Stella Méndez y Guillermina Agudelo,
Oficina de Cooperación Internacional.*

Perú: *Omar Napanga Saldaña,
Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.*

Ecuador: *Eulalia Narvárez del Ministerio de Salud Pública y a los niveles locales:
José Castillo, Patricio Chamorro, Jonhy Merchán,
Miriam Armas, Isaura Briones.*

Venezuela: *Xiomara Ponce del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela.*

OPS Colombia: *Roberto Sempertegui,
Área Análisis de Información en Salud de la Organización Panamericana de Salud.*

ORAS: *Oscar Feo, Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud.
Patricio Yépez, Secretario Ejecutivo Adjunto.
Milagros Araujo equipo técnico de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica y Luis Beingolea More,
Coordinador de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica del Organismo Andino de Salud.*

PRESENTACIÓN



El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, ha asumido el compromiso de potenciar a la salud como un punto de encuentro que permita y facilite la integración andina y sudamericana. Hemos abierto espacios de intercambio entre los Ministerios de Salud que han permitido y facilitado el enriquecimiento cultural y social de pueblos que tenemos un pasado y un destino común. Por ello, este esfuerzo de armonizar políticas y construir propuestas requiere todo nuestro apoyo y reconocimiento.

Hoy tenemos en nuestras manos esta Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos, que ha resultado del esfuerzo de un equipo humano multipaís, encargado de sistematizar una metodología común para trabajar el análisis de situación de salud (ASIS) en las fronteras de los países de la subregión. Para este trabajo se ha contado con el apoyo permanente de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

Aspiramos a que este nuevo instrumento de integración para los espacios fronterizos, sea útil para los trabajadores de salud y las comunidades, ya que permitirá armonizar y sistematizar indicadores, coordinar intervenciones y conocer la real dimensión de los riesgos y brechas que afectan la salud de los habitantes de esas áreas. Se ha concebido como una herramienta que pueda permitir a las autoridades locales, regionales y nacionales la preparación de proyectos ante instancias del propio país y/o fuentes externas de cooperación. Aspira asimismo a convertirse en una guía accesible a todos, de manera que se fortalezcan los vínculos entre los pobladores y las autoridades de frontera mediante la ejecución de acciones conjuntas, complementarias y efectivas en la lucha contra la pobreza y por una mejor salud.

Me complace, por tanto, presentar esta primera versión de la Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos, en el ánimo de sumarnos a la tarea de difundir, capacitar, aplicar y apoyar consistentemente las iniciativas para que una vez identificados los problemas de salud de nuestras comunidades los enfrentemos integralmente codo a codo. Cuando el compromiso es verdadero, no hay fronteras, desaparece "este lado" y "aquel lado" y aparece la necesidad de servir a esos hombres y mujeres de nuestra América Andina y Amazónica, que no distingue límites, que van y vienen con los pies descalzos y cargados de lo que a veces es lo único que tienen: Esperanzas...

CONTENIDOS

SIGLAS, ACRONIMOS Y ABREVIATURAS	ix
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	3
Antecedentes del ASIS en Bolivia	5
Antecedentes del ASIS en Colombia	6
Antecedentes del ASIS en Chile	7
Antecedentes del ASIS en Ecuador	8
Antecedentes del ASIS en Perú	9
Antecedentes del ASIS en Venezuela	10
3. JUSTIFICACIÓN	11
4. PROPÓSITOS	12
5. OBJETIVO DE LA GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LAS POBLACIONES EN ÁMBITOS DE FRONTERA DE LOS PAÍSES ANDINOS	13
6. OBJETIVOS DEL ASIS DE FRONTERAS	14
7. LOS ASIS	15
7.1 LOS DETERMINANTES DE LA SALUD	15
7.2 COMPONENTES DEL ASIS	18
7.2.1 Componente social, demográfico y ecológico	18
7.2.2 El componente de morbilidad-mortalidad	19
7.2.3 El componente del sistema de salud o respuesta social organizada	20
8. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL ASIS DE FRONTERA	23
8.1 PASOS PARA DESARROLLAR EL ASIS DE FRONTERA	24
8.2 DESCRIPCIÓN DE LOS PERFILES DE SALUD POR COMPONENTES EN EL ÁREA FRONTERIZA	30
8.2.1 Componente: Social y demográfico	30
a. Perfil del entorno territorial	30
b. Perfil demográfico	31
c. Perfil socioeconómico	31

8.2.2 Componente: Salud Enfermedad	32
a. Perfil de mortalidad	32
b. Perfil de morbilidad	32
8.2.3 Componente: Sistema de salud o respuesta social organizada	33
a. Perfil de recursos, servicios y cobertura en salud	33
8.3 FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES	34
8.4 COMITES DE TRABAJO	35
8.5 FUENTES DE INFORMACIÓN	35
8.5.1 Fuentes de Información por Componentes	36
8.6 UNIDADES POBLACIONALES	36
9. DIAGNÓSTICO Y ANALISIS DE LOS DATOS	40
9.1 INGRESO DE LOS DATOS	40
9.2 PROCESO DE ANALISIS	41
9.2.1 ANALISIS DEL COMPONENTE SOCIAL Y DEMOGRAFICO	41
9.2.2 ANALISIS DEL COMPONENTE SALUD ENFERMEDAD	43
9.2.3 ANALISIS DEL COMPONENTE RESPUESTA ORGANIZADA A LA SOCIEDAD	43
9.3 RESULTADO DE LOS ANALISIS	43
10. LA PRIORIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE FRONTERA	44
10.1 METODOLOGIA PARA LA PRIORIZACION DE LAS AREAS DE FRONTERA	46
A. PRIMERA ETAPA: Priorización proveniente de la información del sector salud y de otros sectores	47
B. SEGUNDA ETAPA: Priorización conjunta o de la participación ciudadana	51
11. ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO PARA LA ETAPA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL ASIS.	59
12. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL ASIS	59
12.1. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN	61
12.2. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	62
12.3. Seguimiento y Evaluación	64
12.3.1. Seguimiento (Monitoreo)	64
12.3.2. Evaluación de los resultados de las intervenciones	65
13. GLOSARIO DE TERMINOS	73
14. BIBLIOGRAFIA	83

SIGLAS, ACRONIMOS Y ABREVIATURAS

ASIS	: Análisis de la Situación de Salud.
AVPP	: Años de Vida Potencialmente Perdidos.
CAF	: Corporación Andina de Fomento.
CAN	: Comunidad Andina.
CIE	: Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas de salud.
COPIAF	: Comisión Presidencial de Integración y Asuntos Fronterizos.
IDH	: Índice de Desarrollo Humano.
MBE	: Medicina Basada en Evidencias.
MCR	: Mecanismo de Coordinación Regional Andino.
MINSAL	: Ministerio de Salud.
MOPECE	: Módulos Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades.
NUTE	: Nomenclatura de las Unidades Territoriales Estadísticas Andinas.
ODM	: Objetivos de desarrollo del Milenio.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
OPS	: Organización Panamericana de la Salud.
ORAS CONHU	: Organismo Andino de Salud: Convenio Hipólito Unanue.
PASAFRO	: Plan Andino de Salud en Fronteras.
PIDS	: Plan Integral de Desarrollo Social.
RAVE	: Red Andina de Vigilancia Epidemiológica.
REMSAA	: Reunión de Ministros de Salud del Área Andina.
RSI	: Reglamento Sanitario Internacional.
SIG	: Sistemas de Información Geográfica.
UE	: Unión Europea.
VIGICONHU	: Software para la Vigilancia Epidemiológica del Convenio: Hipólito Unanue ORAS: CONHU.
ZIF	: Zona de Integración Fronteriza.



1. INTRODUCCIÓN

La búsqueda del estado óptimo de salud de nuestras poblaciones andinas, empieza por reconocer los problemas de salud que la aquejan, caracterizándolos, midiéndolos, explicando los perfiles de salud - enfermedad y sus determinantes, sean éstos de competencia del sector salud o de otros sectores. Los países andinos a lo largo de los últimos años sostienen un mejor conocimiento de sus realidades socio-culturales y de salud utilizando el ASIS, permitiéndoles conocer cuán preparados están para afrontar los problemas que se presentan en su territorio; sin embargo, los espacios de frontera son un reto por resolver en la búsqueda del entorno saludable o frontera saludable.

Las fronteras merecen la atención de los Estados porque no se puede hablar de una frontera saludable, si ésta implica solo la salud de un grupo de personas que pertenecen a un mismo espacio geopolítico. Las fronteras deben trabajar integrada y coordinadamente buscando un fin común que es el mejorar las condiciones de vida de las unidades geográfico-políticas, incluyendo como sustrato a los diferentes grupos de población, definidas según las características específicas como sexo, edad, ocupación entre otros y su ambiente de desarrollo lo constituye el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de las bi o tri fronteras, existiendo complejas relaciones que determinan y condicionan el estado de salud¹.

Una herramienta para la caracterización, medición y explicación del estado de salud y sus determinantes, es el Análisis de Situación de Salud ASIS, metodología que ha sido aplicada mayormente de forma unilateral, brindando información de gran importancia para un lado de la frontera y dejando preguntas sin contestar sobre lo que está pasando a pocos kilómetros. Es allí donde nace la necesidad de realizar el diagnóstico, análisis y priorización de áreas en las que las acciones recaen en más de una región política y que el avance al logro de los resultados previstos requieren del trabajo conjunto de actores políticos y la sociedad.

La metodología ASIS es también de gran utilidad para dar respuesta a los compromisos adquiridos en la XXXIII Reunión Binacional de la Comisión Presidencial de Integración y Asuntos Fronterizos - COPIAF, que están orientados a realizar un análisis de situación de salud y priorizar los problemas de salud pública de la región de frontera, así como definir competencias y mecanismos de intervención. De otro lado, el ASIS es una herramienta indispensable para la planificación, gestión y evaluación de la zona fronteriza en el marco

¹ OPS. Boletín Epidemiológico. Vol. 20 N°. 3. Setiembre de 1999.



del Plan Andino de Salud de la Fronteras - PASAFRO². Para ello, la disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición sine qua non para el análisis de situación y la toma de decisiones basadas en evidencias³.

El Organismo Andino de Salud y la Organización Panamericana de la Salud están apoyando esta iniciativa y desde mediados el año 2006 se han abocado por unir los esfuerzos de los Ministerios de Salud Andinos para disponer de una Guía que permita la aplicación de esta metodología en los ámbitos de frontera cuya finalidad sea estandarizar la información proveniente de los diversos ámbitos geopolíticos de los países andinos, que permita relacionar el diagnóstico de salud, los factores de riesgos identificados y su solución mediante una estrategia articuladora que permita el concurso de las comunidades afectadas, de otros sectores de desarrollo social, productivo y económico de la comunidad lo que servirá para orientar las decisiones necesarias para dar respuesta a los problemas de salud comunes que causan severo deterioro social y económico en los países.

La publicación de la “Guía para el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de las poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos”, es entonces el resultado del esfuerzo de seis países andinos con el apoyo de la OPS, hacia la búsqueda del conocimiento del perfil salud-enfermedad en las áreas fronterizas para la toma de decisiones, acción, seguimiento y evaluación, que se ha dividido en tres partes la primera que corresponde a los conocimientos generales, la segunda de los procesos mismos como el análisis y priorización y una tercera post intervención que corresponde al monitoreo y la evaluación.

“El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud, la promoción de salud exige la participación activa de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios, sectores sociales, económicos, la sociedad y los medios de comunicación”
CARTA DE OTTAWA OMS-1986

² OPS. Boletín Epidemiológico. Vol. 22, Nº. 4. Diciembre de 2001.

³ Los lineamientos del Plan de Salud en las fronteras son: 1) Priorizar los problemas de salud de cada frontera y definir acciones conjuntas para atenderlos, 2) Conformación de redes de servicios en salud en las fronteras 3) Elaborar, ejecutar y evaluar proyectos fronterizos.

2. ANTECEDENTES

En la Reunión de Ministros de Salud, a través de la Resolución REMSAA XXII/361 se aprobó como temas prioritarios para el período 2001-2002, la Vigilancia Epidemiológica con especial atención a las zonas fronterizas, posteriormente a través de la Resolución de la REMSAA XXIII/368 se acordó realizar atención a la salud en las fronteras, una propuesta en el marco de integración andina.

Los Ministros de Salud en Noviembre del año 2002, emitieron una importante Resolución en la REMSAA XXIV/384 donde se establecen los lineamientos del Plan Andino de Salud en las fronteras, acordando la metodología del Análisis de la Situación de Salud en un consenso del comité ejecutivo del PASAFRO⁴ de todos los países de la subregión andina, dando el impulso político de los Ministros Andinos para la aplicación de esta metodología, posteriormente esta resolución fue presentada al Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores quienes aprobaron la Decisión 541, el 11 de Marzo del 2003 en la ciudad de Bogotá, uno de cuyos objetivos era priorizar los problemas de salud de cada frontera usando la estrategia del análisis sistemático y permanente de la situación de salud creándose el Comité Ejecutivo del Plan Andino, para ejecutarlo y darle seguimiento.

La metodología del ASIS logra nuevamente relevancia con la aprobación por los Cancilleres de los países andinos del Plan Integrado de Desarrollo Social (PIDS) el 21 de Septiembre del 2004, en la Reunión Extraordinaria del Consejo Andino de Relaciones Exteriores, mediante la Decisión 601, que contenía los Proyectos denominados; "Programa de Vigilancia y Control Epidemiológico" y "Fortalecimiento del Plan Andino de Salud en Fronteras-PASAFRO", este ultimo promovía los estudios de Análisis de Situación de Salud (ASIS) en los ámbitos de frontera y el estudio de las inequidades.

En la Resolución 393 de la XXV REMSAA 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.

⁴ Segunda Reunión Ordinaria Del Comité Ejecutivo PASAFRO, Caracas 2004.

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 407 de la XXVII REMSAA 2006 y en las cuales se definen los mecanismos para acelerar la implementación del ASIS para los espacios de frontera.

Por su parte, la reunión de los representantes y funcionarios de salud de la Organización Panamericana de la Salud de la Sub Región de ese año adoptaron estos acuerdos en su programación bianual 2006-2007, brindando el apoyo técnico en el “Taller Andino de Armonización del Análisis de Situación de Salud y Generación de Evidencia Epidemiológica sobre Desigualdades en Salud” llevado a cabo en Noviembre del 2006, en la ciudad de Lima, y en la “Reunión de concertación del Análisis de Situación en Salud para Ámbitos de Frontera de los Países Andinos” llevada a cabo en Octubre del año 2007, en la ciudad de Bogotá. En el primero de ellos se presentó una propuesta para desarrollar un ASIS para los espacios de frontera, en base al instrumento que estaban utilizando Colombia y Venezuela en sus fronteras.

Se realizaron una serie de adecuaciones y revisiones al documento a lo largo del año 2007, y en el VII Foro Andino de Vigilancia Epidemiológica y Salud en las Fronteras, de Abril del 2008, se dio el visto bueno a la “Guía para el Análisis de Situación de Salud de las Poblaciones en Ámbitos de Frontera de los Países Andinos” que luego fue aprobada por los Ministros de Salud en la XXIX REMSAA, el 10 de Abril del 2008, mediante la Resolución 445: Articulación de los Sistemas de Vigilancia y Respuesta.

Antecedentes del ASIS en Bolivia

En el año 1991, junto a la Implementación del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) por preocupación institucional, con la finalidad de que la información sea utilizada en el proceso de gerencia y superando la visión empírica y tomar decisiones en base a evidencias; es que, a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública se elaboró la “Guía para la interpretación de Indicadores en Salud” que nos orientaban sobre el diagnóstico de situación descriptivo y la vez detallaban indicadores tradicionales disponibles, cuantitativos y con limitada utilidad en la planificación.

En el año 1997 se instituye en nuestro país, a través del entonces Ministerio de Desarrollo Humano y de la Secretaria Nacional de Salud la “Guía Metodológica para el funcionamiento de los Comités de Análisis de la Información” (CAI), un modelo de seguimiento, evaluación y monitoreo de acciones en salud para la toma de decisiones. En este mismo año (1997) se realizaron algunos ajustes en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), creándose el “Subsistema de Información de Actividades en Salud” (SIAS), cuyo conjunto de instrumentos y procedimientos, destinados a captar, registrar, procesar y analizar los datos de las actividades en salud, generados en los diferentes subsectores y niveles de atención permitieron contar con información útil, para su análisis y tomar decisiones en las diferentes instancias. Este accionar a través del tiempo fue institucionalizándose a través del tiempo, de manera que actualmente se realizan análisis de la información en salud en forma mensual en los CAIs municipales, trimestralmente en los CAIs departamentales y anualmente a nivel nacional.

En el año 2003, con el apoyo de OPS, se organizaron talleres de capacitación a nivel nacional y regional sobre el ASIS, partiendo de la necesidad de que los Gerentes de Salud Pública basen sus decisiones y la planificación de acciones de su gestión, a partir de un análisis científico e integral de la situación de salud, implementándose las salas de situación a nivel regional.

En el 2006 se proporcionaron herramientas teóricas y metodológicas al personal de salud con la difusión de la “Guía Metodológica para el Análisis de la Situación de Salud Bolivia 2005”, a través del Sistema Nacional de Información (SNIS), que aún continúa en un proceso de capacitación y socialización.

En este sentido esperamos que el ASIS, desde el punto de vista metodológico, se convierta en un instrumento para conocer el estado de salud de una comunidad, establecer sus necesidades y prioridades y que nos permita proponer las acciones necesarias para mejorar esa situación de salud.

Antecedentes del ASIS en Colombia

El ASIS en Colombia se incorporó bajo la propuesta de la OPS/OMS 1999. Entre los antecedentes para el desarrollo del proceso de Análisis de Situación de Salud, se han registrado hitos; tales como la XXXIII Reunión Binacional de la Comisión Presidencial de Integración y Asuntos Fronterizos, en la que se firmó el convenio entre las fronteras de Colombia y Venezuela orientado a realizar un Análisis de Situación de Salud y priorizar los problemas de salud pública del área de frontera. En el marco de las reuniones binacionales celebradas durante el año 2006, se acordaron los indicadores a evaluar en el ASIS.

En julio del año 2004, se desarrolló la Reunión Binacional para la Atención Integral de Salud en la frontera Colombo Peruana, en la que se propuso la implementación de redes binacionales de vigilancia de eventos de interés en Salud pública y elaboración de un plan conjunto para enfrentar las enfermedades prevalentes. Posteriormente, en octubre de 2006 en el marco de la Reunión de los Comités Técnicos Binacionales de Salud, se concertaron los indicadores y la metodología para el diagnóstico de salud de la zona fronteriza, con base en los avances del trabajo con Venezuela.

En el año 2006, la Organización Panamericana de Salud-OPS, aprobó la financiación del TCC (Technical Cooperation with Countries), enfocado al fortalecimiento de la capacidad de respuesta para la Vigilancia en Salud Pública de los equipos locales de la frontera Colombo Ecuatoriana, proyecto a través del cual se capacitó al personal de salud de los municipios fronterizos en Epidemiología Básica-MOPECE, Sistema de Información Geográfica SIGEPI, socialización de herramientas para la Vigilancia en Salud Pública, conformación y funcionamiento de los Comités de Vigilancia Epidemiológica COVES y el funcionamiento de las Salas de Situación.

En octubre del 2007, los funcionarios de los departamentos y municipios fronterizos fueron capacitados en Análisis de Situación de Salud, concertación de indicadores, metodología ASIS para la Zona de Integración Fronteriza ZIF Colombo Ecuatoriana y unificación de instrumentos de recolección de información. Además, se contextualizó la Vigilancia en Salud Pública en el marco de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica (RAVE), el Reglamento Sanitario Internacional y la Política Nacional de Salud Pública, en ese periodo también se capacitó a los funcionarios de los departamentos fronterizos de Colombia en Metodología ASIS.

Actualmente para el proceso de Análisis de la Situación de Salud de Colombia se incluye información del censo de población 2005 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE, Encuestas Anuales de Calidad de Vida, Estudio Nacional de Salud Mental 2003, Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2005 y Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2005, entre otros.

Antecedentes del ASIS en Chile

El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile es el responsable de la Vigilancia Epidemiológica a través de la Unidad de Vigilancia creada en el año 1998. Las Autoridades Sanitarias de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de asumen las funciones de vigilancia a través de las Unidades de Epidemiología regional. Durante el 2007, se fortaleció la implementación de las Autoridades Sanitarias Regionales, en el contexto de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) con la implementación de las Oficinas Sanitarias de Fronteras. En el año 2008 se creó la Oficina de Reglamento Sanitario Internacional, dependiente del Departamento de Epidemiología, responsable de la implementación del Reglamento en el país.

En el V Foro Andino de Vigilancia Epidemiológica de las Fronteras realizado en el 2006, se propuso la realización de un estudio de situación binacional con la metodología ASIS en la frontera Chile-Perú (Arica-Tacna). Se buscó financiamiento externo junto con la Oficina de Cooperación de Asuntos Internacionales (OCAI) del MINSAL para gestionar un proyecto en conjunto con Epidemiología, el que no se pudo concretar.

Por otra parte, en los Comités de Frontera establecidos con Perú y Bolivia, instancias multisectoriales, en las que están representados los niveles regionales y locales que se reúnen anualmente desde su conformación en el año 1999, existen las respectivas Subcomisiones de Salud. Gracias a este instrumento, las autoridades sectoriales de los 3 países han logrado identificar progresivamente los principales temas de preocupación mutua e interés común, en un contexto de coordinación multisectorial. Dicha información además de los avances que se están logrando en coordinación en vigilancia epidemiológica, ambiental y procedimientos de referencia y contra-referencia de pacientes representan un antecedente desde la perspectiva local de los respectivos países en sus áreas de frontera. Cabe mencionar específicamente en este marco, el Taller para el establecimiento de Sistemas de Referencia y Contrareferencia de personas con VIH/SIDA y TBC Arica-Tacna 2006, y el Encuentro Salud sin Fronteras Bolivia-Chile, en Pisiga, Bolivia, en Mayo 2007.

En este contexto y dado que la metodología ASIS es una herramienta que permite fortalecer la capacidad de análisis de situación en las regiones fronterizas, se propone, para el año 2008, un trabajo conjunto con la nueva Región de Arica y Parinacota (fronteriza con Tacna) a fin de apoyar la formulación de los Planes de Salud Pública.

Antecedentes del ASIS en Ecuador

La ex Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, inicia el desarrollo del ASIS nacional como tal, a partir del año 2004. Actualmente es la Coordinación de Epidemiología del MSP, a través del área de Vigilancia Epidemiológica, la que tiene la responsabilidad de llevar adelante el desarrollo del Análisis de Situación de Salud que incluye las salas de situación.

Desde el año 2005, se han realizado anualmente reuniones con los responsables de epidemiología provincial para la capacitación y evaluación del desarrollo del ASIS, en cada una de sus provincias. A principios del 2006 se publicó el primer ASIS nacional como una aproximación inicial del análisis descriptivo del proceso salud-enfermedad (morbi-mortalidad) y sus determinantes. A pesar de estos esfuerzos, este proceso no ha alcanzado un desarrollo estructurado y sistemático como otros países de la región.

A nivel del ASIS de frontera sur (El Oro-Tumbes): El desarrollo de la metodología ASIS presenta otras características. En este eje fronterizo y con base a los desarrollos de ASIS alcanzados por el Ministerio de Salud del Perú, se han venido realizando ASIS binacionales, el último disponible es de enero del 2006.

Por otro lado, en la frontera norte esta actividad se inicia a partir del 2006, con la ejecución de un proyecto de Cooperación Técnica entre Colombia y Ecuador, que tuvo como uno de sus resultados el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, la formación de los Comités de Vigilancia Binacional y el desarrollo de los ASIS binacional. En ese marco de cooperación ya se cuenta con un documento preliminar de ASIS de la provincia fronteriza del Carchi.

En tal sentido, se está aprovechando la publicación de los boletines epidemiológicos para dotar de información a los epidemiólogos del país sobre herramientas sencillas que pueden ser utilizadas para la realización de los ASIS provinciales y locales.

Antecedentes del ASIS en Perú

En el año 1986 el Informe Técnico ANSSA-Perú. Proyecto de Análisis del Sector Salud, alude directamente a un ASIS en un ambicioso intento de tener una mirada comprehensiva de las diversas dimensiones del proceso salud-enfermedad en el Perú. Diez años después, en el contexto de reforma del sector salud, se elaboró una segunda propuesta denominada: Análisis de la Situación de Salud en el Perú (ASIS 95), constituida por un conjunto de informes técnicos que analizaban las características del proceso salud-enfermedad en el país. De estos, el documento N° 1 Análisis de la Información de Defunciones en el Perú, fue el que marcó la pauta y generó la base empírica para los documentos de formulación de políticas de salud de la década.

La Oficina General de Epidemiología (Actual Dirección General) publicó las Guías de ASIS Regional durante el año 2002, lo que coincidió con la conformación del equipo técnico ASIS a nivel nacional, quienes elaboraron el primer documento de Análisis de la Situación de Salud del Perú 2001. El proceso de formulación y validación de las guías regionales estuvo a cargo de un equipo consultor; posteriormente, la DGE se encargó de implementar la aplicación de las guías de ASIS regional a nivel de todo el país. Esto significó, el diseño y transferencia por parte de la DGE de un conjunto de herramientas adicionales para viabilizar la aplicación de las guías del ASIS regional. Las acciones de asistencia técnica fueron intensivas, y en los primeros 6 meses se comenzó a evidenciar resultados positivos y, al año de iniciado el proceso un alto porcentaje las Direcciones de Salud (DIREAS) contaban con un documento de ASIS.

Un hecho notable fue cuando la generación de los ASIS regionales tomaron un nuevo brío debido a que en el año 2004 el ASIS fue incorporado como parte de los compromisos de los Acuerdos de Gestión de las Direcciones Regionales de Salud (DIREAS) con el nivel central del MINSA; lo cual, motivó que los equipos de gestión regional tuvieran especial interés en reforzar sus capacidades en el proceso ASIS con la finalidad de cumplir con los productos que formaban parte de la calificación general de cumplimiento del acuerdo por parte de la DIRESA. A nivel central como local, los diversos actores coinciden que este fue el punto de mayor incidencia del ASIS en la gestión de las DIREAS, y es donde el ASIS consolida su posicionamiento institucional.

Debido a los cambios políticos administrativos que viene experimentando el país, la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú ha elaborado una nueva propuesta de Guía Metodológica que contempla en parte estos cambios.

Antecedentes del ASIS en Venezuela

En los años 2002 y 2003 la Dirección de Análisis Estratégico adscrita a la Dirección General de Epidemiología del entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela, inicia la elaboración de una metodología para identificar las necesidades sociales, en el marco del Plan de Equilibrio Social, con la pretensión de obtener información social y de salud proveniente de las comunidades. En el año 2005, comienza la búsqueda de información de ASIS desarrollados en los países de América, y después de una buena revisión, se elabora un modelo de ASIS basado en información geográfica, demográfica, educativa, socioeconómica, ambiental, de morbilidad, mortalidad, infraestructura, servicios de salud, y programas para ser aplicados en los Estados y Municipios con indicadores que se recogen en la región.

El ASIS sería responsabilidad de los epidemiólogos a nivel nacional, se inicia esta actividad en el marco del PASAFRO, en los Estados ubicados en la zona fronteriza de Venezuela y la República de Colombia, después de un trabajo de capacitación, obtuvo información de salud de los Municipios fronterizos de los Estados Táchira, Trujillo Zulia y Apure en el año 2006.

En el mismo año el Ministerio de Salud es reestructurado y la Dirección de Análisis Estratégico, adquiere una nueva estructura, hoy día Dirección de Análisis de Situación de Salud (DASIS), conformada por tres coordinaciones que responden a los componentes del ASIS: Coordinación de Análisis de Factores Condicionantes de la Salud, Coordinación de Análisis de Procesos de Salud - Enfermedad y Coordinación de Respuesta Social a los Eventos de Salud.

En el Año 2006 se inició el trabajo conjunto Venezuela-Colombia relacionado con el ASIS, se desarrolló la metodología de trabajo, los Indicadores que se vigilarían, y están pendiente la elaboración de material de instrucción y capacitación para los municipios fronterizos como avances hasta la fecha.

En el año 2007 la Dirección de Análisis de Situación de Salud, después de completar actividades previas, se encargó de capacitar a los epidemiólogos y otros profesionales de área de la salud, de las Direcciones Regionales de Salud de todo el país, con la finalidad de contar con un equipo técnico capacitado que realice el ASIS por entidades y municipios.

Actualmente contamos con personal capacitado para realizar el ASIS a nivel nacional; sin embargo, sus recargadas labores han dificultado la elaboración de los ASIS, a pesar de ello, hemos avanzado en los análisis descriptivos de la situación de Salud a nivel de entidad federal. Esta experiencia nos ha permitido afinar aspectos relacionados a la capacitación, y a la forma de presentación de la información de los ASIS por estado.

Para el año 2009 se espera ingresar personal con dedicación exclusiva a las actividades correspondientes al ASIS en los Estados, los que serán capacitados con la finalidad de contar con el ASIS actualizados que contribuyan a la toma de decisiones.

3. JUSTIFICACIÓN

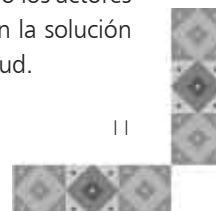
Adoptar y adaptar procedimientos metodológicos que faciliten el análisis de la situación de salud y permitan identificar los factores principales de la aparición, desarrollo y mantenimiento de problemas relevantes de salud, que afectan a las poblaciones de las zonas fronterizas de los países andinos, reconocer la influencia de todos los factores tanto internos como externos dentro de ese comportamiento constituye un reto asumido por la salud pública.

El análisis de situación de salud (ASIS) es la primera función esencial de salud pública y es un instrumento fundamental para evaluar el impacto de las políticas públicas, mejorar el diseño y la implementación de políticas, estrategias y programas que los gobiernos y la sociedad en su conjunto implementan para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible.

Los Países Andinos han realizado esfuerzos por conocer la situación real de salud en sus propias fronteras, para ello han utilizado modelos de análisis de situación de salud nacionales, adaptados para estos espacios en cada país. Los análisis están centrados en la descripción y análisis de la situación geográfica, social, económica, estadísticas de morbilidad y mortalidad, demografía junto con la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud, recursos humanos, logísticos, insumos y medicamentos disponibles para la demanda de los establecimientos de salud, organización social y determinación de los riesgos potenciales y reales para la salud, entre otros. Sin embargo, hay una reiterada pregunta que no se está respondiendo con la amplitud que requiere y es la necesidad de saber si el plan con el que se está interviniendo para disminuir las brechas e inequidades en un país son las mismas que en la frontera del otro país, comprender y explicar cuáles son los riesgos y determinantes para la persistencia o aparición de estos eventos, y cuál es el rol que tiene la comunidad para controlarlos y prevenirlos.

Actualmente y gracias a la cooperación de la Corporación Andina de Fomento-CAF, se va a realizar los estudios de ASIS, en espacios pilotos, inicialmente, para 07 fronteras andinas como parte de la implementación del Plan Andino de Salud de Fronteras 2008-2010 "Salud: Puente para la Paz y la Integración", el que permitirá conocer al detalle y a mediano y corto plazo la situación de salud de la bi o tri frontera para posteriormente definir las competencias, responsabilidades y mecanismos de intervención conjunta entre los habitantes y las autoridades de todos los lados que comprenda la frontera para enfrentar los problemas priorizados.

El valor agregado de los hallazgos en la investigación serán de provecho "si y solo si" desde un inicio los actores sociales de la comunidad jueguen un rol activo en la participación, responsabilidad e iniciativa en la solución que determinarán cambios que permitan disminuir los riesgos y determinantes que afectan su salud.



4. PROPÓSITOS

El ASIS generará de manera sistemática evidencias de salud, en las zonas de frontera, para contribuir especialmente a los siguientes propósitos:

- Definir las necesidades, prioridades, políticas en salud y la evaluación de su pertinencia en la zona de integración fronteriza.
- Formular estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento en la zona de integración fronteriza.
- Construir escenarios prospectivos e interculturales de salud para orientar la toma de decisiones en la zona de integración fronteriza.
- Permitir la toma de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de las poblaciones de los espacios de frontera con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.
- Facilitar la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la diseminación de información en salud.

*“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica:
la voluntad”.*
Albert Einstein

5. OBJETIVO DE LA GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LAS POBLACIONES EN ÁMBITOS DE FRONTERA DE LOS PAÍSES ANDINOS

Contar con un instrumento que armonice los conceptos, la metodología y la aplicación del ASIS por los funcionarios de salud, autoridades locales y población de los ámbitos de frontera y permita el monitoreo y evaluación del accionar.

"Lo que las personas pueden verdaderamente lograr está influenciado por las oportunidades económicas, las libertades políticas, los poderes sociales y las condiciones habilitadoras de la buena salud, la educación, y el fomento y cultivo de las iniciativas. El crecimiento económico no puede ser tratado de manera sensible como un fin en sí mismo. El desarrollo tiene que preocuparse más por mejorar las vidas que dirigimos y las libertades que disfrutamos".

Amartya Sen



6. OBJETIVOS DEL ASIS DE FRONTERAS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar, medir y explicar de manera integral la situación de salud en un espacio geográfico-poblacional determinado, de las áreas de frontera, denominados corredores fronterizos.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir y analizar los principales problemas de salud y sus determinantes, desde el punto de vista de su magnitud, severidad y orden de importancia, por subgrupos de población, demográfico y socioeconómico entre otros.
- Describir y analizar los principales problemas de salud, dentro del proceso de Salud-Enfermedad analizando la información de mortalidad y morbilidad.
- Describir y analizar la respuesta social en salud a través de los sistemas implementados en la zona fronteriza en términos de organización, gestión, recursos disponibles, adecuaciones socio-culturales, servicios, redes y sus resultados para el cumplimiento de las metas a corto, mediano y largo plazo.

“Un territorio comienza a ser saludable cuando sus líderes políticos, sus organizaciones locales y ciudadanos se comprometen y dan inicio al proceso de mejorar continua y progresivamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes”

Organización Panamericana de la Salud (1997)

7. LOS ASIS

Los ASIS, son procesos analíticos que integran información resumida sobre el perfil salud-enfermedad, comprendiendo y explicando los determinantes de la salud con el fin de mejorar la toma de decisiones, permitir la buena ejecución de los proyectos, el seguimiento y evaluación de los mismos.

La definición del ASIS, como el de la salud no es una definición estática, si no que ésta varía con el tiempo y con los nuevos descubrimientos; recordemos que la salud se definió durante mucho tiempo como la ausencia de enfermedades e invalidez, este concepto fue dejado de lado por su negativismo y fue reemplazado por el de: estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad⁵; sin embargo, al no tener una forma de medir el bienestar este concepto se hace poco aplicable por lo que se asume como concepto moderno de la salud a la: "capacidad y el derecho individual y colectivo de la realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permite a todos participar ampliamente de los beneficios del desarrollo"⁶. Un elemento común en todas las definiciones del estado de salud de una persona o de una población en un momento dado, es el resultado de la acción de distintos factores en diferentes momentos.

El redimensionamiento de la definición de la salud modifica el concepto del ASIS, las nuevas definiciones apostarán por la mejor comprensión del campo complejo y multifactorial como es la salud con el fin de enfrentar los problemas con mejores armas apoyándose en técnicas provenientes de varias ciencias, entonces, el ASIS también es una herramienta integradora de la Epidemiología, Estadística, Geografía, Ecología y Sociología, entre otros que permite un buen diagnóstico, análisis y aporte técnicas para la priorización.

7.1 LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

Se denomina determinantes de la salud a los factores que influyen en la salud individual que, interactuando en diferentes niveles, determinan el estado de salud de la población; dicho de otro modo, es aquello que desencadena la enfermedad. Los factores determinantes de salud en la población ocurren en todos los niveles de organización, desde el micro celular hasta el macro político.

⁵ Organización Mundial de la Salud 1946.

⁶ Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública de Río de Janeiro, 1994.

A lo largo de la historia se ha desarrollado modelos para explicar la relación entre los determinantes y el estado de salud de la población.

- Laframboise - Lalonde (1974)
- J. Frenk (1991)
- Dahlgren - Whitehead (1991)
- Pedro Luís Castellanos (1991)

Marc Lalonde (1974)⁷, entonces Ministro de Salud Pública de Canadá, publicó un antológico informe que proporcionó un marco conceptual moderno, para analizar los problemas y determinar las necesidades de salud, así como elegir los medios que puedan satisfacerlas. Dicho marco se basa en la división de la salud en cuatro elementos generales: (Fig.1).

1. La biología humana (genética y envejecimiento),
2. El medioambiente,
3. Los estilos de vida (ciertas conductas insanas) y,
4. El sistema de asistencia sanitaria.

Fig. 1: Salud y enfermedad: Peso relativo de los distintos factores (Marc Lalonde)



⁷ Situación de un problema de salud 1974.

	Peso en la mortalidad	Gasto
Sistema de asistencia sanitaria	11%	90.6%
Estilo de vida	43%	1.2%
Medio ambiente	19%	1.5%
Biología humana	27%	6.9%

El modelo de Lalonde, muestra que el 43% de los problemas de salud se deben a los estilos de vida, indicando que la mayor inversión que el estado debe de realizar debiera ser asignado a la promoción de la salud (prevención y educación sanitaria) y la búsqueda de cambios de estilos de vida; sin embargo, el mayor gasto está dirigido a los sistemas de asistencia sanitaria. Este modelo marco una era de recambios en la concepción de la salud-enfermedad, propiciando un movimiento hacia la prevención de las enfermedades, que estuvo concentrado en Canadá y luego fue seguido por Estados Unidos de Norteamérica y finalmente por Europa.

Posteriormente, Castellanos (1991) esclarece como se produce la interacción entre los determinantes de salud con la categoría condiciones de vida, que serían “los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores entre los procesos que conforman el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional específico”.

El esclarecimiento de la determinación social de salud, ha significado la comprensión del proceso salud - enfermedad en el marco de condiciones concretas que sobrepasan la biología humana y que abarcan desde la sociedad como un todo hasta el individuo, con esta definición se explica que las determinantes sociales de salud se producen en diferentes niveles:

1. Nivel macro social, que relaciona la formación socio-económica como un todo y el estado de salud de la población en general.
2. Nivel grupal, que relaciona el modo de vida y las condiciones de vida determinado grupo con su estado de salud.
3. Nivel individual, que relaciona el estilo de vida individual, las condiciones de vida individuales y el estado de salud individual.



Para Castellanos (1991) entonces, los determinantes de la salud viene a ser “el resultado de la dinámica de las condiciones particulares de vida de un grupo de población, con el proceso general reproductivo de la sociedad y las acciones de respuesta social ante los procesos conflictivos que se reproducen en esta dinámica, se produce un balance que se expresa en problemas de salud y bienestar o ausencia de ellos”

7.2 COMPONENTES DEL ASIS

Componentes y preguntas que puede responder el ASIS:

El análisis de la situación de salud está conformado por tres componentes, como son el componente socio-demográfico, el de morbilidad y mortalidad y el de respuesta organizada de la sociedad, estos componentes serán descritos para un buen uso en el análisis y priorización.

7.2.1 Componente social, demográfico y ecológico

En el análisis de los factores sociales, demográficos y ecológicos, recae la comprensión de conductas individuales y/o colectivas, dado a que este componente integra datos sobre las áreas en las que están ubicadas las poblaciones, las concentraciones y como se encuentra su sistema social (educación, pobreza, entre otros). Es sabido que, las enfermedades están ligadas a logros educacionales escasos y a la pobreza; así, el desarrollo de las sociedades modifica el perfil epidemiológico de las mismas, es así que podemos ver que las sociedades con mejores ingresos per cápita se enfrentan a enfermedades crónico degenerativas, teniendo mejores posibilidades de vencerlas, mientras que sociedades pobres se enfrentan a enfermedades transmisibles como la tuberculosis, generada en gran medida por condiciones infrahumanas, las que reclaman la justicia social y equidad.

En los últimos años se ha despertado la discusión de dos corrientes una que apunta a los niveles macro de la epidemiología denominada epidemiología social y la otra a los niveles micro denominada micro epidemiología; la primera estudia la distribución social y los determinantes sociales de los estados de salud⁸. Según algunos autores el término epidemiología social es una redundancia; sin embargo, esta epidemiología

⁸ Berkman I, Kawachi I. *An historical framework for Social Epidemiology*. En: Berkman I, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000.

tiene la vocación de proporcionar información útil sobre qué políticas públicas aumentan o disminuyen las desigualdades en la salud, la segunda se encarga del estudio de las moléculas y del genoma. Ambas, sin duda brindan métodos que al complementarse entre sí permiten conocer los aspectos que van desde lo micro a lo macro de las determinantes de salud. Sin embargo este componente se apoya fundamentalmente en la epidemiología social, la estadística, la ecología entre otros.

Algunas de las preguntas a responder en este componente son:

¿Cuáles son los principales determinantes socio-demográficos de la salud observada?

¿Cuál es la dinámica demográfica y como impacta en la salud de la población?

¿Cuáles son problemas sociales más notables?

¿Cuál es nivel de pobreza de las áreas?

7.2.2 El componente de morbilidad-mortalidad

El desarrollo de este componente tiene mayor historia en la salud pública, se vale de información proveniente del sector salud como son:

- Datos estadísticos de defunciones
- Datos estadísticos de carga enfermedad

Las estadísticas de defunciones reflejan la frecuencia de la ocurrencia de las muertes y nos informa sobre el periodo y región geográfica, son compiladas rutinariamente además de universalmente y suministran un indicador accesible, este sistema de registro es una fuente de datos imprescindible para el ASIS, el que ha mejorado a lo largo de los años, mucho más desde que se implantó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), las causas de muerte son codificadas de una forma homogénea, una vez inscritas; por lo que, tienen importancia como un medio para lograr una visión epidemiológica de la enfermedad.

Así como ocurre con la mortalidad, resulta muy valioso estudiar la distribución de la morbilidad según el tiempo, el lugar y las personas. Los procesos de razonamiento empleados para interpretar los datos de morbilidad son semejantes a los empleados para el estudio de la mortalidad, por lo tanto, el análisis de la situación de salud, tiene en el estudio de la morbilidad y la mortalidad un componente fundamental. El análisis de esta información permitirá definir qué grupos poblacionales tienen comprometido su estado de salud, lo que los ubica como fuente de primer orden al momento de destinarse prioritariamente los recursos sanitarios.

Los grupos con mayor morbi-mortalidad tienen alto riesgo de presentar un peor estado de salud en los periodos de tiempo sucesivos, lo que indica que una pronta intervención en estas poblaciones no sólo elimina los problemas de salud encontrados, sino que también mejora el pronóstico de su situación de salud.

Las preguntas que se pueden responder en este componente son:

¿Cuán saludable es la población?

¿Está mejorando la situación de salud o está empeorando?

¿Qué riesgos implican las desigualdades en salud observadas?

¿Qué explica esas desigualdades en salud?

¿Existen áreas geográficas y/o sub grupos poblacionales más saludables que otros?

¿Cuál es la magnitud de estas desigualdades?

¿Cuáles son las necesidades de salud no satisfechas?

7.2.3 El componente del sistema de salud o respuesta social organizada

Garantizar la atención en salud a las personas que viven y/o se desplazan a través de las fronteras es uno de los objetivos de la salud pública en general y es una de las partes principales del Plan Andino de Salud en las Fronteras 2007-2012 (PASAFRO). El Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, ha venido ejecutando acciones que conducen al cumplimiento del plan, entre las actividades que viene desarrollando está la preparación del documento denominado “metodología para el diagnóstico de la oferta de servicios de salud en ámbitos de frontera de los países andinos”, que tiene como propósito contribuir, de forma real, a la búsqueda del acceso de la población de los países andinos a los servicios de salud, con oportunidad, equidad, calidad y calidez, la información proveniente del uso de esta metodología se complementará con las prioridades para el componente respuesta organizada de la sociedad del documento ASIS para las áreas de frontera.

Al hablar del sistema de salud o respuesta organizada a la sociedad nos referimos a aquel componente que Lalonde denomina sistema sanitario y que debe de iniciarse desde la protección, promoción, prevención hasta el tratamiento-recuperación y rehabilitación de la salud, llegar a todos los grupos poblaciones con:

Accesibilidad:

Conceptualizada como el grado en que las personas están privadas o por el contrario tienen la facilidad de acceder a recibir la atención en los servicios de sistema de atención de salud. Los factores que influyen para el logro de esta capacidad son: Los aspectos geográficos, el transporte, la educación, las condiciones socioeconómicas, entre otros.

Equidad:

El diccionario define la equidad como "justicia de acorde con las leyes o derechos naturales; específicamente, libre de favoritismo y parcialidad⁹. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el artículo 25 indica que:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Desafortunadamente estos ideales para el ser humano no han llegado a ser una realidad y a pesar del tiempo transcurrido las brechas de la desigualdad en el mundo no han desaparecido, en algunas sociedades como la europea se ha reducido y en otras continúan en la misma medida e incluso se ha incrementado.

Una definición operacional de la equidad en salud está enfocada en la necesidad y prioridad de los mecanismos de distribución de los cuidados y servicios de salud¹⁰, de tal modo que se pueda cubrir a todas partes, incluso a poblaciones pobres o áreas con grandes problemas de salud.

⁹ Webster's New Collegiate Dictionary; American Heritage Dictionary.

¹⁰ Aday LA and Andersen RM (1981). Equity of access to medical care: a conceptual and empirical review. *MedCare* 1981; 19 (12), Suppl. pp. 4-27.



Oportunidad:

Cuando los servicios se manejan de acuerdo con la evidencia científica (parte de la medicina basada en evidencias MBE) en lo referido al tiempo en que se deben proporcionar.

Por ejemplo:

La inmunización infantil se da según el esquema de inmunizaciones.

Los factores de riesgo son identificados oportunamente (p. Ej. Hipertensión).

Se implementa programas efectivos de despistaje.

Se brinda atención anticipada a los pacientes con enfermedades crónicas, de manera que se previene su deterioro.

De igual manera, los servicios efectivos se brindan sin largas esperas y los casos urgentes reciben atención sin demora.

Calidad:

Basada en infraestructura, cordialidad en la atención, así como que los pacientes tienen acceso a proveedores experimentados y competentes, de manera que éstos tienen las suficientes destrezas técnicas para atenderlos.

Este componente corresponde básicamente al sector salud, con el que se puede contestar a las siguientes preguntas.

¿En donde y cómo se puede intervenir?

¿Cómo se podría intervenir con mayor impacto?

En que áreas se maximizaría el valor agregado de la cooperación técnica internacional?

8. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL ASIS DE FRONTERA

Luego de haber desarrollado los fragmentos teóricos para la elaboración del ASIS de frontera y con el fin de hacer un diagnóstico habitual de los datos y analizar la Situación de Salud en el área de integración fronteriza, vamos a plantear un proceso metodológico para el diagnóstico basado en la data recolectada, que permita en forma organizada y dinámica caracterizar la situación de salud y sus determinantes en las poblaciones; además, de este paso, vamos a realizar un diagnóstico participativo incluyendo a la comunidad, para la priorización, con el que vamos a tener no sólo información de las estadísticas de salud sino que vamos a poder captar la percepción de la salud por parte de las autoridades y pobladores en general.

La metodología entonces está dividida en tres partes la primera dirigida a dimensionar los hechos de salud y su distribución en la población de acuerdo a las variables de tiempo, lugar y persona. Detectar los factores condicionantes representados por las variables socioeconómicas culturales, demográficas y medioambientales, para luego identificar cuales han sido las enfermedades recurrentes ante estos factores, teniendo como resultado el listado un grupo de enfermedades, para finalmente identificar, caracterizar el estado y a dinámica de la respuesta social (representada por los recursos y su organización). La segunda actividad está dirigida a la priorización a partir del análisis desarrollado y la tercera y final es la confrontación y/o complemento con los actores políticos y sociales de las comunidades.

Es importante tomar en cuenta que la identificación de los determinantes sociales es la base del trabajo intersectorial para hacer frente a problemas relacionados con la educación, alimentación, nutrición, déficit de servicios básicos, etc., al mismo tiempo, constituyen variables que permiten priorizar grupos hacia los cuales conducir de manera especial las intervenciones en salud.

Los resultados de esta intervención deben ser analizados por la población con sus autoridades para identificar riesgos y establecer un compromiso social, planificando una respuesta articulada, consensuada, evaluada y finalmente modificada en forma conjunto.



8.1 PASOS PARA DESARROLLAR EL ASIS DE FRONTERA

Como se ha mencionado en los propósitos del ASIS de frontera, lo que pretende esta guía es trazar un camino que a ser recorrido se llegue a las realidades que aquejan a las NUTES 2 de los países fronterizos del área andina; este camino lo hemos definido en 15 pasos que parte desde las reuniones de sensibilización a las autoridades hasta la evaluación de las actividades realizadas.

Los pasos identificados para el desarrollo del ASIS de fronteras son:

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. Definir los instrumentos para la recolección de datos.
6. Diseño del flujo de la información.
7. Alistamiento (enrolamiento y capacitación) de los equipos locales para elaborar el ASIS.
8. Recolección de la información.
9. Consistencia de los datos.
10. Procesamiento de datos.
11. Diagnóstico y análisis de los datos.
12. La priorización.
13. Socialización o difusión de la información a autoridades locales y población.
14. Elaboración del plan operativo para la etapa de seguimiento y evaluación del ASIS.
15. Seguimiento y evaluación del ASIS.

A continuación la descripción de los pasos para la elaboración del ASIS de fronteras:

Paso 1. Sensibilización de las autoridades y su compromiso conjunto con la población a ser beneficiada.

Es la etapa inicial, consiste en el desarrollo de actividades tales como reuniones o talleres de trabajo, con el objetivo de despertar el entusiasmo en las autoridades y la población su compromiso en el desarrollo del ASIS, para obtener un diagnóstico de los problemas de salud de la frontera, la priorización y los mecanismos para el seguimiento y evaluación.

Esta etapa exige el talento comunicador de los facilitadores que estarán a cargo de las sesiones; se puede emplear materiales didácticos como papelotes, plumones, diapositivas, ensayar una dinámica amena de trabajo, etc. El éxito en esta etapa garantiza el 50% en el avance de este proceso.

Se debe tener en cuenta que los procesos de inestabilidad política; tales como cambios de autoridades, juegan un papel en contra, ya que esto origina el desgaste del equipo dedicado a la tarea de sensibilización.

Paso 2. Definición del cronograma de actividades

Es la etapa dedicada a calendarizar las actividades en forma coordinada en los espacios de frontera con la participación activa y presencial de sus representantes. Se recomienda involucrar a las autoridades sensibilizadas; pues, ellas deberán ser un aporte importante al cumplimiento del cronograma. Tener en cuenta los feriados no laborables, así como actividades de gran movimiento de masas de todas las fronteras integradas en la elaboración del documento ASIS.

Paso 3. Definición de los aspectos administrativos

Se desarrolla a la par con el cronograma de actividades, en esta etapa se debe definir los gastos mensualizados y los productos a obtener. El financiamiento es importante y no sobrepasar las actividades del techo de gasto establecido.

Paso 4. Identificación de indicadores (ficha técnica)

Previa a la etapa de recolección de la información se debe identificar cuáles son los indicadores accesibles a la frontera a analizar y priorizar; esta lista estará definida por los años de disposición de la información, áreas geográficas, grupos de edades a los que nos vamos a dirigir, entre otros, para luego definir las fichas técnicas que usaremos.

Paso 5. Definir los instrumentos para la recolección de datos

Una vez identificados los indicadores y sabiendo que estos nos van a permitir el conocimiento de la realidad de las NUTES 4 integradas en las NUTES 2 a analizar, escogeremos los instrumentos para su recolección, estos instrumentos han sido diseñados por el equipo que tuvo a cargo la elaboración del ASIS, que se encuentran en el CD adjunto al documento de elaboración del ASIS de frontera.

Paso 6. Diseño del flujo de la información

El flujo de información para la elaboración del ASIS debe tener un flujo manifiesto, es decir todos deben conocer sus actividades en este diagrama organizacional, el que va desde de los primarios locales hacia los superiores y centrales en los que se ingresará la información a un banco de datos para la elaboración del ASIS.

Un diagrama de flujo será de gran ayuda en esta etapa, ya que es una forma más tradicional de explicar los detalles de un proceso, es una forma de detallar los pasos mediante la esquematización gráfica para entenderlo mejor. Se basan en la utilización de diversos símbolos para representar operaciones específicas y las flechas indican el camino o la ruta a seguir.

El flujo de la información para el desarrollo del ASIS debe ser dibujado o impreso en un papel de tamaño A3 o superior con la finalidad de que cada participante tenga clara su actividad y que es lo que sigue al término de un paso. Es importante escribir las fechas tentativas para el término de cada actividad.

Paso 7. Alistamiento (enrolamiento y capacitación) de los equipos locales para elaborar el ASIS

El factor humano entrenado es un punto clave para lograr el éxito del ASIS, por lo que, el alistamiento de los equipos locales no solo trata del enrolamiento del personal si no también comprende el periodo de capacitación en las técnicas de recolección, procesamiento análisis y priorización. Se debe procurar integrar al equipo personal con experiencia en el recojo de información, que tenga disponibilidad de tiempo y asegure su continuidad para la tarea de retroalimentación, debido a que en algunas ocasiones se debe volver a recoger la información debido a algún error al momento que consignaron el dato o al ser tomado como tal.

El periodo de capacitación puede ser entre 1 a 3 días, dependiendo de la experiencia del personal enrolado, en esta capacitación se enseñará a ingresar la información a los formatos, se brindará explicación de los contenidos de los mismos y debe quedar claro el ¿por qué? de su importancia y como usarla o interpretarla.

Paso 8. Recolección de la información

Etapa en la que el personal está abocado a la recolección de información para el desarrollo del ASIS, tal como fueron entrenados en la etapa de enrolamiento y capacitación. Esta etapa debe ser supervisada, para tener data confiable o evitar el deterioro de la calidad de los datos por factores externos. Asimismo, se deberá extraer al azar fichas para ser confrontadas con la realidad, con esta actividad nos aseguramos que los equipos están recogiendo la información real.

Paso 9. Consistencia de los datos

La consistencia de los datos tiene el propósito de garantizar la calidad de la información recolectada, mediante la revisión sistemática de cada una de las respuestas tanto de manera individual como en su relación con otras.

Para efectuarla se toma como base pautas previamente definidas, las mismas que se clasifican como errores o como advertencias. Los errores reflejan relaciones incoherentes por definición y siempre deben ser corregidos. Las advertencias reflejan incoherencias aparentes en una relación y serán corregidas o aceptadas dependiendo del resultado de la evaluación realizada.

Las consistencias de los datos se dan en función a reglas definidas previamente. Es decir que el equipo del ASIS debe tener claro cuales son las reglas para la consistencia de los datos. Procurar un manual para tales consistencias y proceder a reconocer que elementos han quedado sin cubrir.

Paso 10. Procesamiento de datos

Es la técnica que consiste en la recolección de los datos primarios de entrada, que son evaluados y ordenados, para obtener información útil, que luego serán analizados por el usuario final, para que pueda tomar las decisiones o realizar las acciones que estime conveniente.

Bajo diversas técnicas y con el apoyo de programas se procesa la información, con la finalidad de hacer más fácil su lectura. El hecho que nos apoyemos en los programas trae como lógica consecuencia el aligeramiento del trabajo en relación al proceso manual, así como la reducción de errores.



Paso 11. Diagnóstico y análisis de los datos

En este paso vamos a conocer que es lo que está sucediendo en el área de estudio con respecto a los perfiles de salud y a los componentes.

El análisis es un proceso de recolección, modelamiento y transformación de datos con el objetivo de realizar una información útil, lo que sugiere conclusiones, y el apoyo a la toma de decisiones. El análisis de los datos tiene múltiples facetas y enfoques, que abarca diversas técnicas en virtud de una variedad de nombres.

La minería de datos es una técnica de análisis de los datos la que se centra en el modelado y el conocimiento para el descubrimiento de predicción, más que puramente descriptivos. En aplicaciones estadísticas, algunas personas dividen el análisis de los datos en la estadística descriptiva, análisis exploratorio de datos, y análisis de los datos de confirmación.

Para el análisis de los datos recolectados para el ASIS vamos a utilizar técnicas estadísticas, apoyados con gráficas y mapas que serán de mucha ayuda en este paso.

Paso 12. La priorización

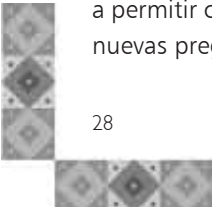
Las prioridades se basan en una asignación predeterminada de valor o importancia, a los diferentes tipos de eventos y personas. Dicho de otro modo, es el estado de tener más importancia o urgencia.

La priorización ocurre en diferentes ámbitos como en las decisiones gubernamentales, decisiones sectoriales, decisiones clínicas (triaje), decisiones domésticas, etc.

Los pasos del ASIS nos conducen la priorización de entornos geográficos, grupos poblacionales, problemas de salud, entre otros. Luego del diagnóstico y el análisis en este paso integraremos nuevamente a los actores sociales.

Paso 13. Socialización y difusión de la información a autoridades locales y población

El intercambio constante de información es un elemento clave en las actividades del ASIS porque nos va a permitir contar con insumos para mejorar su calidad; por ello, su socialización difusión traerán consigo nuevas preguntas que deberán ser resueltas en los futuros ASIS.



Para socializar y difundir los resultados del ASIS, estos deben ser incorporados en informes de fácil lectura con tablas, gráficos y mapas. La información será socializada es decir, todo el equipo de trabajo del ASIS y los actores locales interiorizarán las necesidades y prioridades para mejorar la salud poblacional, una vez socializada será difundida a través de la página web de los países o a través de rápida lectura.

Se debe formular una estrategia para la socialización y difusión del documento ASIS, esta actividad marca el compromiso de las autoridades de salud y de las autoridades locales para el trabajo conjunto (intervención basada en evidencias).

Paso 14. Elaboración del plan operativo para la etapa de seguimiento y evaluación del ASIS.

El Plan operativo es un documento oficial en el que los responsables del ASIS enumeran los objetivos y las directrices que deben marcar el corto plazo. Por ello, un plan operativo se establece generalmente con una duración efectiva de un año, lo que hace que también sea conocido como Plan Operativo Anual o POA.

Este Plan se lleva a cabo luego de haber culminado el documento ASIS de frontera y tras la socialización de la información; permitiendo al equipo de salud y los actores locales planificar las acciones conducentes a dar respuesta a los problemas encontrados por el ASIS.

El plan operativo del ASIS debe contener la información relacionada a la problemática, objetivos, líneas de acción y metas así como las distintas actividades y/o proyectos consignados en el presupuesto del año, acorde con el documento y la política institucional de los países.

Paso 15. Seguimiento y evaluación del ASIS

El monitoreo y evaluación (M&E) permite conocer los resultados de las intervenciones y la manera como se desarrollan para mantener o modificar las actividades que se han planteado en el POA, que impacto están teniendo en la población y los riesgos a la salud..

Es importante construir un grupo de indicadores para el seguimiento y evaluación del ASIS ya que permitirá comparar de manera real si luego de la intervención se ha logrado los objetivos planteados.

La etapa de seguimiento y evaluación del ASIS es un periodo dinámico en el que se debe de consolidar su proceso, el periodo para la preparación de un nuevo análisis será dos años después.



8.2 DESCRIPCIÓN DE LOS PERFILES DE SALUD POR COMPONENTES EN EL ÁREA FRONTERIZA

La metodología se lleva a cabo con la conformación de tres componentes y seis perfiles, cada uno de ellos integrado por un grupo de indicadores como se describe a continuación:

8.2.1 Componente: Social y demográfico

a. Perfil del entorno territorial

Lista de indicadores

- * País, departamento, estado, cantón, provincia, municipio, distrito. De acuerdo a la distribución geopolítica de cada país (NUTES 2, 3 y 4), véase el cuadro de equivalencias.
- * Extensión territorial (expresado en kilómetros cuadrados).
- * Límites geopolíticos.
- * Longitud y latitud de la capital de la NUTE 4. (Parámetros del SIG).
- * Tipo de transporte entre los centros poblados de desarrollo y comunidad dispersa más alejada.
- * Tiempo de llegada a la ciudad principal de la NUTE 4 (desde la comunidad más alejada de la NUTE 4).
- * Distancia en Kms. a la ciudad principal (desde la comunidad más alejada de la NUTE 4).
- * Tiempo de llegada de las instituciones de salud remitentes de la NUTE 4 al nivel superior de complejidad.
- * Distancia en Kms. desde las instituciones de salud remitentes de la NUTE 4 al nivel superior de complejidad.
- * Vías de comunicación (carreteras pavimentadas, en tierra, ríos) incluir mapas.
- * Lista de formas de acceso (aérea, terrestre, fluvial).
- * Medios de comunicación (teléfono, radio, Internet, chasquis, fax),
- * Clima (temperatura, humedad y precipitación).
- * Zonas de riesgo (deslizamiento, volcanes, avalanchas, inundaciones, huracanes, tormentas tropicales, sismos, contaminación del aire, agua y suelo) (incluir base de datos y mapas del grupo de prevención de desastres del área andina).
- * Calendario de festividades, siembra cosechas y de otras actividades de producción, otros hitos importantes Sitios sagrados.

b. Perfil demográfico

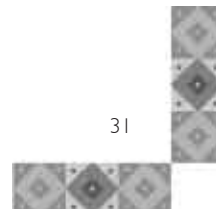
Lista de indicadores

- * Población total.
- * Tasa de crecimiento anual de la población.
- * Tasa general de fecundidad.
- * Tasa bruta de natalidad.
- * Tasa bruta de mortalidad.
- * Población específica por:
 - Sexo y grupos de edad (< 1 año, 1 a 4 años, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 y 80 a más) frecuencia absoluta.
- * Grupos vulnerables (gestantes).
- * Distribución por pueblos indígenas, gitanos, mestizos, afro descendientes y blancos, teniendo en cuenta las variables de distribución por sexo, edad y área urbana y/o rural.
- * Distribución porcentual de áreas urbana y rural (concentrado, disperso) (consultar definición).
- * Desplazamiento forzado, refugiados (número de personas y familias).
- * Discapacidad (clasificación).
- * Esperanza de vida al nacer por sexo (NUTE 2 Y 3).

c. Perfil socioeconómico

Lista de indicadores

- * Índice de NBI.
- * Población bajo la línea de pobreza y pobreza extrema.
- * Proporción de población en condición de hacinamiento.
- * Tasa de desempleo.
- * Tasa de analfabetismo en población mayor de 15 años por sexo.
- * Primaria incompleta por sexo.
- * Deserción escolar por sexo.
- * Cobertura neta con educación primaria (consultar indicadores internacionales).



- * Cobertura neta con educación secundaria (consultar indicadores internacionales).
- * Promedio de años de escolaridad en mayores de 15 años por sexo y grupo étnico.
- * Proporción de población por grupos de actividad económica predominante (definición OIT).

8.2.2 Componente: Salud Enfermedad

a. Perfil de mortalidad

Lista de indicadores

- * Tasa de mortalidad infantil por sexo.
- * Tasa de mortalidad neonatal por sexo.
- * Tasa de mortalidad en menores de cinco años por sexo.
- * Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años por sexo.
- * Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años por sexo.
- * Número y razón de mortalidad materna reportada.
- * Causas de mortalidad general CIE-X .
- * Tasas de Mortalidad general y distribución proporcional por grandes grupos de causas (lista 6/67 de OPS) (transmisibles, neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio, peri-natales, causas externas, todas las demás causas y signos, síntomas y afecciones mal definidas).
- * Número de muertes por malaria, dengue hemorrágico, tuberculosis, VIH/SIDA (ODM).

b. Perfil de morbilidad

Lista de indicadores

- * Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer inferior a 2500 gramos.
- * Proporción de niños menores de cinco años con desnutrición (aguda, global y crónica, se debe consultar en cada país la fuente del dato y la clasificación) por sexo.
- * Primeras causas de consulta externa por CIE-X (lista ampliada) por sexo.
- * Primeras causas por egreso hospitalario por CIE-X (lista ampliada) por sexo.
- * Primeras causas de consulta de urgencias por CIE-X (lista ampliada) por sexo.

- * Enfermedades de notificación obligatoria más frecuentes de interés binacional (Malaria, *VIH/SIDA, tuberculosis, dengue y los eventos tipificados en el reglamento sanitario internacional como de interés en salud pública).
- * Causas de atención hecha por médicos tradicionales.
- * Primeras causas de morbilidad sentida por la comunidad.

8.2.3 Componente: Sistema de salud o respuesta social organizada

a. Perfil de recursos, servicios y cobertura en salud

Lista de indicadores

- * Asignación presupuestal en salud (NUTES 2 y 3) especificar por fuentes de financiación (Conocer en cada país como se hace la distribución).
- * Cobertura de inmunizaciones por inmunobiológico en niños menores de 1 año, y de 1 a 4 años según estándares internacionales.
- * Cobertura de inmunización con antiamarílica en población general.
- * Cobertura de inmunización con T.D. en mujeres en edad reproductiva.
- * Cobertura de inmunización con T.D. en mujeres en gestación.
- * Cobertura de atención prenatal (según estándar de cada país).
- * Coberturas de atención de parto no institucional por personal capacitado o calificado.
- * Cobertura de parto institucional.
- * Coberturas de atención en los programas de prevención de enfermedades (detección oportuna de cáncer de cérvix, prueba de ELISA en mujeres en gestación, cobertura con tratamiento antiretroviral para pacientes con VIH).
- * Egresos hospitalarios por 1.000 habitantes.
- * Consultas ambulatorias por habitante/año.
- * Número de madres comunitarias y similares.
- * Camas hospitalarias por 1.000 habitantes.
- * Porcentaje de ocupación de camas.
- * Instituciones o servicios de salud según nivel de atención.
- * Centros de medicina tradicional (donde aplique).
- * Hospitales culturalmente adaptados (donde aplique).
- * Número de chinchorros o hamacas hospitalarios por institución (donde aplique).

- * Identificación de redes de prestadores de servicios de salud:
- * Servicios de atención de urgencias.
- * Laboratorios.
- * Bancos de sangre.
- * Sistema de referencia y contrarreferencia.

8.3 FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES

Los seis perfiles y sus indicadores propuestos contemplan dos fichas técnicas: Para el indicador genérico (proporción, incidencia, prevalencia) e indicador detallado.

Indicadores del perfil del entorno territorial.

Indicadores del perfil demográfico.

Indicadores del perfil socioeconómico.

Indicadores del perfil de mortalidad.

Indicadores del perfil de morbilidad.

Indicadores del perfil de recursos, servicios y cobertura en salud.

Cada ficha técnica describe el nombre del indicador, su unidad de medida, objetivo, descripción, detalle del indicador (nombre de la variable, nivel de detalle, unidad, frecuencia, fuente y observaciones), la ecuación del cálculo, metas y resultados, e información para el control y seguimiento por país y NUTE (entidad, dependencia, cargo responsable, teléfono y fecha).

Al interior de los espacios geográficos o corredores existen diferencias que esta primera aproximación para la elaboración del ASIS de frontera no quiere dejar de lado; un tema por demás importante son los relacionados a las comunidades indígenas; por ello, es necesario incorporar dentro del paquete indicadores de sus perfiles y características inherentes.

- * Las fichas técnicas y la explicación para el llenado han sido elaboradas en el programa Excel, se encuentran en formato digital, las puede visualizar impresas en este documento técnico en ANEXOS o consultar en el CD adjunto.

8.4 COMITES DE TRABAJO

Los comités técnicos binacionales están conformados por funcionarios designados por los países en los ejes fronterizos que tendrán como función la de coordinar, planificar, ejecutar y evaluar los ASIS. Este comité puede estar conformado por profesionales de las disciplinas de: Biología, ciencias básicas médicas, ciencias sociales, economía, geografía, administración, demografía, bioestadística, ética, epidemiología, etc.

Estos comités contarán al interior de cada país con los equipos locales de salud y organizaciones comunitarias y otros sectores. Para cumplir con los objetivos propuestos se conformará un acta de conformación del comité de trabajo para el ASIS de frontera, quedando claro las actividades de cada integrante y el cambio, retiro o ingreso deberá ser comunicado para la actualización del acta.

Los comités de trabajo serán apoyados por los niveles centrales y también por los expertos de los diversos países que integran el Organismo Andino de Salud, contando con su asesoría técnica y de otras instituciones cooperantes en salud pública.

8.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la consolidación de la información necesaria en cada país se consultaran fuentes secundarias relacionadas con las consignadas en las fichas técnicas de cada indicador.

Las fuentes de información pueden ser:

De acuerdo al origen:

- a. Fuentes personales: Ofrecen información sobre personas o grupos que se relacionan profesionalmente. Por lo general la transmisión de la información es oral.
- b. Fuentes institucionales: Proporcionan información sobre una institución, entendida esta como una institución que realiza funciones o actividades de interés público.
- c. Fuentes documentales: Proporcionan información a partir o sobre un documento. El documento es el soporte que contiene la información y el que la transmite.



De acuerdo al nivel informativo:

- a. Fuentes primarias: Aquellas que contienen información nueva u original, en este grupo encontramos a los libros, las revistas entre otros.
- b. Fuentes secundarias: Aquellas que contienen material conocido y organizado según esquemas determinados, informan sobre temas de interés.

8.5.1 Fuentes de Información por Componentes

COMPONENTES		
Factores condicionantes	Morbilidad - Mortalidad	Respuesta Social Organizada
Censos de Población	Sector Salud	Sector Salud
Instituciones de Salud	Sistemas de Vigilancia	Investigaciones Especiales
Censos Locales	Sistemas de Seguro Social	Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis
Servicios de Hidrología y Meteorología	Sistemas de Defunciones	Otros
Estudios Especiales	Sistemas de Accidentes de Tránsito	
Otros Sectores diferentes a Salud	Investigaciones Especiales	
Investigaciones Especiales	Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis	
Revisiones Sistemáticas y metaanálisis	Otros	

8.6 UNIDADES POBLACIONALES

Las unidades poblacionales de análisis deberán ser cada una de las áreas fronterizas, clasificados por corredores fronterizos o NUTES 2, 3 y 4. Otra consideración importante para determinar cuál será la unidad de análisis poblacional deberá ser el nivel donde este ubicado el equipo de salud (comités de trabajo) para el manejo y análisis de la información en salud.

A continuación se presenta la clasificación de los NUTES fronterizos de los países de la Región Andina.

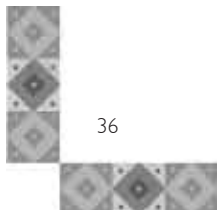


Tabla 1. Nomenclatura de Unidades Territoriales - NUTES

UTE POR PAIS						
Nivel de UTE (NUTE)	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela	Chile
0	País	País	País	País	País	País
1	Regiones	Regiones	Regiones	Regiones	Regiones	...
2	Departamentos	Departamentos	Provincias	Departamentos	Estados	Regiones
3	Provincias	Agrupaciones de Municipios	Cantones	Provincias	Municipios	Provincias
4	Municipios	Municipios	Parroquias	Distritos	Parroquias	Comunas (Municipios)

... No existe este tipo de denominación para Chile.

Existe en común acuerdo entre los países andinos el uso de la denominación de Unidades Territoriales Estadísticas para identificar las diferentes divisiones político administrativo, geográfico a las que se les ha nombrado como NUTE 2 (Nomenclatura de la Unidad Territorial Estadística), que representa el mayor nivel de complejidad de cada país.

La distribución de las NUTE 2 por ámbito de frontera son:

1. Bolivia: Pando, La Paz, Oruro y Potosí, sumando un total de 04.
2. Chile: Arica-Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, con un total de 03.
3. Colombia: La Guajira, Cesar, Norte de Santander, Boyaca, Arauca, Vichada, Guainia, Amazonas, Putumayo, Nariño, con un total de 10.
4. Ecuador: Carchi, Esmeraldas, Sucumbios, Napo, Pastaza, Morona Santiago, Zamora Chinchipe, Loja y El Oro, con un total de 09.
5. Perú: Tumbes, Piura, Cajamarca, Amazonas, Loreto, Madre de Dios, Puno y Tacna, con un total de 08.
6. Venezuela: Zulia, Táchira, Apure y Amazonas, con un total de 04.

Total de NUTE 2: 38 para los 6 Países Andinos.

Mapa 1: Nomenclatura de Unidades Territoriales - NUTES
ORAS-CONHU 2008



Tabla 2. Unidades poblacionales según NUTE2 por países (corredores fronterizos o Zonas de Integración Fronteriza ZIF).

CORREDOR	PERÚ	ECUADOR
PE1	Tumbes	El Oro
PE2	Piura	Loja
PE3	Cajamarca	Zamora - Chinchipe
PE4	Amazonas	Morona - Santiago
PE5	Loreto	Pastaza
		Napo
		Sucumbios
CORREDOR	ECUADOR	COLOMBIA
EC1	Esmeraldas	Nariño
	Carchi	
EC2	Sucumbios	Putumayo
CORREDOR	COLOMBIA	PERÚ
CP1	Amazonas	Loreto
	Putumayo	
CORREDOR	PERÚ	CHILE
PH1	Tacna	Arica - Parinacota
CORREDOR	CHILE	BOLIVIA
HB1	Tarapacá	La Paz
		Oruro
HB2	Antofagasta	Potosí
CORREDOR	BOLIVIA	PERÚ
BP1	La Paz	Puno
BP2	Pando	Madre de Dios
CORREDOR	COLOMBIA	VENEZUELA
CV1	La Guajira	Zulia
	Cesar	
CV2	Norte de Santander	Táchira
CV3	Boyacá	Apure
	Arauca	
CV4	Cichada	Amazonas
	Guainia	



9. DIAGNÓSTICO Y ANALISIS DE LOS DATOS

Etimológicamente, diagnóstico significa conocer a través de. El concepto de este significado (imagen que representamos en la mente) es la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo; es el análisis de la naturaleza de algo.

El proceso de análisis de los datos, constituye la parte más exigente del ASIS, requiere data veraz, oportuna, íntegra y consistente, en pocas palabras podemos decir que “el insumo primario del ASIS son los DATOS”. El análisis de los datos es un proceso que se basa en métodos cuali-cuantitativos y herramientas tecnológicas.

Para esta etapa que constituye el décimo primer paso en la elaboración del ASIS, para el manejo de datos, proponemos el uso del Excel por ser un programa de uso masivo, el EPIDAT por ser un programa de libre acceso que ha sido desarrollado por la Junta de Galicia en colaboración con el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS). Para el análisis espacial proponemos el uso de los Sistemas de Información Geográfica con paquetes como el SIGEPI, EpiMap y el GEODA entre otros.

Antes de analizar los datos se debe realizar pasos previos como es el ingreso de datos, que se rige por reglas para una buena calidad de la información. Se procura tener datos confiables para lograr información confiable.

9.1 INGRESO DE LOS DATOS

Una vez finalizada la fase de recopilación de datos, se procederá al ingreso de la información en los formatos Excel, recordemos que toda la data debe ser codificada lógicamente y siguiendo los patrones conocidos en cada frontera; para ello, se debe consolidar la información de los NUTES 3 ó 4 por componentes y en corredores fronterizos (ver tabla de los corredores fronterizos).

Con el objeto de depurar la base de datos y detectar posibles errores, un encargado del equipo ASIS revisará la data ingresada, mediante las técnicas de análisis de frecuencias y probabilidades.

Criterios para el ingreso de la data:

- La data debe pertenecer al mismo nivel de NUTE para los espacios fronterizos de cada país.
- La data debe pertenecer al mismo año para la bi o tri frontera, correspondiendo al último año disponible.

El personal asignado a esta actividad debe saber que el ASIS requiere del ingreso de datos sin errores, pero además debe cumplir con la lógica de codificación planteada por la CAN.

9.2 PROCESO DE ANALISIS

Para analizar la información en el ámbito de frontera se hace necesario tener en cuenta las áreas geográficas comunes entre los países, los que han sido coordinados desde las NUTE 2 acordado en la reunión extraordinaria del Plan de Salud Andino de Fronteras (PASAFRO). Es decir que cada País debe de iniciar el análisis en su ámbito y posteriormente con los resultados obtenidos se realizará un intercambio de hallazgos para disponer de un diagnostico final integrado.

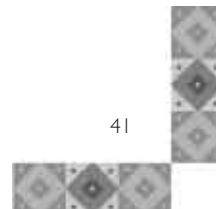
Si bien esta guía nos indica los pasos que debemos hacer en cada punto de desarrollo del ASIS, no restringe a nuevas propuestas; pero ellas deberán ser documentadas y adjuntadas al documento del ASIS como anexos.

El análisis se realizará por componentes y cada componente está dividido en perfiles; este modo de trabajo ayuda a tener resultados previos de cada perfil y/o componente.

9.2.1 Analisis del Componente Social y Demográfico

Para el perfil del entorno territorial:

Se debe caracterizar geográficamente las NUTE objetos del ASIS. Para ello se debe realizar una descripción detallada de los indicadores; soportados a tablas, gráficos, sin embargo, los mapas elementos que nos van a brindar un mejor panorama en este componente, por lo cual se recomienda documentar este perfil con mapas obtenidos de los Sistemas de Información Geográfica para las áreas de fronteras, con los software recomendados o con los que se tenga acceso en la región de trabajo.



Uno de los mapas clave de este perfil es el mapa del área de frontera con sus respectivas NUTE (3 y 4), ríos, caminos, toponimia, entre otros.

Para el perfil demográfico:

Se debe hacer una descripción de la población por grupos de edad y sexo, construyendo pirámides poblacionales, tomando la información del último censo poblacional y del año a que corresponde el ASIS, por cada corredor fronterizo.

Se deben generar tablas comparativas y consolidadas del corredor correspondiente a las tasas de crecimiento anual de la población, fecundidad, natalidad y mortalidad.

Se debe hacer una descripción de los grupos étnicos teniendo en cuenta las variables de distribución por sexo, edad y área urbana y rural y de los sitios sagrados, a través de mapas temáticos se debe colocar los elementos georreferenciados.

La distribución de la población por área urbana y rural se debe resumir a través de gráficas que indiquen su distribución porcentual.

Para la discapacidad se debe calcular la prevalencia y distribución porcentual para tipos de discapacidades.

Se debe realizar una caracterización de población desplazada y refugiada por las variables de sexo, edad lugar de procedencia y sitio de recepción.

Para el cálculo de la esperanza de vida al nacer, se debe identificar las áreas más vulnerables de acuerdo a cada uno de los indicadores.

Para el perfil Socioeconómico:

Este componente está basado en reconocer el área geográfica más pobre basado en la lista de indicadores, es así que todos ellos serán colocados en una tabla y de un ranking se elegirán las diez áreas más pobres del entorno analizado.

9.2.2 Análisis del Componente Salud Enfermedad

Para el perfil de Morbilidad:

Se deben identificar la frecuencia de las principales causas de morbilidad. Puede existir una tabla con las diez primeras causas o utilizar el diagrama de Pareto, para presentar las enfermedades de notificación obligatoria, también se pueden calcular tasas.

Para el perfil de Mortalidad:

Se debe usar las defunciones registradas por grupos de edad para el cálculo de la media, mediana, desviación estándar presentada en gráficas (diagrama de cajas por sexo, grupos de edad).

También podemos calcular percentiles y graficarlos en mapas.

Utilizar diagramas de Pareto al igual que en el perfil de mortalidad.

Al final se debe comparar quienes están por encima de la media entre los municipios.

9.2.3 Análisis del Componente Respuesta Organizada a La Sociedad

Para el perfil de recursos, servicios y cobertura en salud:

Tablas de coberturas de vacunación por corredor o eje binacional y país.

Para el recurso humano se comparará con el NUTE del mejor índice nacional.

Mapa temático de la infraestructura de servicios de salud.

9.3 RESULTADO DE LOS ANALISIS

Los análisis son el resultado de los datos transformados a información, en ella encontraremos que del grupo de datos de gran cantidad solo unos cuantos son los que realmente nos van a ayudar a realizar la priorización, también nos va a brindar un panorama de los problemas de salud del área que estamos trabajando.



Los resultados de los análisis se dan según como se haya generado el ranking, estas muestran que las unidades de análisis con valores más bajos son aquellas que tienen peores situaciones, correspondiéndole la calificación (BAJA), las siguientes serán de calificación MEDIA, y las últimas calificaciones ALTA son las que se encuentran en mejor situación.

Una situación que pueda resultar compleja para el entendimiento del lector que no está habituado a las divisiones por NUTE o por frontera, es el entendimiento de que NUTES 4 están al lado de las fronteras; con el fin de evitar esta confusión, se debe adicionar en los anexos el listado de NUTE 4 y NUTE 3 según corresponda) que abarcan las NUTES 2.

10. LA PRIORIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE FRONTERA

Priorizar es el acto de seleccionar y ordenar objetos.

En la planificación en salud, la priorización es posterior a la determinación de necesidades (diagnóstico-análisis), es parte de la formulación de planes y antecede a las intervenciones.

La priorización se puede referir a:

- Grupos de población: La población marginal, los grupos de alto riesgo, los más enfermos;
- Regiones de un país: las más aisladas, con menos recursos propios;
- Problemas de salud: los más frecuentes o graves;
- Intervenciones: las más efectivas, las menos costosas, las más inocuas.

Existen muchos métodos de priorizar, aquí mencionamos algunos:

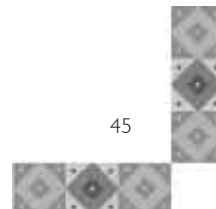
- **Método de Hanlon:** Los criterios que usa son amplitud del problema (A), severidad del problema (B), eficacia de la solución (C), factibilidad de la intervención (D). El puntaje está dado por la fórmula $(A+B)C \times D$.

- **En el método OPS-CENDES** los criterios de priorización son magnitud del problema, trascendencia, vulnerabilidad, relación costo efecto y tendencia.
- El método usado en el **estudio de prioridades realizado en los Países Bajos** en 1990, considera como criterios de priorización: dimensión del problema (previa, actual y futura), evitabilidad teórica o eficiencia, evitabilidad práctica o efectividad, costos directos e indirectos, acontecimientos obstruyentes, eficiencia; cada criterio se califica en una escala ordinal y luego se establece una jerarquización del conjunto de problemas / intervenciones estudiados.
- **Índice Q:** considera en su cálculo, para cada enfermedad, la tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo, respecto de la tasa de mortalidad estandarizada por edad y sexo para una población de referencia; la tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes; los años de vida perdidos por muerte prematura; los días de hospitalización y el número de consultas externas, por cada 100.000 habitantes. Este índice tiene las ventajas de utilizar información generalmente disponible en las estadísticas tradicionales y la de agregar mortalidad y morbilidad en una unidad de medida común.
- **AVISA:** considera un componente cuantitativo -los AVISA- y un componente cualitativo derivado de la opinión de la población.

En la mayoría de los métodos descritos se puede reconocer un componente subjetivo importante, lo cual no invalida sus resultados.

Con el objeto de lograr una mejor aprehensión de los problemas de salud y sus soluciones, es necesario además de establecer la importancia de los problemas, identificar los precursores o condicionantes y las consecuencias de los mismos.

El resultado de la aplicación de cualquiera de las metodologías propuestas, debe considerarse como uno de los tantos elementos a tomar en cuenta en la toma de decisiones, ya que debe complementarse con aspectos más globales de tipo político, ético y cultural, entre otros.



Etapas generales para la priorización:

- Definición de un **listado de problemas** a priorizar (emana del diagnóstico de situación de salud).
- Pre-selección y/o agrupación de problemas (si son muchos).
- Definición de **criterios de priorización** tales como “importancia” del problema, capacidad de las intervenciones para solucionarlos y factibilidad de las intervenciones.
- Comparación de problemas mediante un **método de ordenamiento** (ej. método OPS CENDES, AVISA u otro).
- Se obtiene listado preliminar de problemas priorizados según criterios.
- Análisis de la importancia del problema, de sus determinantes y de la capacidad de respuesta (intervenciones).
- Incorporación de **otras miradas**.
- Determinación de **prioridades de acción y/o de investigación**.

Una etapa previa a la determinación de prioridades es el estudio de alternativas de intervención, que tiene que ver con la eficacia de las intervenciones y con la factibilidad de operacionalizarlas en un determinado contexto. Si no existen claras alternativas de solución que conduzcan a la acción, cabe la alternativa de establecer prioridades de investigación.

La **priorización** del ámbito de frontera tiene como objetivo la identificación de áreas de intervención en la zona fronteriza, los grupos de población a los que nos debemos enfocar y los problemas de salud comunes; empleando técnicas de análisis cuanti y cualitativo e identificando cuales son las intervenciones más costo-efectivas de los Países Andinos según los indicadores seleccionados.

10.1 METODOLOGIA PARA LA PRIORIZACION DE LAS AREAS DE FRONTERA

La presente guía propone la priorización en dos etapas, la primera basada en la información del sector salud y otros sectores y la segunda participativa para lo cual se sustentará en tres fuentes de información:

- Información proveniente del sector salud.
- Información proveniente de otros sectores.
- Información derivada de la percepción que tiene la población sobre la problemática de salud que experimentan en el lugar donde residen.

Las dos primeras fuentes de información son de abordaje clásico y base de la construcción de los diferentes documentos de análisis de situación de salud en la mayoría de los países, de gran fortaleza dentro de los sistemas de salud y otros sistemas de información estadística, a pesar de las serias deficiencias que se presentan cuanto menor es el ámbito geográfico que circunscribe el análisis de situación de salud.

La tercera fuente, está basada en la percepción misma de la población y las autoridades locales sobre la problemática de salud que afecta a su ámbito jurisdiccional, muestra una nueva forma de abordaje de las prioridades en salud, lo cual permite establecer consensos entre los actores, y confrontar percepciones, prioridades y evidencias.

Para tal efecto, la propuesta de priorización sanitaria se desarrolla en dos etapas secuenciales:

Primera Etapa: Priorización proveniente de la información del sector salud y de otros sectores, implica una jerarquización de los problemas y determinantes de la salud identificados como relevantes según procedimientos descriptivos y analíticos, sobre la base de data empírica cuantitativa.

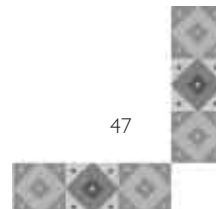
Segunda Etapa: Priorización conjunta o de la participación ciudadana, es eminentemente cualitativa y está destinada a incorporar las percepciones de los actores políticos y sociales de la región para ampliar el espectro de análisis de los problemas de salud de la región y hacerlo vinculante con la toma de decisiones.

A. PRIMERA ETAPA: Priorización proveniente de la información del sector salud y de otros sectores

Esquema clásico de priorización en base a la información que brindan los sistemas regulares de información en salud y otros sistemas de información con la metodología establecida en la presente guía.

Para lo cual se deberá seguir la siguiente orientación:

- Seleccionar indicadores por perfil o una combinación de indicadores de varios perfiles en un número de 5 a 12, entre demográficos, sociales, y de salud que permitan jerarquizar las condiciones de salud por NUTE 2, 3 y 4.
- Construir una tabla en Excel con los indicadores escogidos de cada perfil proveniente del análisis del ASIS.



- Los indicadores deberán pertenecer a un mismo año y podrán ser expresados en tasas, porcentajes, o proporciones.
- Los Indicadores deben ordenarse de manera ascendente o descendente guardando correspondencia con el resto de los Indicadores.
- Enumerar cada uno de los indicadores en orden correlativo.
- Construir una tabla de posición de acuerdo con el lugar que ocupa cada indicador por unidad de análisis (Nute 2 ó 3).
- Una vez construida la tabla de posición, resultante del lugar que ocupa cada indicador de acuerdo a su valor en cada unidad de análisis (Nute 2 ó 3), se procede a hacer la sumatoria de las posiciones que ocuparon los indicadores seleccionados de cada unidad de análisis (Nute 2 ó 3).
- Promediar la posición de cada unidad de análisis (Nute 2 ó 3).
Para elaborar los promedios, deberá hacer la sumatoria de las posiciones ocupadas por cada indicador seleccionado en la tabla, el resultado de la suma deberá dividirse entre el número de indicadores seleccionados.

Fórmula empleada: $PM = X + (X+1) / N(x)$

PM = promedio

X = valor de la posición ocupada por el primer indicador de una unidad de análisis

X+1 = valor de la posición ocupada por el segundo indicador, hasta completar el último valor del indicador de la Tabla (X+N)

N(x) = número de datos

- Ordenar el valor de los promedios en forma ascendente, luego ordenar el valor de los promedios por unidad de análisis de mayor a menor.

Formula del valor medio: $Vm = Vmax - Vmin / 3$

Vm = Valor Medio

Vmax = Valor máximo

Vmin = Valor Mínimo

El resultado del Valor Medio será una constante, de esta manera podrá organizar a las unidades de análisis (municipios, provincias) en tres grupos más o menos homogéneos.

- Ordenados los promedios de mayor a menor: Al valor más alto se le resta la constante (V_m), el resultado nos dirá, que hasta ese valor llega el primer grupo, al valor que le sigue al primer rango, se le resta la constante, el resultado nos dirá, que hasta ese valor llega el segundo grupo, y el tercer grupo es el resto.

Una vez organizada la data, vamos a sintetizarla en un índice que tome en consideración los diferentes aspectos de la necesidad en salud con la finalidad de priorizar las áreas. Este índice nos va a proporcionar un valor para cada NUTE 4 ó 3 (según sea el caso), el cual va a permitir comparar las áreas geográficas entre sí. El índice planteado para esta etapa es el **Índice de Necesidades en Salud** del EPIDAT¹¹.

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:

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.

- Que sea válido, en el sentido de que mida lo que se pretende.
- Que tenga suficiente sensibilidad para que pueda distinguir entre elementos.
- 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), que es uno de los métodos más empleados en la medición y caracterización de individuos con respecto a sus poblaciones.

¹¹ Extraída de la ayuda del EPIDAT.

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:

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

Donde X_i es el valor observado, \bar{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.

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:

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

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

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.

Los Indicadores de los perfiles a ingresar están disponibles en los anexos de esta guía distribuidos en:

1. Perfil Demográfico.
2. Perfil Socio-Económico.
3. Perfil de Mortalidad.
4. Perfil de Morbilidad.
5. Perfil de Servicios y Cobertura.

B. SEGUNDA ETAPA: Priorización conjunta o de la participación ciudadana

De la primera etapa hemos obtenido:

El diagnóstico de los problemas que afectan al ámbito de la frontera, un análisis de estos problemas y el listado de las localidades a priorizar.

Con estos insumos procedemos a la priorización conjunta o de la participación ciudadana.

Paso 1: Organización de los Datos

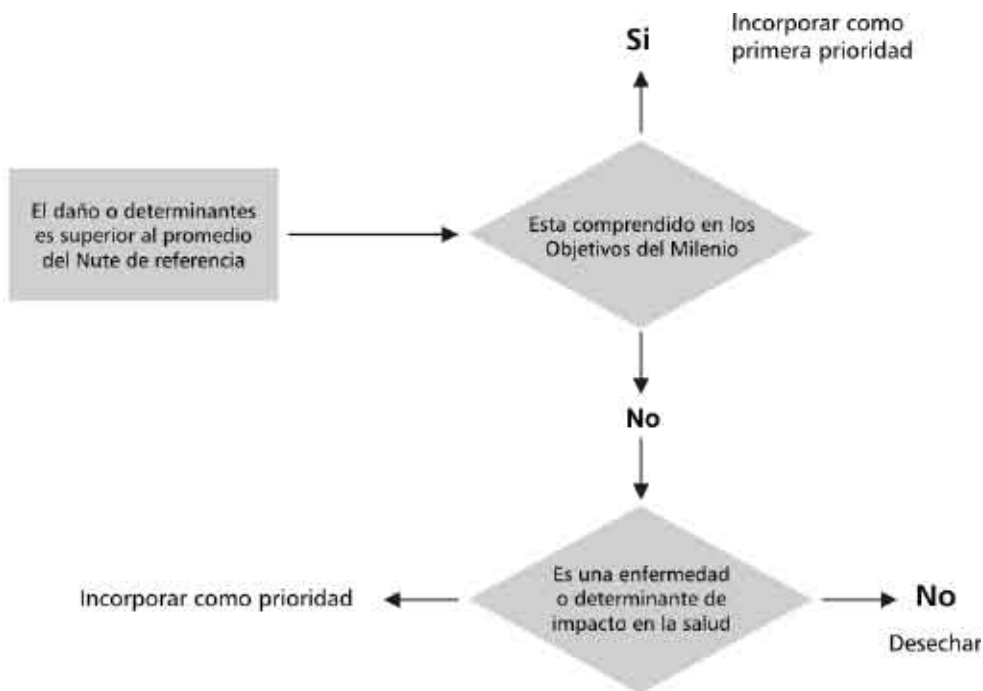
Para lo cual en base a la siguiente matriz se consignara la información correspondiente a:

ATRIBUTOS	DAÑOS / DETERMINANTES
1. Problemas o determinantes en los que el ámbito (Nute 4) está por encima del promedio de Nute 2 ó 3.	
2. Problemas o determinantes que afectan en una proporción importante en el ámbito de Nute 4.	
3. Problemas o daños de importancia sanitaria específicos que se concentran en los territorios vulnerables binacionales (Nute 4).	
4. Nutes 4 catalogados como muy vulnerables.	Candidatos a intervenciones territoriales integrales.

Paso 2: Identificación inicial de problemas y NUTES priorizadas según criterios sanitarios.

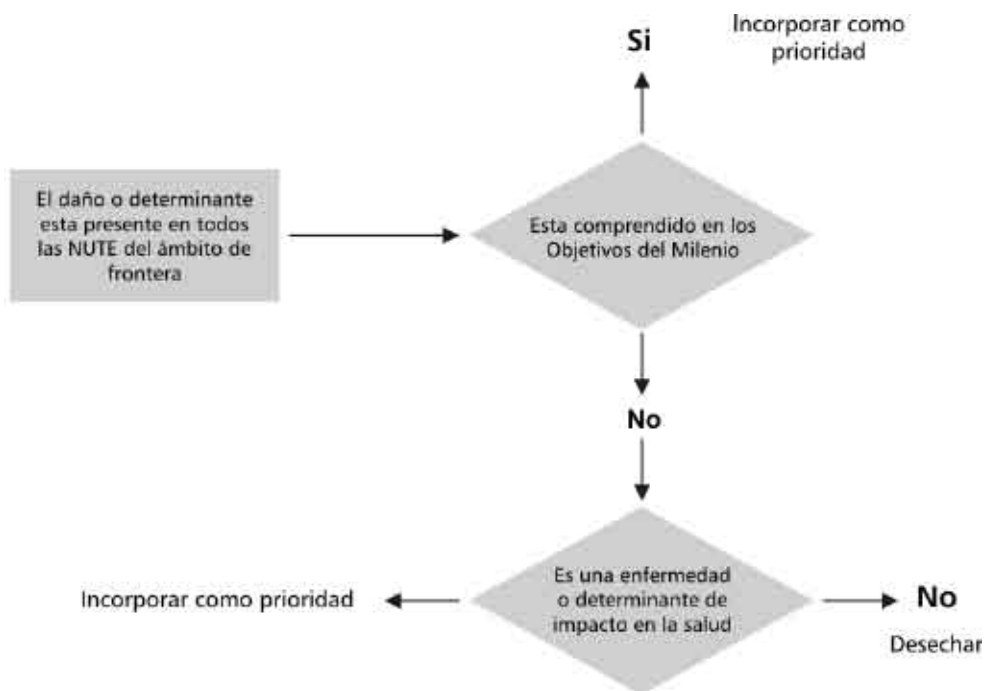
Se desarrollará en base a los criterios de jerarquización inicial de los daños para lo cual se usará el siguiente esquema:

a. Ruta para los daños que están por encima del promedio del NUTE de Referencia (NUTE 3 ó 4)



Es necesario tener en consideración para efectos del algoritmo, que se considera como impacto en la salud, a una disminución importante de las capacidades de la población del NUTE involucrado o que genera una pérdida importante en años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y tiene alta prevalencia de morbilidad, o existe consenso en el NUTE superior de que es un daño o determinante de gran perjuicio para la población, o que se concentra en exceso en determinados territorios (inequidades).

b. Ruta para los daños o determinantes presentes en todos las NUTE del ámbito de Frontera



c. Problemas o daños de importancia sanitaria específicos que se concentran en los territorios vulnerables binacionales (NUTE 4).

En los NUTES 4 de fronteras clasificados como vulnerables y de intervención, identificar los problemas o determinantes de la salud de los territorios dentro de las NUTES que son susceptibles de ser reducidos significativamente por intervenciones sanitarias reconocidas como costo-efectivas, según la evidencia consignada en la literatura. El criterio de fondo que se expresa en este indicador, es la identificación de daños o determinantes, cuya intervención en los territorios más vulnerables, generará un gran impacto sanitario. Los daños identificados en estos territorios, que cumplan con este criterio, se incorporarán al listado de prioridades.

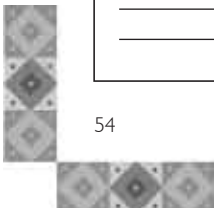
En este paso es necesario que el equipo que facilita este proceso tenga claro las evidencias de la literatura a fin de facilitar los procesos de intervención.

d. NUTE 4 catalogadas como altamente vulnerables en términos sanitarios.

El listado de las NUTE 4 catalogadas en esta categoría será agregado en forma directa a la lista para la consulta con los actores sociales de los ámbitos binacionales.

Como consecuencia de la aplicación de las 3 rutas (A, B, C) para los datos organizados en la matriz se tendrá una primera lista de probables prioridades sanitarias que, deberá ser enriquecida y ajustada en el marco de un espacio de participación ciudadana, las autoridades de salud y los tomadores de decisiones. La tabla de prioridades inicial tendrá el siguiente formato:

Matriz inicial de problemas para la priorización	
A. Problemas o determinantes en los que las NUTE 4 está por encima del promedio NUTE 2 o NUTE 3.	<hr/> <hr/> <hr/>
B. Problemas o determinantes que afectan en una proporción importante a todas las NUTES del ámbito de frontera.	<hr/> <hr/> <hr/>
C. Problemas o daños de importancia sanitaria específicos que se concentran en los territorios vulnerables binacionales (NUTES 4).	<hr/> <hr/> <hr/>
D. NUTES 4 catalogados con alta vulnerabilidad sanitaria.	<hr/> <hr/> <hr/>



Paso 3: Análisis de los determinantes o daños priorizados mediante un proceso participativo

En este paso es necesario tener en claro la definición de lo que es un actor social tal como:

Sujetos individuales o colectivos que desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los hacen estratégicos en procesos de construcción colectiva.

Estos actores, deben ser parte del ASIS, puesto que de un modo u otro tienen la capacidad de influir en los determinantes de salud y actuando en forma conjunta son responsables del estado de salud de un territorio determinado.

Un punto importante es también el establecimiento de los actores sociales en igualdad y equidad de circunstancias para los ámbitos binacionales, a fin de evitar que las discrepancias de opinión no puedan ser resueltas o se vuelva un ejercicio unilateral con incomodidad de uno de los grupos; lo que crearía vacíos que serían muy difíciles de resolver al momento de realizar las intervenciones en salud, justamente por el grupo menos favorecido.

Para desplegar la participación de los diversos actores sociales se procederá de la siguiente manera:

De las NUTE 4 establecidas para el desarrollo del Análisis de Situación de Salud de los ámbitos de frontera binacional se identificarán y se convocará a un grupo de actores sociales, representativos de los órganos de gobierno de la NUTE 4 ó 3 según corresponda, además de organizaciones sociales y sociedad civil de las NUTE involucradas. El número de participantes en los grupos de trabajo oscilará entre 10 a 12, y el número de grupos dependerá de las características y la amplitud de la convocatoria.

La dinámica será la siguiente:

a. Presentación de la actividad.

Sería importante que las autoridades de las NUTE 2 ó 3 y los representantes de salud de los ámbitos binacionales presentaran el taller, describiendo los objetivos y las reglas de la dinámica de trabajo. Los epidemiólogos de ambos ámbitos binacionales en su rol de facilitadores del proceso presentarán la lista de



determinantes y daños priorizados hasta ese momento, con una breve explicación de cómo se llegó a esa priorización.

La dinámica operacional:

Es necesario que los facilitadores conozcan y hayan interiorizado la dinámica operacional, tengan el manejo de la misma y logren la participación de todos los actores.

Se debe pedir previamente la opinión a los posibles participantes sobre el local de reunión más aceptable y conveniente, dado que en una comunidad se puede encontrar una variedad de lugares para este tipo de actividades, tales como escuelas, casas de vecinos, locales de organizaciones y entidades, centros recreativos y culturales entre otros.

Seleccionado el local, se deben situar sillas o bancos colocados en círculos o en forma de u, de tal manera que ello favorezca la comunicación en la reunión. Frente a los participantes, se debe situar una hoja de papel grande o una pizarra, con el fin de anotar los problemas identificados por los asistentes. La técnica afectivo-participativa que se emplea en este caso es la “tormenta o lluvia de ideas” que es un forma de trabajo en grupo, generalmente poco numeroso, en la que los participantes deben proporcionar ideas en forma rápida y sin discusión sobre un tema dado. Esta técnica permite que todos los participantes expresen por lo menos una idea con respecto al tema. Permite superar discusiones interminables y el monopolio de la discusión por parte de unos pocos. Estimula la participación de todos.

Mediante esta técnica, los participantes van identificando problemas de salud que los afectan.

b. Ejercicio de priorización complementaria según percepciones de actores sociales

Se solicitará a los participantes que identifiquen daños o determinantes que constituyan problemas de salud importantes para la región y que no estén en la lista inicial. Los criterios para incluir un daño son los siguientes:

- Afectan a muchos en la región.
- Produce mucha afectación física o discapacidad.

- La presencia del daño o el determinante, no es considerado como aceptable por amplios segmentos de la población.
- Genera serios problemas en territorios específicos.
- Problemas de los servicios de salud que afecten a una parte importante de la población.

Luego de un tiempo no mayor a 30 minutos, el monitor, deberá ordenar las tarjetas en la pizarra, eliminando los problemas o determinantes repetidos o equivalentes.

Construida la lista de daños o determinantes, se procederá a la selección de un total de 5 a 10 prioridades a partir de una votación general. Para lo cual, cada uno de los asistentes recibirá la mitad de votos en relación al número de prioridades y podrá repartirlos según su criterio en la lista. No es permitido el debate entre los participantes, siendo los votos estrictamente personales. Seguidamente, el monitor pedirá a los participantes que por consenso, identifique de todas las propuestas, las 5 más importantes para su incorporación a la lista de prioridades regionales presentada al inicio de la actividad.

Una vez establecido el consenso respecto a las 5 prioridades identificadas a partir de las percepciones de los actores sociales, estas deben incorporarse al listado presentado al inicio de la actividad.

Propuesta para la categorización de las respuestas:

Las respuestas las podemos categorizar de la siguiente manera:

¿Qué importancia tiene el problema X para la comunidad? ¿Afecta a muchos en la región?

- Mucha importancia (3 ptos.)
- Alguna importancia (2 ptos.)
- Poca importancia (1 pto.)
- Ninguna importancia (0 pts.)

Proceda a hacer la sumatoria del puntaje de los criterios para cada problema, el problema que más votos tenga es el que debe colocarse en la planilla para este criterio.



c. Determinación de lista final de prioridades regionales

El siguiente taller, tiene como objetivo establecer las 10 prioridades del ámbito binacional seleccionado. En este momento, las autoridades de las NUTE 2 ó 3 binacionales y el personal de salud intervienen en forma más activa, su participación está orientada a enriquecer la discusión y a facilitar la toma de decisiones por consenso.

Para la elección de la lista final de 10 prioridades regionales se establecen de la siguiente manera:

- Por lo menos las primeras dos prioridades regionales deben estar comprendidas en los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Del listado de prioridades, separar a las comprendidas en los ODM y establecer por consenso el orden correspondiente de la primera a la segunda.
- De las siguientes ocho prioridades, por lo menos 3 deben ser elegidas en base a daños o determinantes que se presentan en forma transversal a todas las NUTE de alta vulnerabilidad. Los participantes deberán identificarlas por consenso. Otras 2 prioridades deben de ser elegidas entre los daños o determinantes identificados como problemas específicos de las NUTE vulnerables y los 3 restantes en problemas a partir de la percepción de los participantes.
- Las ocho prioridades (daños o determinantes) deben ser jerarquizados por votación, (del tercer al décimo puesto), combinando los criterios:
 - * Importancia Sanitaria.
 - * Factibilidad de Intervenciones (Posibilidad de Éxito).
 - * Impacto regional de la intervención (Beneficio en grupos o territorios vulnerables).
- Una vez listado los problemas identificados por el sector salud, se socializara esta información a los representantes de las comunidades.
- Preparar un nuevo listado de interés conjuntamente con las autoridades de la comunidad.
- Utilizar una planilla para la priorización de problemas, que contenga criterios de priorización.

11. ELABORACIÓN DEL PLAN OPERATIVO PARA LA ETAPA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL ASIS

En la etapa de priorización se ha tomado en cuenta aquellas actividades en las que se puede intervenir con mediano o gran éxito; es decir, aquellas que, después de su valoración se han mostrado capaces de prevenir o controlar el problema y, entre estas soluciones, cuáles son factibles en función del contexto sociopolítico, medio ambiental e institucional pues en la planificación post ASIS se tomará en cuenta este criterio.

Es necesario establecer indicadores de monitoreo y evaluación de los mismos; los cuales deben ser también priorizados a fin de que no sean excesivos y lleven a confusión y compromisos que no se puedan alcanzar; sino por el contrario permitan de forma fácil identificar el avance de las metas que se establezcan para el desarrollo de las NUTE comprometidas. De esta forma las alianzas que se consigan en los ámbitos binacionales pueden fortalecerse y beneficiar al poblador de las NUTE priorizadas.

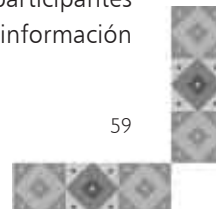
Los planes operativos se construirán en función a los objetivos post documento ASIS, este documento marcará el camino de acción a seguir. Se debe diseñar la matriz con el objetivo general, luego los objetivos específicos, metas generales, actividades por metas y presupuesto.

12. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL ASIS

El monitoreo es una evaluación continua de una acción en desarrollo. Es un proceso interno coordinado por los responsables de la acción. El sistema de monitoreo debe ser integrado en el trabajo cotidiano.

Evaluación es un examen de una acción que ocurre en un momento específico. Se puede evaluar, por ejemplo, hasta que grado la realización funcionó, hasta que grado los objetivos y resultados fueron logrados con eficacia y/o hasta que grado la intervención tuvo impacto en las vidas de las personas.

La evaluación no es un proceso interno e integrado como el monitoreo, pero exige que los participantes se distancien del trabajo cotidiano con la acción y toman un tiempo para reflejar y coleccionar información sistemáticamente.



La evaluación muchas veces requiere una visión más amplia que el propio proyecto, comparaciones con procesos que ocurren fuera del proyecto pero que pueden haber afectado el resultado del mismo.

Para el monitoreo y la evaluación del ASIS de fronteras se debe seguir un esquema de actividades partiendo por la recolección de datos hasta la evaluación del impactos de las intervenciones post ASIS.

Para el monitoreo y la evaluación efectiva conviene tomar en cuenta las siguientes condiciones:

- a. La evaluación y el monitoreo son un solo proceso continuo, el monitoreo es un medio para controlar el avance en cuanto a desempeño e impacto, mientras que la evaluación es la valoración del grado de logro, así como la definición del grado de logro y la elaboración de un mensaje retroalimentado para las siguientes etapas.
- b. Definir los datos críticos para valoración y toma de decisiones.
- c. Definir la pertinencia, claridad y coherencia de los objetivos.
- d. Elaborar una estrategia bi o tri frontera para alcanzar los objetivos.
- e. Estructurar un sistema de indicadores.
- f. Definir las fuentes de información.
- g. Definir los supuestos sobre factores condicionantes.
- h. Establecer los mecanismos de retroalimentación y comunicación.
- i. Utilización de una estructura simple de programación (el marco lógico, es una de las herramientas útiles).
- j. Elaborar una estrategia de monitoreo y evaluación para comparaciones en puntos clave.
- k. Elaborar indicadores medibles, precisos, consistentes.
- l. Disponer de recursos para la recolección, manejo, almacenamiento y análisis de datos.
- m. Participación del equipo ejecutor en la planificación para garantizar objetivos realistas.
- n. Definir los métodos, roles y responsabilidades.
- o. El análisis se establece como sistema continuo.
- p. El sistema de monitoreo y evaluación tiene apertura para nuevos factores.
- q. Se debe utilizar diversas herramientas complementarias como matrices con escalas de calificación, entrevistas estructuradas, grupos de enfoque, observaciones directas con listas de chequeo, mapeo.
- r. Debe existir un sistema de información para sistematizar y comparar la información en el tiempo, el cual emite reportes oportunos, claros y significativos.
- s. Se deben revisar los resultados con los interesados.

- t. Definir las formas en que la información de resultados será utilizada en el aprendizaje y la toma de decisiones.
- u. Elaborar una estrategia de comunicación de resultados y procedimientos de reporte.

12.1. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN

La recolección de datos hace referencia al procedimiento, condiciones y lugar de recolección, dependiendo de las distintas fuentes de información tanto primaria como secundaria.

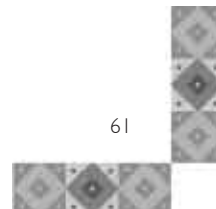
Para el desarrollo de esta etapa del ASIS, se emplearán técnicas de recolección de datos documental de fuentes primarias de información provenientes de organismos estatales, también se aplicará un formato con el que se obtendrá información directa de los problemas de los problemas priorizados en intervención. La información proveniente de fuentes secundarias se adquirirá de organismos estatales, archivos, publicaciones, e Internet entre otros. Los datos serán registrados en los formatos de recolección de datos diseñados para este fin.

Los datos a recolectar nos proveerán de información de dos tipos.

- Cuantitativa
- Cualitativa

Esta información deberá ser clasificada de acuerdo a alguna categoría teórica planteada ya definida como perfiles; ordenada según criterio lógico consistente que no entre en conflicto con la referencia empírica de la cual provienen, y posteriormente sea sometida a un cruce de variables, para finalmente ser analizada e interpretada. Los datos deberán recogerse en cifras absolutas para cualquier aplicación estadística.

La presentación de los datos cuantitativos o cualitativos, clasificados y ordenados según el criterio lógico de los objetivos deberá realizarse en Cuadros o tablas de datos, a fin de registrar de manera sintética los resultados de la medición de las variables. Otra forma de presentación de los datos corresponde a gráficos y mapas los cuales permiten observar más intuitivamente el comportamiento y las tendencias de las variables representadas.



12.2 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

La información obtenida de las diferentes fuentes se organizará según componentes y en las siguientes dimensiones: Dinámica Poblacional, Necesidades Sociales, Desigualdades, Morbilidad y Mortalidad, Atención en Salud, Problemas de la Comunidad, e Intervenciones.

Dinámica Poblacional

Evolución de la población en tiempo y espacio y se expresa en el comportamiento que sigue la mortalidad, fecundidad y la migración.

- Población.
- Natalidad.
- Fecundidad.
- Mortalidad.
- Necesidades Sociales.

Conjunto mínimo de las necesidades básicas que cualquier sociedad debe garantizar a sus miembros y que normalmente se entienden como derechos sociales son:

- Educación.
- Salud.
- Nutrición.
- Ambiente.
- Trabajo.
- Desigualdades.
- Diferencias entre las poblaciones que son improcedentes, injustificadas, evitables e innecesarias.
- Pobreza.
- IDH.

Morbilidad y Mortalidad

Efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado y frecuencia de las defunciones en un período, en relación al total de habitantes, sean sanos o enfermos.

- Morbilidad General.
- Morbilidad por causas.
- Mortalidad General.
- Mortalidad por Causas.

Atención en Salud

Atención Sanitaria, a partir de los recursos humanos, establecimientos, servicios y programas de atención.

- Servicios.
- Programas.
- Establecimientos de salud.
- Recursos Humanos.

Problemas de las Comunidades

Situaciones que afectan negativamente el bienestar de la población en una dimensión de alta valoración social.

- Problemas de salud.
- Otros Problemas.

Intervenciones

Acciones que se toman a efectos de reducir el espectro de las situaciones que afectan negativamente el bienestar de la población.

- Problema que da origen a la intervención.
- Indicadores del problema construidos al momento de la planificación de la intervención.
- Valores de la línea base recolectados en la planificación de la intervención.
- Identificar los métodos, los instrumentos y las técnicas que se utilizaron para recolectar los datos de la línea base (censos, encuestas, registro administrativo, etc.).
- Recolectar nuevos valores de los indicadores del problema que dio origen a la intervención.
- A partir de la información recolectada describir los impactos.



12.3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Tiene como objetivo el identificar, jerarquizar, medir y hacer el seguimiento del comportamiento de la problemática de salud así como de los factores condicionantes de ésta: Sociales, económicos, políticos e institucionales que estén influenciando este comportamiento.

Tipos de evaluación a la cual vamos a dar prioridad;

- Seguimiento.
- Evaluación de resultados.

12.3.1. Seguimiento (Monitoreo)

Tiene como objetivo, proporcionar información sistemática e indicaciones tempranas de los progresos registrados o la falta de progreso así como la evolución de la situación real en un tiempo o período determinado.

Finalidad del Seguimiento o Monitoreo;

- Proporcionar información permanente de los indicadores contenidos en los perfiles del ASIS.
- Proporcionar información permanente de los indicadores de los problemas de las comunidades.
- Facilitar a través de lineamientos claros, la tarea de modificar lo anteriormente planificado.
- Introducir modificaciones oportunamente a las intervenciones.

Procedimiento;

- Construcción de Indicadores.
- Identificación de información básica para alimentar los indicadores.
- Definición de la periodicidad del levantamiento de información.
- Selección de técnicas para el rastreo del indicador.
- Identificación de actores involucrados en el monitoreo.
- Elaboración de informe de Seguimiento o monitoreo.

¿A qué se le hará seguimiento? Es importante darle mas importancia a los problemas en salud que respandan a necesidades locales, regionales, nacionales e internacionales, tales como:

Factores condicionantes

Dinámica Poblacional sugerente.
Necesidades Sociales.
Desigualdades.
Atención en salud.

Morbi-Mortalidad

Problemas de las comunidades.

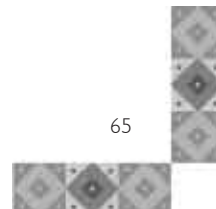
Intervenciones

Meta programada.
Tiempo previsto para la meta programada.
Recursos programados.
Meta alcanzada.
Tiempo para la meta alcanzada.
Recursos realmente ejecutados.
Situación de los indicadores del problema al inicio.
Situación de los indicadores después de la intervención.
Resultados.

12.3.2. Evaluación de los resultados de las intervenciones

Evaluación es el uso de procedimientos científicos para investigar sistemáticamente la efectividad de programas de intervención (Rossi et al, Bertrand).

Tiene como objetivo indagar y analizar el cumplimiento de las metas previstas para cada uno de los objetivos específicos de la intervención (metas resultados) en términos de su efectividad, su eficacia y su eficiencia para obtener conclusiones que sirvan tanto para la retro alimentación de la gestión del proyecto ASIS como para la identificación, planificación y gestión de otros proyectos.



El producto de esta herramienta es un Informe de Evaluación que permita identificar la efectividad, la eficacia y la eficiencia de la intervención y obtener conclusiones y recomendaciones para la toma de decisiones.

- Efectividad: Relación entre las metas alcanzadas y las metas planificadas.
- Eficacia: Relación entre las metas alcanzadas y el tiempo previsto, respecto a las metas previstas y el tiempo real.
- Eficiencia: Mide los resultados alcanzados en relación con los costos y tiempos planificados.

Evaluar si una intervención tiene el impacto deseado es una tarea compleja y muchas veces no es posible de detectar a ciencia cierta, requiere un periodo adecuado de tiempo, por ejemplo si estamos trabajando en la reducción de la incidencia de dengue y para ello realizamos actividades de promoción y protección de la salud. La evaluación de esta actividad sería medir la incidencia de dengue basal y luego de la intervención medir la incidencia actual y hallar el delta, aparentemente una tarea sencilla que se resuelve ayudado con alguna técnica estadística. Sin embargo, si tuviéramos un descenso del dengue no podríamos atribuirle el 100% del logro a la actividad porque podrían existir factores propios y/o factores externos para el logro de la meta y que no se identificaron en el modelo, factores como el clima que no va a depender de la estrategia que hemos planteado.

Generalmente los resultados relacionados a la promoción de la salud son procesos de largo plazo, es decir no se pueden medir o evaluar inmediatamente o después de una capacitación, porque este valor nos puede llevar a confusiones. Los individuos y grupos humanos empiezan a actuar una vez interiorizada la actividad y eso podría tomar un tiempo mayor a la misma capacitación.

Los asuntos centrales de la evaluación de impacto se resumen de la siguiente forma:

a. Cambios

¿Cambiarán, están cambiando o han cambiado de manera significativa, las condiciones iniciales de salud, los grupos sociales, las instituciones u organizaciones involucradas, etc., a través de las acciones que se derivarán, se derivan o se derivaron de la intervención planificada?

b. Sentido de los cambios

Si es así, ¿cuál es el sentido de los cambios que se observarán, se observan o se observaron?. Aquí hay que considerar que los cambios no siempre son positivos, incluso hay efectos no previstos o impredecibles que pueden variar sustancialmente el rumbo de la intervención planificada.

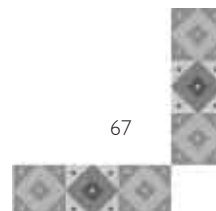
c. Medición

¿En qué medida serán observables, son observados, o se observarán los cambios?

d. Atribuibilidad

¿Hasta qué punto los cambios observables, observados o que se observarán, pueden atribuirse al tipo y características de la intervención o a las condiciones del ambiente? o bien, ¿de qué forma se combinan ambos factores para producir los cambios buscados?.

Para evaluar el ASIS de fronteras hemos diseñado un grupo de actividades a realizar. Una de las que debe ser desarrollada con el comité de ASIS, es la construcción de indicadores para la evaluación de las intervenciones que se harán para enfrentar los problemas identificados. Este es un paso crítico porque de los indicadores propuestos se va obtener toda la información del éxito o fracaso de las intervenciones. Se recomienda que los indicadores de evaluación no sean de alta complejidad para su obtención, que estén fácilmente disponibles y permita identificar resultados..



PASOS:

1. Definir un sistema de indicadores

Como punto de partida para la construcción de un sistema de indicadores, conviene definir:

- a. Significado de los conceptos utilizados.
- b. Descripción del tipo de acción-intervención.
- c. Rasgos esenciales de la situación inicial que da origen a la situación o proceso evaluado (línea base).
- d. Propósitos que se desean alcanzar (delimitación de la situación deseada).
- e. Ámbito de intervención, factores que la favorecen o dificultan.

La cantidad y calidad de la información requerida está determinada por los fines, alcance y momentos de la evaluación.

Esto significa que una evaluación con fines exploratorios posiblemente requerirá un cúmulo de información menor que una evaluación analítica, que supone un estudio detallado de las variables que intervienen en el desarrollo del proceso.

Para esto es relevante tomar en cuenta que:

- * Nunca un solo indicador da cuenta del impacto de un proceso, por lo tanto es necesario construir un sistema de indicadores. Estos sistemas nunca pueden ser pre-elaborados, sino que se requiere de una ubicación en el contexto específico de la realidad que se quiere medir y una validación y ajuste, previo a su aplicación.
- * Cada realidad requiere de escalas diferentes de indicadores, o hasta indicadores diferentes, según el momento histórico o el avance (por ejemplo del manejo básico o el manejo avanzado de áreas protegidas).
- * ¿Qué se va a evaluar? es decir, delimitar y fundamentar el asunto como necesidad de conocimiento ¿Qué nos interesa evaluar? en otras palabras, ¿Cuál es el ámbito de la evaluación?

- * ¿Cuál es el significado del asunto que se va a evaluar? es decir, como se interpreta o define el asunto seleccionado.
- * ¿Para qué se va a evaluar? se define como, cuales son los objetivos de la evaluación en función de quienes la convocan y a quienes van dirigidos los resultados

Requisitos de los indicadores

a. Validez.

Significa que los indicadores deben reflejar los impactos buscados, de tal manera que éstos se puedan comprobar, y que no se confundan con factores ajenos.

b. Confiabilidad

Las mediciones que se hagan realizadas por diferentes personas, utilizando los mismos indicadores, deben arrojar resultados comparables.

c. Efecto demostrativo

Debe darse evidencias de muestras concretas de los cambios que se desean medir.

d. Pertinencia

Los indicadores deben guardar correspondencia con los objetivos y la naturaleza del proceso evaluado; así, como de las condiciones del ambiente en que éstos se desarrollan.

Tipos de indicadores

a. Cifras absolutas

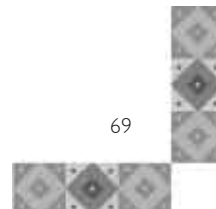
Se utilizan para reflejar en términos absolutos la situación evaluada o el avance obtenido con el propósito de dar una idea de la magnitud de la situación.

b. Porcentajes

Destacan aspectos de distribución al relativizar los valores absolutos.

c. Promedios y otras medidas estadísticas de tendencia central

Representan comportamientos típicos ubicando fenómenos en alguna escala numérica.



d. Tasas de crecimiento

Permiten mostrar la evolución o comportamiento de un fenómeno en un tiempo.

e. Escalas de avance de procesos

Utilizados principalmente para definir el cambio cualitativo en procesos.

2. Se responde las preguntas planteadas y se genera el listado de indicadores:

Una vez reconocidos los tipos de indicadores que vamos a requerir, respondemos las preguntas planteadas e identificamos los mas importantes relacionados con:

1. ¿Cuáles son las metas?
2. ¿Cuáles son los objetivos?
3. ¿Cuáles son las actividades principales?
4. Por qué es importante entender si la intervención está teniendo un impacto positivo?
5. Identifique:

Insumos:

Procesos (Actividades):

Productos:

Resultados:

Impactos:

7. Dibuje un modelo lógico de la intervención que muestra ¿Cómo? y ¿Por qué? su intervención genera un impacto
8. Identifique los indicadores y sus fuentes apropiadas para los insumos, las salidas, resultados e impactos que usted identificó.

Indicadores de Insumos determinan si el plan dispone de los recursos necesarios.

Indicadores de Proceso (Actividades) evalúan la forma en que se llevan a cabo las actividades del programa.

Indicadores de Productos (Salidas) miden los resultados a nivel del programa.

Indicadores de Resultado miden los efectos del programa a corto plazo y los impactos a largo plazo en la población en general.

Indicadores de Impacto relata la naturaleza del cambio en las condiciones de vida provocadas por la acción de la intervención (aquí se hace evaluación de impacto).

3. Con el sistema de indicadores debemos de responder:

- a. ¿Se cumplieron o se están cumpliendo los objetivos específicos previstos por la intervención?
- b. ¿En que medida se cumplieron o se están cumpliendo los objetivos específicos de la intervención?
- c. ¿El cumplimiento de los objetivos específicos de la intervención se realizó o se realiza considerando el tiempo y los costos previstos?
- d. ¿Cuáles problemas o limitaciones se presentaron en la ejecución de la intervención que impidieron el logro de los objetivos en el tiempo previsto y con los costos estimados?
- e. ¿Cuáles hechos o situaciones se presentaron durante la intervención que permitieron la superación de las metas o el logro de los objetivos específicos antes del tiempo programado y a menor costo de lo previsto?
- f. ¿Qué conclusiones o recomendaciones se pueden identificar en esa intervención?

4. Matriz de impacto o resultados previstos

Todo lo anterior se concreta en una matriz de valoración que sirve de referencia para elaborar razones de análisis y recomendaciones finales.

Para definir la condición de los indicadores, se ha elaborado una escala de 1 a 5, con los siguientes valores de cada indicador:

1. Muy Bajo
2. Bajo
3. Moderado
4. Alto
5. Muy alto



La numeración y el orden que tienen los indicadores en las matrices de análisis no necesariamente indican un orden de prioridad.

INDICADOR	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. Reducción de la tasa de EDAS					
2. Reducción de las muertes maternas					

Con esta matriz evaluaremos la escala de impacto que tienen las intervenciones ejecutadas. Vamos a encontrar varios tipos de impactos, para cada uno de ellos se crearan las matrices.

Entre los tipos de impacto tendremos:

- a. Impacto a los problemas de salud: Es el impacto primordial.
- b. Impacto social: El impacto social de la intervención se considera una derivación de los objetivos primordiales de este; se refiere a la contribución del proyecto en la mejora de las condiciones socioeconómicas de la población como consecuencia de las actividades.
- c. Impacto organizacional: El impacto organizacional del proyecto se refiere al fortalecimiento de la organización del equipo ASIS. También es una derivación de los objetivos primordiales.

13. GLOSARIO DE TERMINOS

ACCIÓN INTERSECTORIAL: Acción que proviene de un sector distinto al de la salud (educación, transporte, seguridad, etc.) pero que tiene efectos positivos en la salud individual y colectiva. Estas acciones determinan las políticas de salud. La acción intersectorial para la salud intenta armonizar las políticas económicas y sociales con el objetivo de mejorar la salud.

ÁREAS DE SALUD: Son órganos desconcentrados del Servicio Canario de Salud encargados de asumir la responsabilidad de la financiación de las actuaciones sanitarias en su ámbito territorial

ASISTENCIA SANITARIA: El conjunto de las actividades médico-asistenciales que proporciona, tanto a nivel individual como colectivo, una atención de salud integrada a través de programas médico preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria.

ASOCIACIONES DE CABILDOS Y/O AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS AATI: Asociaciones conformadas en representación de sus respectivos territorios indígenas, que son entidades de Derecho Público de carácter especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA: Es la que se realiza tanto hospitalaria como extra hospitalariamente y tiene por finalidad la curación y rehabilitación de los ciudadanos, una vez sobrevenidos los procesos que requieren asistencia de mayor complejidad técnica

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: Es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS-UNICEF, 1978).



AUTORIDADES TRADICIONALES LEGÍTIMAS: Personas o instancias colectivas que uno o varios pueblos o comunidades indígenas designen o establezcan de acuerdo con su organización social y política, y para las funciones que dichos pueblos o comunidades definan de acuerdo con sus usos y costumbres.

CABILDO INDÍGENA O ORGANIZACIÓN PREVIA: Es una entidad pública especial, cuyos integrantes son miembros de una comunidad indígena, elegidos y reconocidos por ésta, con una organización sociopolítica tradicional, cuya función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que le atribuyen las leyes, sus usos, costumbres y el reglamento interno de cada comunidad.

COMUNIDAD SALUDABLE: Una Comunidad Saludable es el lugar donde todas las autoridades, instituciones, organizaciones y ciudadanos trabajan unidos a favor de la salud, el bienestar y calidad de vida de sus habitantes.

Una comunidad se convierte en Saludable cuando implementa la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables que consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en el ámbito comunal, colocando a la promoción de la salud como de más alta prioridad en la agenda política; involucrando a las autoridades del gobierno y a la comunidad, fomentando el diálogo y compartiendo conocimientos y experiencias; así como estimulando la colaboración entre municipios y comunidades.

El establecimiento de Comunidades Saludables contribuye a mejorar la calidad de vida de la población y a consolidar los procesos de descentralización promoviendo la autonomía, la autogestión y el aprovechamiento de las potencialidades locales para emprender procesos de desarrollo sostenibles.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES EN SALUD se define como la: “Selección de los servicios, programas o actividades de salud que se proporcionarán primero, con el objeto de mejorar los beneficios en salud y la distribución de los recursos en salud”. (Bobadilla, 1996)

ESPERANZA DE VIDA AL NACER: (Empleado en el perfil demográfico). Número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica. (A12).

Unidades de Medida: Años

Categorías: Hombres, Mujeres

FACTOR DE RIESGO: Es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos de individuos asociada con la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumarse unos a otros o ir aumentando el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

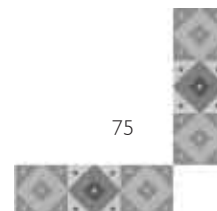
GEORREFERENCIACIÓN: La georreferenciación es el posicionamiento en el que se define la localización de un objeto espacial (representado mediante punto, vector, área, volumen) en un sistema de coordenadas y datum determinado. Este proceso es utilizado frecuentemente en los Sistemas de Información Geográfica.

La georreferenciación, en primer lugar, posee una definición tecno-científica, aplicada a la existencia de las cosas en un espacio físico, mediante el establecimiento de relaciones entre las imágenes de ráster o vector sobre una proyección geográfica o sistema de coordenadas. Por ello la georreferenciación se convierte en el tema central para los modelados de datos realizados por los Sistemas de Información Geográfica (SIG).

GRUPO ÉTNICO: poblaciones que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias y cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas, los distinguen de aquellos que conforman la sociedad hegemónica y tienen por ello un reconocimiento jurídico por parte del Estado.

INDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH): El IDH es una medida sinóptica del desarrollo humano. Mide los adelantos medios de un país en tres aspectos básicos del desarrollo humano:

- * Una vida larga y saludable, medida por la esperanza de vida al nacer.
- * Conocimientos, medidos por la tasa de alfabetización de adultos (con una ponderación de dos tercios) y la combinación de las tasas brutas de matriculación primaria, secundaria y terciaria (con una ponderación de un tercio).
- * Un nivel de vida decoroso, medido por el PIB per cápita (PPA, dólares EE.UU.).



ÍNDICE DE POBREZA HUMANA PARA PAÍSES EN DESARROLLO (IPH-1): El IPH1 mide las privaciones en los tres aspectos básicos de desarrollo humano que refleja el IDH.

- * Longevidad, vulnerabilidad a la muerte a una edad relativamente temprana, medida por la probabilidad al nacer de no vivir hasta los 40 años.
- * Conocimientos, exclusión del mundo de la lectura y las comunicaciones, medida por la tasa de analfabetismo de adultos.
- * Nivel de vida, falta de acceso a suministros económicos generales, medido por el porcentaje de la población que no utiliza fuentes de abastecimiento de agua potable y el porcentaje de niños menores de 5 años de edad con peso insuficiente.

INSTITUCIONES PROPIAS: Son aquellas instancias que forman parte de la organización propia de los pueblos y comunidades indígenas, las cuales por su carácter tradicional dentro de estos pueblos y comunidades, son representativas del colectivo, como por ejemplo la familia, la forma tradicional de gobierno y el consejo de ancianos.

MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA: Comprende el conjunto de conocimientos de biodiversidad, así como las prácticas, ideas, creencias y procedimientos relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales de un pueblo y comunidad indígena determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Estos se transmiten por la tradición de generación en generación dentro de los pueblos y comunidades indígenas.

NOCIÓN DE RIESGO

Riesgo: Implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM): son un conjunto de objetivos acordados a ser cumplidos hasta el 2015; en el que los países pobres se comprometieron en apoyar las iniciativas para mejorar la educación y la salud; y los países ricos a brindar asistencia, al alivio de la deuda y ha desarrollar un sistema comercial más justo.

Los ODM son:

- * Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- * Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
- * Objetivo 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
- * Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.
- * Objetivo 5: Mejorar la salud materna.
- * Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- * Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- * Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

PARCIALIDAD Y/O COMUNIDAD INDÍGENA: Es el grupo o conjunto de familias de ascendencia amerindia, que tienen conciencia de identidad y comparten valores, rasgos, usos o costumbres de su cultura, así como formas de gobierno, gestión, control social o sistemas normativos propios que la distinguen de otras comunidades, tengan o no títulos de propiedad, o que no puedan acreditarlos legalmente, o que sus resguardos fueron disueltos, divididos o declarados vacantes.

PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER: (Empleado en el perfil de morbilidad) Número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos, medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido, expresado por 1.000 nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica (D1).

Tipo: Proporción

Unidades de Medida: Por ciento

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN BAJO LA LÍNEA NACIONAL DE POBREZA: (Empleado en el perfil socioeconómico) Porcentaje de la población viviendo bajo la línea nacional de pobreza, para un determinado país, territorio o área geográfica, en un periodo de tiempo específico, usualmente un año. La definición operacional de línea nacional de pobreza suele variar de país a país y representa el monto del ingreso que permite a cada hogar satisfacer las necesidades básicas de todos sus miembros (B10).

Tipo: Proporción

Unidades de Medida: Tanto por cien



PUEBLOS INDÍGENAS: Son grupos humanos descendientes de los pueblos originarios que habitan en el espacio geográfico que corresponde al territorio nacional, que se reconocen a si mismos como tales, por tener uno o algunos de los siguientes elementos: Identidades étnicas, tierras, instituciones sociales, económicas, políticas, culturales y sistemas de justicia propios, que los distinguen de otros sectores de la sociedad nacional y que están determinados a preservar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras.

Pueblos considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. Convenio 169 de la OIT.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA REPORTADA: (Empleado en el perfil de mortalidad). Cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica, según reportado por la autoridad sanitaria nacional. Muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (principalmente códigos 630-676 de la CIE-9; códigos O00-O99, A34 de la CIE-10), pero no por causas accidentales o incidentales (C5).

Tipo: Razón

Unidades de Medida: Por 100.000 nacidos vivos

Categorías: Mujeres

RESGUARDO: Institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio. De acuerdo con la Constitución Política de 1991, los resguardos son inalienables, imprescriptibles e inembargables; además, son de propiedad colectiva y no enajenable.

SALUD INDÍGENA: Estado de armonía y equilibrio entre las personas, la comunidad y la naturaleza teniendo en cuenta el conocimiento y las prácticas culturales indígenas, basados en criterios de pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad.

SITIOS SAGRADOS: Lugares que tienen un especial significado cultural, social y económico para la comunidad, de acuerdo con sus creencias, usos y costumbres.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA (SIG): Es una integración organizada de hardware, software, datos geográficos y personal, diseñado para capturar, almacenar, manipular, analizar y desplegar en todas sus formas la información geográficamente referenciada con el fin de resolver problemas complejos de planificación y gestión. También puede definirse como un modelo de una parte de la realidad referido a un sistema de coordenadas terrestre y construido para satisfacer unas necesidades concretas de información.

TASA BRUTA O CRUDA DE NATALIDAD: (Empleado en el perfil demográfico). Es la razón, en un determinado año, entre el número de nacidos vivos en una población y la cantidad de habitantes de dicha población. El numerador es el número de nacimientos que ocurren durante el año y el denominador es el total de la población (estimada, por lo general, a mitad del año) donde han ocurrido esos nacimientos. (A7)

Unidad de medida: Por 1.000 habitantes

TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACIÓN: (Empleado en el perfil demográfico). Tasa de cambio medio anual en el tamaño de la población, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el incremento anual del tamaño poblacional y la población total para dicho año, usualmente multiplicada por 100. El incremento anual del tamaño poblacional se define como la suma de diferencias: la diferencia entre nacimientos menos defunciones y la diferencia entre inmigrantes menos emigrantes, en un determinado país, territorio o área geográfica para un año dado. (A6)

Unidades de Medida: Por ciento



TASA DE DESEMPLEO: (Empleado en el perfil socioeconómico). El término desempleado se aplica a toda persona, por encima de una edad determinada que, durante el período de referencia, estaba sin trabajo (empleo pagado o auto empleo), disponible para trabajar o habiendo tomado medidas concretas para encontrar empleo. La tasa de desempleo se calcula como el cociente del número de desempleados entre el volumen de la población económicamente activa (PEA), multiplicado por 100. El valor de corte para fijar la edad puede ser distinto entre países. El período de referencia también puede ser variable. Las tasas se calculan por lo general para períodos menores de 1 año, estimándose un valor medio anual a partir de los valores de los períodos menores. A la PEA también se la conoce como fuerza de trabajo. Comprende a todas las personas que durante el período de referencia (una semana, día, etc.) están empleadas o desempleadas. Se considera que toda persona, por encima de una edad específica, está empleada, si está en una de las siguientes categorías: tiene un empleo pago (en dinero o en especies); es autoempleado; trabaja en una empresa familiar; no está trabajando en forma temporal por alguna razón especial pero sí lo hará una vez terminada la contingencia. (B9).

Unidad de medida: Por ciento

Categoría: Hombres y mujeres

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL: (Empleado en el perfil de mortalidad). Cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad neonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad postneonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad pero han vivido 28 días o más, en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad estimada se define como el cociente entre el número de muertes de niños de un año de edad en

un determinado año y el número de nacidos vivos para el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1,000 nacidos vivos, según estimado por la División de Población de las Naciones Unidas. (C1).

Tipo: Tasa

Unidades de Medida: Por 1.000 nacidos vivos

Categorías: Reportada, Estimada

Subcategorías: Neonatal (de 0 a 27 días), Postneonatal (de 28 días a <1 año)

TASA CRUDA DE MORTALIDAD: (Empleado en el perfil demográfico). Es la razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.

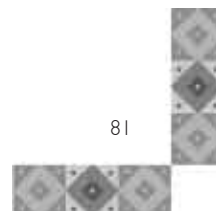
Tipo: Tasa

Unidades de Medida: Por 1.000 habitantes

TIERRAS INDÍGENAS: Son aquellas en las cuales los pueblos y comunidades indígenas de manera individual o colectiva ejercen sus derechos originarios y han desarrollado tradicional y ancestralmente su vida física, cultural, espiritual, social, económica y política. Comprenden los espacios terrestres, las áreas de cultivo, caza, pesca, recolección, pastoreo, asentamientos, caminos tradicionales, lugares sagrados e históricos y otras áreas que hayan ocupado ancestral o tradicionalmente y que son necesarias para garantizar y desarrollar sus formas específicas de vida.

TOPONIMIA: La toponimia u onomástica geográfica es una disciplina de la onomástica que consiste en el estudio etimológico de los nombres propios de un lugar. La propia “toponimia” proviene etimológicamente del griego topos “lugar” y onoma “nombre”.

VULNERABILIDAD: Se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces, la noción de riesgo en medicina.



14. BIBLIOGRAFIA

- Castellanos, P.L., En. Navarro, Martínez. Salud Pública. Mc Graw Hill. Los modelos explicativos del proceso salud - enfermedad: los determinantes sociales. Madrid, España, 1999.
- República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud. Propuesta de análisis de situación de salud en fronteras. Enero de 2006.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud. Propuesta de Análisis de Situación de Salud en fronteras. Enero de 2006.
- Reunión extraordinaria del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores. Decisión 601. Plan Integrado de Desarrollo Social. Plan Integrado de Desarrollo Social. Nueva York - Estados Unidos de América, 21 de septiembre de 2004
- Universidad colegio mayor de Cundinamarca. Ezequiel Ander-Egg. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. ¿Cómo hace?. Aspectos metodológicos y operativos. Volumen 2. 33 Edición. Bogotá, 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico. Vol. 20 N°. 3. Septiembre de 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico. Vol. 22 N°. 4. Diciembre de 2001.
- Organización Panamericana de la Salud. Datos básicos de salud para las Américas, pagina electrónica: <http://www.paho.org/spanish/sha/eGlos.htm>
- Ramos Rodríguez BN. enfoque conceptual y de procedimientos para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev Cubana Salud. [Seriada en línea]31(4). [Citado 2006 febrero 17]. Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_31_4_05/spu_14405.htm



- Gac Sanit Borrell c et al. La medición de las desigualdades en salud. 2000;14 (Supp 3):20-33.
- Regidor E. Measures of health inequalities: Health 2004;58:858-61 & 58:900-903.
- Schneider MC, Castillo C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Roca A. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Pan Am J Public Health 2002;12(6):398-415.
- Alun E Joseph & David R. Phillips. Accessibility & utilization geographical perspectives on healthcare delivery. Department of Geography. The University of Guelph. Ontario, Canadá. February 1984.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. The Lancet 2005;365:1099-1104.
- Centro Nacional de Epidemiología. Manual del programa de epidemiología aplicada de campo. centro nacional de epidemiología [actualizado 11 May 2004; citado 10 Ene 2006]. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/peac/manupeac.html>
- Susser M, Susser E. En:NA Filho, ML Barreto, RP Veras, Barata RB. Choosing a future for epidemiology. Editores. Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendencias. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1996.
- Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Guía para el análisis de los factores condicionantes de la salud. Ministerio de Salud, 2002.

“Un recurso está siendo bien utilizado, si el beneficio que se obtiene en el uso que se le da es superior al que se obtendría con el mismo recurso empleado en cualquier otro uso”.



**Organismo Andino de Salud
Convenio Hipólito Unanue**

Av. Paseo de la República N° 3832
San Isidro, Lima - Perú
E-mail: contacto@conhu.org.pe

Teléfonos: (51-1) 4226862; 4409285;
2210074; 6113700
Telefax: (51-1) 2222663

Página web: www.orasconhu.org